O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): ESTUDO DE CASO EM MUNICÍPIO DE GESTÃO SEMI-PLENA

CLAUDIO GASTÃO JUNQUEIRA DE CASTRO

**Tese de Doutorado apresentada ao
Departamento de Prática de Saúde Pública da
Faculdade de Saúde Pública da Universidade
de São Paulo para obtenção do Grau de
Doutor**

**Área de Concentração: Serviços de Saúde
Pública**

**Orientador: Professor Titular EURIVALDO
SAMPAIO DE ALMEIDA**

**São Paulo
1999**

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, por processos fotocopiadores.

Assinatura:

Data:

38692/99 doc

Dedico este trabalho a:

- minha mãe, Adelcia Junqueira de Castro
- a meu pai, Genny de Castro (In Memorian),

por tudo...

- In Memorian, a Ubirajara Barbosa de Carvalho (Papinha), emancipador e Prefeito de Barbosa, minha cidade natal (ex-Vila Barbosa), que já nos idos de 1959 levantava e defendia a tese de que a municipalização é o caminho ...
- e a todos aqueles que, no meu “entorno”, de modo direto e indireto, contribuíram para viabilização do mesmo ... especialmente a Margareth e Maria do Carmo ... A meus filhos (sempre) Tiago e Juana pelo (com) amor e carinho... Ao amigo e Professor Orientador Eurivaldo, pelo incansável apoio, competente orientação e solidária amizade ao longo destes anos de militância na Saúde Pública.

RESUMO

Castro CGJ. **O processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS): estudo de caso em município de gestão semi-plena.** São Paulo; 1999. [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP].

Objetivo. Este trabalho está inserido no campo de estudos do processo de implantação do Sistema Único de Saúde, tendo como referência um dos seus princípios básicos, o da descentralização da gestão para o poder municipal. Para tanto foi escolhido o município de São José dos Campos, no Estado de São Paulo, por sua participação ativa no processo da Reforma Sanitária no sentido de formulação e implantação do SUS e sua habilitação como gestor do Sistema Municipal de Saúde na condição de gestão semi-plena, em final de 1994, conforme os termos da Norma Operacional Básica SUS nº 1/93 (NOB SUS nº 1/93). O pressuposto básico é o de que os termos da NOB SUS nº 1/93, na medida em que exigia requisitos e conferia responsabilidades e prerrogativas para o gestor municipal, era uma estratégia válida para implementar o processo de implantação do SUS, dando concretude aos princípios e diretrizes do mesmo. **Método.** A metodologia adotada para este estudo é a de um Estudo de Caso Único, e tem como referencial teórico ou conceitual a Pesquisa Avaliativa, nas categorias de Análise da Implantação e Análise dos Efeitos, envolvendo o eixo das mudanças estruturais e organizacionais visando o modelo de gestão e o eixo das mudanças no processo de trabalho, visando o Modelo de Atenção. Foi analisado basicamente o período de 1993 a 1997 e como fontes de dados foram utilizados dados documentais, como relatórios de gestão, planos municipais de Saúde, atos administrativos, além de entrevistas com os Secretários Municipais de Saúde do período e o DATA/SUS – Ministério da Saúde, com os seus Sistemas de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) e de Internação Hospitalar (SIH/SUS). **Resultados.** O estudo concluiu que efetivamente ocorreram mudanças tanto na dimensão do Modelo de Gestão

como no do Modelo de Atenção, como resultado de um esforço municipal que vinha ocorrendo e que foi potencializado em função da habilitação do município na gestão semi-plena do sistema, nos termos da NOB SUS nº 1/93. Por outro lado, o estudo, nos termos de sua concepção metodológica, poderá ser referencial para a realização de outros estudos neste campo temático.

Descritores: Avaliação de Sistemas de Saúde. Descentralização/Municipalização. Implantação do SUS. Modelo de Gestão. Modelo de Atenção. Pesquisa Avaliativa.

SUMMARY

Castro CGJ. **O processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS): estudo de caso em município de gestão semi-plena.** [The process of implantation of the Single System of Health (SUS): study of case in a city of semiplenum management] São Paulo (BR); 1999. [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP].

Objective. This work is inserted in the field of studies of the process of implantation of the SUS*, having as reference one of its basic principles, that of the decentralization of the management to the municipal authority. For this purpose was chosen the city of São José dos Campos, in the State of São Paulo, due its active participation in the process of the Sanitary Reformation in the direction of formularization and implantation of the SUS and its qualification as manager of the Municipal System of Health in the condition of semiplenum management, by the end of 1994, according to terms of Basic Operational Norm SUS nº 1/93 (NOB SUS nº 1/93). The basic assumption is that the terms of NOB SUS nº 1/93, in the measure where they demanded requirements and conferred responsibilities and prerogatives to the municipal manager, a valid strategy to implement the process of implantation of the SUS, was defined giving concretitude to the principles and lines of direction associated with the Basic Norm. **Method.** The methodology adopted in this study is the Study of the Single Case, and has its theoretical reference on the Evaluative Research concept, within the categories of Analysis of the Implantation and Analysis of the Effect, involving the axle of the structural and organizational changes within at the model of management and the axle of the changes in the work process, aiming at the Model of Attention. In the period of 1993-1997 were analyzed basically documentary sources of data, as management reports, Health

---

* Integrated Health System

municipal plans, Administrative acts, associated with interviews with the Municipal Authority of Health of the period and informations of the DATA/SUS - Health Department, with its Systems of Informação Ambulatorial (SIA/SUS) and Internação Hospitalar (SIH/SUS). **Results.** The study concluded that effective changes had occurred both in the dimension of the Model of Management as in the Model of Attention, as a result of the municipal effort already in process, strengtened by the qualification of the city in the semiplenum management of the system, in the terms of NOB SUS nº 1/93. On the other hand, the study, in the terms of its metodological conception, could be refered in view of the accomplishment of other studies in this thematic field.

Descriptors: Evaluation of Systems of Health. Decentralization/Municipalization. Implantation of the SUS. Model of Management. Model of Attention. Evaluative Research.

ÍNDICE

	Pág.
RESUMO	
SUMMARY	
I - INTRODUÇÃO	1
1 - Referencial do Processo de Formulação e Implantação do SUS	2
2 – Descentralização / Municipalização do SUS	11
II - OBJETIVOS	20
1 – Objetivo Geral	21
2 – Objetivos Específicos	21
III- METODOLOGIA	22
1 – Tipologia do Estudo	23
2 – Caracterização do Município de São José dos Campos	25
2.1 – Aspectos Econômicos	26
2.2 – Educação e Tecnologia	32
2.3 – Diagnóstico da Infra-Estrutura Urbana de São José dos Campos	34
2.3.1 – Sistema de Abastecimento de Água	34
2.3.2 – Sistemas de Esgotos Sanitários	35
2.4 – O Setor Saúde de São José dos Campos	36

	Pág.
3 – Material e Métodos	37
IV - ANÁLISE E DISCUSSÃO.....	47
1 – Análise da Implantação da Descentralização / Municipalização	48
1.1 – A Reorganização Estrutural da Secretaria Municipal da Saúde – A Criação dos Distritos Sanitários	52
1.2 – A Reorganização Estrutural da Secretaria Municipal da Saúde – A Criação dos Departamentos	55
– O Departamento das Relações de Trabalho	56
– O Departamento de Administração	64
– O Departamento de Vigilância à Saúde	72
– O Departamento de Serviços Hospitalares	86
2 – Avaliação dos Efeitos / Análise do Eixo Modelo de Atenção	92
– A Assistência Materno-Infantil	95
– A Atenção à Saúde Mental	105
– Atenção às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e AIDS – Centro de Orientação e Apoio Sorológico – COAS	111
– Atenção à Saúde do Adulto	116

	Pág.
– Atenção à Saúde a Pessoa Portadora de Deficiência	117
– Atenção à Saúde do Trabalhador	121
– Atenção à Saúde Bucal	122
– O Programa de Atenção Domiciliar (PAD) e o Programa de Internação Domiciliar (PID)	124
– Atendimento de Urgência / Emergência	125
– A Vigilância Epidemiológica	126
– A Vigilância Sanitária	126
– O Atendimento Ambulatorial do Sistema de Saúde de São José dos Campos	128
– O Atendimento Hospitalar	138
V - CONCLUSÕES	163
VI - BIBLIOGRAFIA	169
 ROTEIRO DE ENTREVISTA	
 ANEXOS	

ÍNDICE DAS TABELAS

	Pág.
TABELA 1 - Gastos com saúde, segundo as fontes dos recursos realizados pelo município de São José dos Campos 1992 a 1995.....	69
TABELA 2 - Número de alguns procedimentos realizados pela rede de serviços próprios do município de São José dos Campos, 1995 a 1997.....	104
TABELA 3 - Número de inspeções sanitárias realizadas no município de São José dos Campos, segundo o prestador – 1995 a 1997.....	128
TABELA 4 - Número de alguns procedimentos realizados pelo SUS de São José dos Campos, segundo o tipo de prestador – 1995 a 1997.....	132
TABELA 5 - Número de alguns procedimentos de alto custo realizados pelo SUS de São José dos Campos, segundo o tipo de prestador, 1995-1997.....	134
TABELA 6 - Relação de prestadores/serviços ambulatoriais, implantados após semi-plena ou com recursos do município, incluindo tabela diferenciada para o município de São José dos Campos – 1997.....	136

TABELA 7 - Morbidade hospitalar das internações pelo SUS, capítulos da CID (9ª Revisão) e ano de internação. São José dos Campos – 1992-1996.....	140
TABELA 8 - Número e gastos financeiros SUS em internações (volume de AIHs e AIHs pagas), segundo tipo de prestador, município de São José dos Campos, no período de 1993 a 1997.....	142
TABELA 9 - Morbidade hospitalar das internações pelo SUS. Total de internações, nº de AIH, tempo de permanência, custo-dia e gasto por internação por capítulo da CID. São José dos Campos – 1996.....	144
TABELA 10 - Frequência de internações SUS (nº de AIHs) no município de São José dos Campos, segundo procedência, no período de 1994 a 1997.....	147
TABELA 11 - Frequência de internação SUS (nº de AIHs) de habitantes de São José dos Campos, São Paulo, segundo local de ocorrência, no período de 1994 a 1997.....	148
TABELA 12 - Gastos financeiros das internações SUS (AIHs pagas) no município de São José dos Campos, São Paulo, segundo a procedência, no período de 1994 a 1997.....	149

	Pág.
TABELA 13 - Gastos com internação hospitalar SUS (AIHs pagas) de habitantes do município de São José dos Campos, São Paulo, segundo local de ocorrência, no período de 1994 a 1997.....	150
TABELA 14 - Morbidade hospitalar das internações pelo SUS. Internações por capítulos da CID (9ª Revisão) e município de residência II. São José dos Campos – 1996.....	152
TABELA 15 - Balanço da invasão e evasão hospitalar – município de São José dos Campos, segundo valores físicos e financeiros. 1995 a 1997.....	153
TABELA 16 - Frequência de internação SUS (nº de AIHs) no município de São José dos Campos, São Paulo, por especialidade, no período de 1994 a 1997.....	156
TABELA 17 - Tempo médio de internação SUS por especialidade, no município de São José dos Campos, São Paulo, no período de 1994 a 1997.....	157
TABELA 18 - Valores médios das AIHs pagas, relativas a São José dos Campos, São Paulo, no período de 1995 a 1997.....	158
TABELA 19 - Estrutura de gastos SIH/SUS, no município de São José dos Campos, no período de 1995 a 1997.....	160

RELAÇÃO DOS ANEXOS

- ANEXO 1.IV - Organograma da Secretaria Municipal de Saúde de São José dos Campos
- ANEXO 2.IV - Organograma do Departamento de Vigilância em Saúde (DVS) da SMS-SJC/1996
- ANEXO 3.IV - Organograma do Departamento de Relações do Trabalho da SMS-SJC/1996
- ANEXO 4.IV - Organograma do Departamento de Administração da SMS-SJC/1996
- ANEXO 5.IV - Anexo Único a que se refere o Artigo 1º da Lei 4422/93 do Município de São José dos Campos – Relação de cargos, quantidade e departamento de lotação para a Secretaria Municipal de Saúde
- ANEXO 6.IV - Anexo III Lei 4600/94 do Município de São José dos Campos – Relação de cargos, quantidade e departamento de lotação para a Secretaria Municipal de Saúde
- ANEXO 7.IV - Anexo Único a que se refere o Artigo 1º da Lei 4676/94 do Município de São José dos Campos – Relação de cargos, quantidade e departamento de lotação para a Secretaria Municipal de Saúde de São José dos Campos
- ANEXO 8.IV - Anexo a Lei 4642/94 do Município de São José dos Campos – Relação de cargos, quantidade e departamento de lotação para a Secretaria Municipal de Saúde

- ANEXO 9.IV - Anexo Único a Lei nº 4737/95 do Município de São José dos Campos.
- ANEXO 10.IV - Protocolo de Relação Coletiva de Trabalho Celebrado entre a Secretaria Municipal de Saúde de São José dos Campos e os Trabalhadores da Saúde
- ANEXO 11.IV - Gastos com Saúde por Elemento de Despesa em Relação à Fonte de Recursos. Secretaria Municipal de Saúde de São José dos Campos, 1995
- ANEXO 12.IV - Gastos com Saúde por Elemento de Despesa em Relação à Fonte de Recursos. Secretaria Municipal de Saúde de São José dos Campos, 1994
- ANEXO 13.IV - Gastos com Saúde por Elemento de Despesa em Relação à Fonte de Recursos. Secretaria Municipal de Saúde de São José dos Campos, 1993
- ANEXO 14.IV - Gastos com Saúde por Elemento de Despesa em Relação à Fonte de Recursos. Secretaria Municipal de Saúde de São José dos Campos, 1992
- ANEXO 15.IV - Fluxograma do COAS
- ANEXO 16.IV - Fluxograma Externo do Doente
- ANEXO 17.IV - Hospital-Dia Fluxograma de Pacientes - Serviços

- ANEXO 18.IV - Hospital Dia Fluxograma Interno do Doente
- ANEXO 19.IV - Total de Leitos Públicos Cadastrados no SIH – SUS, São José dos Campos – 1995/1997
- ANEXO 20.IV - Leitos Hospitalares Públicos por Clínica 1997 São José dos Campos
- ANEXO 21.IV - Leitos Hospitalares – SUS. Cadastro – 1997
- ANEXO 22.IV - Invasão Hospitalar SJC 1995. Frequência Valor Total por CID 9 3 dígitos
- ANEXO 23.IV - Invasão Hospitalar SJC 1996. Frequência Valor Total por CID 9 3 dígitos
- ANEXO 24.IV - Invasão Hospitalar SJC 1997. Frequência Valor Total por CID 9 3 dígitos
- ANEXO 25.IV - Evasão Hospitalar SJC 1995. Frequência Valor Total por CID 9 3 dígitos
- ANEXO 26.IV - Evasão Hospitalar SJC 1996. Frequência Valor Total por CID 9 3 dígitos
- ANEXO 27.IV - Evasão Hospitalar SJC 1997. Frequência Valor Total por CID 9 3 dígitos
- ANEXO 28.IV - Relação do Movimento de Registro Civil de São José dos Campos, 1990-1996

ANEXO 29.IV - Coeficiente de Mortalidade Proporcional por Faixa Etária. São José dos Campos, 1989-1996

ANEXO 30.IV - Principais Capítulos de Causa de Morte, Ano de 1996, no Município de São José dos Campos

ANEXO 31.IV - Tabela Auxiliar – Caracterização da Invasão Hospitalar (do Capítulo V da CID 9 – e os Demais) para o Município de São José dos Campos. Anos 1995, 1996, 1997

I - INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como objeto de estudo a condição de gestão Semi-Plena do Sistema Único de Saúde (SUS), proposta pela NOB SUS 01/93, visando a descentralização da gestão para os municípios. Assim, ele está inserido e faz parte do processo maior de formulação e implantação do SUS, sem cujo conhecimento e reconhecimento, ele não teria sentido e/ou seria impossível a sua análise e compreensão.

Deste modo, há necessidade de ser referida e colocada esta dimensão maior deste processo neste trabalho.

Entretanto, dado que o estudo pretende trabalhar um caso específico, a partir de sua fase de execução/operacionalização e dado ainda que, por sua importância, essa dimensão maior da formulação e implantação já tem um substantivo acervo acumulado de estudos que são informados e utilizados como bibliografia e como referencial de análise no texto, optou-se por colocar apenas aspectos considerados importantes para a fundamentação e justificativa do presente estudo.

1 — Referencial do Processo de Formulação e Implantação do SUS

O renascimento do Estado democrático brasileiro, após o regime autoritário, é um processo em construção. Após um período longo, as instituições que dão vida e alma à uma sociedade que pretende viver num estado de democracia, estiveram em estado de "letargia induzida". Foi e é imprescindível, pois, a presença de um movimento social que crie, acumule poder e força para o desempenho de tal tarefa.

A promulgação da Constituição Brasileira em 1988 é, historicamente, um marco referencial básico no desenrolar deste processo. Pois é ela quem resgata e dá à sociedade brasileira uma nova ordem, estabelecendo as regras, direitos e deveres do Estado e dos cidadãos para as suas relações de convivência, sob a inspiração filosófica e social de um Estado de Direito e Democrático e da condição da

cidadania, que deve viver e experimentar cada um dos indivíduos de toda esta sociedade.^{4,46}

Vive-se particularmente um momento rico e intenso desta reconstrução, no que se refere à dimensão da saúde no Brasil e este viver ou esta militância, em termos de esforço e energia já vêm de algum tempo. Ele se forma e se insere no contexto e no campo do processo e movimento político que ocorreu no país visando a romper e superar o regime autoritário iniciado em 1964, no sentido de restaurar o Estado Democrático e de Direito que, como já referido, tem na promulgação da Nova Constituição, em 1988, um de seus significativos momentos de conquista e avanços.²³

É compreensível a presença da questão da saúde neste processo, dada as implicações dos macro componentes do Modelo Político, Econômico e Social então vigente nas condições de saúde da população e conseqüentes demandas de assistência de um lado, e de outro as fragilidades, inconsistências e incapacidade de resposta e atuação do aparato institucional do setor. Como já ressaltado "Esse Sistema de Saúde, com deficiências na sua estrutura de financiamento, dicotomia programática e institucional, assistência médica em crescente privatização, pagamento por produção (Unidades de Serviços: fator incontrolável de corrupção, segundo GENTILE DE MELO), sem adequado controle e avaliação, operava um "Modelo de Atenção" com sérias distorções que, no contexto de um processo de abertura democrática, era progressivamente criticado e denunciado pela sociedade civil, em estudos e documentos que expressavam sua iniquidade, ineficiência, ineficácia e mesmo e principalmente sua inviabilidade".^{4,10,11,56,57}

Este quadro se agrava, com a emergência das crises desse Modelo, ressaltando-se, no final da década de 70, a chamada "Crise da Previdência Social", com impacto direto no referido Sistema de Saúde, com as características apontadas, particularmente por sua dependência financeira dos recursos da Previdência.^{4,8,12,13}

Dada a gravidade da crise e o momento político do período, o Governo Federal cria em setembro de 1981 o Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), no sentido e com o objetivo de estudar e propor caminhos e alternativas, o qual conclui o seu trabalho em agosto de 1982, passando a ser conhecido como "Plano CONASP". Um fato importante que é ressaltado neste "Plano" é o aspecto e a implicação política do diagnóstico de situação por ele apresentado, denominado de "O Modelo Atual de Prestação de Serviços no Âmbito da Previdência Social", por reconhecer e endossar análises e colocações críticas de suas distorções que já estavam sendo feitas e acumuladas na sociedade civil, como acima referido.^{4,14,15}

A partir daí propõe medidas de racionalização do Modelo, destacando-se o SAMHPS (Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social), substituindo a Guia de Internação Hospitalar (GIH), que era baseada em pagamento por Unidades de Serviços, pela Autorização de Internação Hospitalar (AIH), com base em "Procedimentos", na expectativa de redução de gastos e dos potenciais de corrupção; **e um processo de integração com o Setor Público**, visando aproveitar sua "capacidade ociosa" e, também, diminuir gastos do sistema, que se expressou através do "Programa de Ações Integradas de Saúde" (PAIS), medidas estas que são parcialmente aplicadas, dados os interesses acumulados e envolvidos e as resistências às mudanças.^{14,15,16,17}

O quadro político do país avança no sentido do encerramento do ciclo autoritário e são colocadas, então, expectativas e propostas de mudanças mais profundas no Estado e Sociedade, que ultrapassam as de ajustes e racionalização político-administrativas.

Neste contexto, então, o Movimento Sanitário, que vinha se consolidando a partir dos meados da década de 70, amplia suas propostas no sentido de efetiva

mudança da Política e do Sistema de Saúde, o que é sintetizado na chamada **Reforma Sanitária**.^{4,46,53}

Encerrado o ciclo autoritário e com o advento da "Nova República", esse Movimento passa a participar do novo Governo, atuando no sentido de implementar a Reforma.

“Neste processo, pode-se dizer que o Movimento da Reforma Sanitária no Brasil teve na VIII Conferência Nacional de Saúde, de 1986, um marco referencial de explicitação e consagração de suas propostas com seu resultado final constituindo-se no estabelecimento de um consenso político que permitiu a formação do projeto da Reforma Sanitária, caracterizado por três aspectos principais:

- conceito abrangente de saúde
- saúde como direito de cidadania e dever do Estado
- a instituição de um Sistema Único de Saúde”^{19,46}

Além disto, o Movimento se institucionaliza com a criação da Comissão Nacional de Reforma Sanitária, que encaminhará os "acúmulos", demandas, diretrizes, até então estabelecidas no âmbito deste amplo Movimento às considerações e deliberações da Assembléia Constituinte, que veio em muito acatar e promulgar, no campo da saúde, o que até então era inédito, tendo em conta as Cartas Constitucionais anteriores.^{18,20,23,53}

Em julho/1987 com a edição do Decreto 94.657 que dispõe sobre a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde no Estado (SUDS), com as Secretarias Estaduais de Saúde assumindo a gestão das Superintendências Regionais e com um incremento na municipalização dos Serviços Estaduais de Saúde.^{1,21,22,84}

A partir da Constituição de 1988 se assiste no âmbito de setor uma série de movimentos e embates políticos e ideológicos que vão culminar na edição de um elenco de atos administrativos, principalmente por parte dos poderes executivo e

legislativo no sentido de dar normas e diretrizes a este Movimento de Reforma do Setor Saúde no Brasil.

Destacam-se as Leis 8080 e 8142 de 1990, que na pós-Constituição configuram-se como os primeiros atos de caráter normativo e de regulação do sistema.^{25,26,66,80}

A primeira criando e dispondo sobre a organização e funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, e a segunda dispondo fundamentalmente do Controle Social do Sistema, com a criação oficial das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde em cada nível da organização do poder executivo na República Brasileira e, também, sobre a questão dos repasses dos recursos financeiros entre os níveis de governo, em caráter "pró-tempore", em função da dificuldade que se tinha e se tem para regulamentar os termos do artigo 35 da lei 8080-90 que trata dessa matéria. (*)

A partir daí, fazendo-se a análise dos atos e normas editadas sobre o SUS, e no sentido de entender a direcionalidade da política para sua implantação/implementação, pode se perceber que o princípio da descentralização/municipalização foi o que recebeu maior destaque.

Ou seja, no embate e discussão do Movimento em curso para implantação do SUS, a grande maioria dos atos administrativos se pautaram com esta preocupação.

Tomando-se ou identificando-se a diretriz da descentralização/municipalização como um dos eixos políticos para condução e construção de um novo Sistema de Saúde, pode-se dizer que nesta dimensão o Movimento da Reforma

---

(*) O artigo 35 reza o seguinte: "... Para o estabelecimento de valores a serem transferidos ... será utilizada a combinação dos seguintes critérios...: I) Perfil Demográfico da região; II) Perfil Epidemiológico...; III) Características da rede de saúde...; IV) Desempenho técnico, econômico e financeiro...; V) Níveis de participação do orçamento no Setor Saúde...; VI) Previsão de Plano Quinquenal de Investimento na Rede...; VII) Ressarcimento do atendimento a Serviços prestados para outras esferas de governo..."

Sanitária foi mais atuante e, por isto, estão sendo referidos a seguir alguns atos que, entre outros, tiveram significado neste processo:

a) Portaria nº 896 de 29/6/90 e Resolução nº 227 de 27/07/90 e a Resolução nº 228 de 11/08/90, editadas pelo Instituto Nacional de Assistência da Previdência Social (INAMPS), que equiparou os prestadores de serviços de saúde de natureza pública com aqueles da área privada. Ou seja a tabela de valores financeiros para o pagamento de procedimento produzidos, foi "universalizada", (inclusive para os municípios).

b) Norma Operacional Básica nº 1/91 editada pelo Ministério da Saúde (MS)/ INAMPS através da Resolução nº 258 de 7/11/91. Em síntese, esta resolução estabelecia a relação convenial, diretamente celebrada entre os municípios e o MS/INAMPS, através de um Termo Aditivo.²⁷

Não obstante os reclamos e críticas à referida norma pelo seu caráter "recentralizador inampiano" e marginalizador do gestor estadual e, ainda, a sua contradição aos princípios do SUS e a sua potencial característica ou risco de configurar esses novos atores, os municípios, como apenas um mero prestador de serviços dentro do SUS, e não um gestor local do sistema de saúde, o fato é que houve um grande número de adesões ao convênio, inclusive, entre elas a do município de São Paulo, que até então estava à margem na medida em que, não havia se enquadrado no convênio do SUDS, em 1987.^{4,46}

c) Norma Operacional Básica-SUS nº 1/92 editada pela Portaria 234/92 que substitui a NOB/SUS nº 1/91 com algumas alterações propostas sob a influência do movimento municipalista e também das Secretarias Estaduais de Saúde.²⁹

d) IX Conferência Nacional de Saúde, realizada em agosto/92 que teve como tema central "Saúde: A Municipalização é o Caminho". Embora cronologicamente atrasada, foi um marco importante neste processo visto que

aconteceu às vésperas do impedimento do presidente Collor, sob a coordenação da corrente municipalista, assumindo a partir daí o então vice presidente, com a conseqüente reformulação do Ministério, inclusive o da Saúde.²⁸

É importante ressaltar o fato de que na mudança do Ministério ocorrida já na crise do Governo Collor, assumiu a gestão do Ministério da Saúde equipe vinculada ao Movimento da Reforma Sanitária, que teve sua atuação limitada pelo contexto político da época mas, ainda assim, apoiou e participou dos esforços para a realização da IX Conferência Nacional de Saúde.

Sendo que neste particular, segundo ALMEIDA⁴ (1995), "assume a gestão da saúde um grupo técnico-político... vinculado a vertente da descentralização/ municipalização... do movimento municipalista originário da significativa participação dos municípios .... que foi alcançada nas fases anteriores... das Ações Integradas de Saúde (AIS), SUDS e início.... do SUS".

Este grupo vai definir uma estratégia nova para implantação do SUS, que vai ser expressa nos termos do documento "A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei", editado como a Norma Operacional Básica-SUS nº 1/93 que foi aprovada pela Comissão Gestora Tripartite (CIT) e posteriormente pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), tendo como núcleo central a descentralização das ações e serviços de saúde.³³ e o reconhecimento do município como do gestor.

e) A edição da NOB/SUS nº 1/93, que se deu pela Portaria do MS nº 545 de 20/05/93, estabelecendo normas e procedimentos reguladores da gestão das ações e serviços de saúde e, particularmente, nos aspectos da descentralização/ municipalização, instituía formas de transição de gestão para a habilitação dos municípios em três níveis e a intergestão, compartilhada com as Secretarias Estaduais de Saúde:^{30,31,32}

- Gestão Transicional Incipiente
- Gestão Transicional Parcial
- Gestão Transicional Semi-Plena

f) A edição do Decreto 1232 de 30 de agosto de 1994 pelo Presidente da República que “Dispõe sobre a transferência regular e automática de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os Estados, Municípios e Distrito Federal”, que era a medida jurídico/legal necessária para que a NOB SUS nº 1/93 pudesse ser implantada, o que de fato vai ocorrer em novembro/dezembro/1994.³⁴

g) A Norma Operacional Básica nº 1/96 (NOB/SUS nº 1/96) em formulação desde 1995, como sucessora e com a perspectiva de avançar e aperfeiçoar a NOB/SUS 01/93, que só foi formalizada e oficializada em novembro de 1996, através da Portaria nº 2.203 do Ministério da Saúde. Devido a mudança de gestão ocorrida no Ministério da Saúde e divergências quanto a sua implantação, particularmente em relação ao financiamento e processos e estratégias de alocação dos recursos financeiros, só começou a ser implantada no primeiro trimestre de 1998, após interferência do Conselho Nacional de Saúde e também sob influência da X Conferência Nacional de Saúde.

h) Além destes atos administrativos já referidos, outros ainda merecem menção, dada a sua importância no o eixo da municipalização e descentralização do SUS, tanto a nível federal como a nível estadual. Assim, teve-se o processo de extinção do INAMPS iniciado em julho de 1993 com a edição da Lei nº 8689 e Decreto nº 907. Passo fundamental e relevante dentro do processo de descentralização, na medida em que, sob o manto de vários argumentos, o INAMPS se caracterizava como um "locus" de resistência e oposição à descentralização do sistema, e, assim, sua extinção só veio a ocorrer, definitivamente, em 1995.⁴

No âmbito dos estados da Federação, também ocorreu a edição de uma série de atos que apontaram na direção da descentralização/municipalização. Particularmente no Estado de São Paulo há que se registrar o Decreto Estadual 40902/96 de 12/04/96, que "Autoriza a Secretaria de Saúde, representando o Estado, celebrar convênios com Municípios do Estado de São Paulo envolvendo a transferência de recursos técnicos, financeiros e materiais visando a reorganização

gerencial, o aperfeiçoamento e a expansão da capacidade operacional do Sistema Único de Saúde no Município".

A edição deste Decreto teve a propriedade de proporcionar a condição jurídico-administrativa para que o estado pudesse cumprir uma de suas competências no âmbito do SUS, a de apoio técnico e financeiro para os municípios. Ou seja, o aporte de recursos financeiros aos municípios além de acontecer através da sistemática dos tetos financeiros estabelecidos nos sistemas SIA/SUS e SIH/SUS, do Fundo Nacional ao Fundo Municipal, também passou a poder acontecer, através dos recursos estaduais com a celebração de Termos Aditivos ao "Convênio Municipal", que contemplem em anexo os Projetos específicos com os respectivos valores financeiros.

Neste sentido vale ressaltar algumas cláusulas do referido convênio que podem estar contribuindo ou alavancando o processo de descentralização/municipalização, nos termos das normas e diretrizes do SUS. Assim no que tange às competências da Secretaria de Estado em referência ao repasse de recursos financeiros, os mesmos poderão ser oriundos do Fundo Estadual de Saúde (FUNDES) ou até mesmo do Tesouro do Estado.

Em relação aos demais aspectos, é previsto a cessão pelo Estado e a permissão do uso de bens móveis, imóveis e equipamentos, além de colocar à disposição do município funcionários e servidores, e ainda prestar diretamente ou prover meios para colaboração técnica e financeira, com a intenção de apoiar a atuação dos Municípios na direção dos princípios do SUS.

i) Também no Estado de São Paulo, foi importante a edição das Resoluções que institucionalizaram a Comissão Intergestora Bipartite (CIB) e as Comissões Intergestoras Regionais, e que constituem-se em Fóruns Estadual e Regionais para análise, discussão e encaminhamento da política do SUS a ser

implantada a nível do Estado, das Regiões, tendo como base operacional os municípios.^{82,83,95}

É importante ressaltar que em relação a descentralização/municipalização na área da Saúde, o Estado de São Paulo estabeleceu no início de 1982, uma política neste sentido.⁶⁵

Esta política operacionalizada através de um convênio (“Convênio de Município Carente”), estabelecia através da Secretaria de Saúde repasse dos recursos financeiros visando a fixação de médico nesses municípios.

Esse programa teve uma abrangência estadual e dele, ou a partir dele, os municípios passaram também a assumir, com recursos próprios ou outros complementares a contratação de outros profissionais de saúde (dentista e enfermeira), criando-se assim, o embrião de uma equipe de saúde para os sistemas de saúde municipais.

2 — Descentralização / Municipalização do SUS

Como foi referido acima, o eixo político-institucional e jurídico de descentralização, levando os Municípios a progressivamente assumirem o papel de gestores — um dos aspectos substantivos da proposta "SUS" em relação à reforma e democratização do Estado — vem-se efetivando e avançando no processo de implantação do SUS no país.

Por isto, pensa-se ser importante expor e reiterar alguns aspectos que, assim também entendidos por outros autores, fundamentam e de certo modo explicam este fato. Ou seja, como e porque, na complexidade, desafios e conflitos deste processo, este fato, sem dúvida positivo, vem ocorrendo.

Neste sentido há que se registrar que o processo de formulação desta política não foi dentro do estado brasileiro, “uma imposição, uma concessão, uma

medida unilateral por parte dos outros níveis de governo (Gestor estadual ou federal), para com os municípios, o que é bem documentado na publicação: "Municipalização: VEREDAS - CAMINHO DO MOVIMENTO MUNICIPALISTA DE SAÚDE NO BRASIL", de autoria de GOULART⁵⁸ (1996). Nesta publicação é relevante o depoimento de Nelson Rodrigues dos Santos quando afirma que "... A questão da municipalização não surgiu de uma visão filosófica, doutrinária ou técnica provinda da União e dos estados. Houve um verdadeiro movimento municipal de saúde, no sentido de as prefeituras assumirem cada vez mais compromisso com a resolutividade, levando a população a extensão de cobertura, não mais meramente preventivista e contemporizadora".

Em verdade, na história do desenvolvimento da organização e funcionamento do Estado brasileiro, há que se registrar que a característica do centralismo e autoritarismo esteve presente no Brasil Colonial e foi herdado e de certa forma conservado na Primeira República.

Esse autoritarismo e centralismo viveu uma fase de acentuada agudização no período "pós-64", conforme relata GOULART⁵⁸ (1996) "... Pode-se dizer mesmo, que com o golpe de 1964 estabelece-se no Brasil um definido movimento de desmunicipalização das responsabilidades sociais, no âmbito do Estado... Como decorrência gera-se um marcante afastamento dos municípios do processo de tomada de decisões das políticas públicas".

É bem verdade ainda e há que se registrar que as idéias e intenções da Municipalização da Saúde tiveram momentos marcantes na história do setor saúde no Brasil. Mas o fato é que não havia poder político, econômico, administrativo e até mesmo técnico suficientemente acumulado que pudessem viabilizá-las no plano do real ou do concreto da sociedade brasileira. E neste sentido, não deixaram de ser letras mortas, mas registradas e arquivadas, com potencial de retomada em outros momentos.

Fala-se aqui, por exemplo da III Conferência Nacional de Saúde que ocorreu em 1963 onde "O relatório final do evento apresenta marcante posição favorável à descentralização e transferência de poder aos municípios, pelo menos no que dependia da vontade de certos segmentos técnicos do Ministério da Saúde, à época."(o grifo é do autor).^{9,58}

É certo que, logo aconteceria o golpe de 1964, e o "poder da força" que imperou nas mudanças ocorridas no Estado Brasileiro, não sinalizava para a descentralização, pelo contrário.... E, "apenas a vontade" de certos segmentos técnicos do Ministério da Saúde não se consubstanciava em poder (qualquer que fosse a sua natureza) suficientemente capaz para a viabilização das propostas da III Conferência Nacional de Saúde.

Assim, esse processo de descentralização/municipalização da saúde se forjou e potencializou no contexto e como componente do Movimento da Reforma Sanitária, inserido no processo maior de redemocratização do país.

Neste processo os municípios começam a atuar e se articular politicamente "com os encontros setoriais de saúde dos municípios, a partir das reuniões de Terezina/Piauí com o I Encontro Nacional de Secretários de Saúde das Capitais do Nordeste, com 8 participantes; os I e II Encontros Municipais do Setor Saúde, em Campinas, 1978, com 62 representações municipais e Niterói, 1979, com 67 representações."⁵⁸

Essas reuniões foram sendo ampliadas e sistematizadas, como Encontros Municipais do Setor Saúde e Encontros Nacionais de Secretarias Municipais de Saúde; o primeiro destes em Belo Horizonte, em 1981, com cerca de 80 municípios presentes.

Nessas oportunidades foram criticamente analisada a política de saúde centralizadora e reforçada a importância da atuação e do papel dos municípios, destacando-se a estratégia da atenção primária, como tema importante e motivador.

Daquele encontro, que foi seguido de vários outros, com diversificação de suas temáticas e proposições, cada vez mais relacionados aos momentos e mudanças da política e sistema de saúde, tais como o de São José dos Campos em 1982 e o regional de Araxá, em 1984." ^{4,58,79}

A partir daí esta atuação e articulação se intensifica e potencializa, em função das mudanças que vinham ocorrendo no âmbito maior do quadro político e das ocorridas especificamente no setor saúde, decorrente da "crise da Previdência", do Plano CONASP e do Programa de Ações Integradas, PAIS, então proposto e que se amplia a partir de 1985, não mais como PROGRAMA, mas como Estratégia de mudança na política e no sistema de saúde. Como já referido, um dos eixos centrais destas mudanças era o estímulo e apoio à participação dos Municípios, com os chamados "convênios de municipalização", pelos quais um número cada vez maior deles passava a atuar na gestão — e nos debates da saúde.³

Como afirma GOULART⁵⁸ (1996) "as AIS foram mais que a abertura possível. Foram um espaço em que nós, secretários municipais de saúde, entramos como convidados a princípio, mas logo percebemos que ali era um foco de luta e de conquista. Digo, por mim próprio e por muitos outros com certeza: se não fossem as AIS o movimento de secretários municipais de saúde não teria deslanchado nem em Minas Gerais, nem no resto do país ..."

Assim, "em fevereiro de 1985, ocorre em Montes Claros, Minas Gerais, às vésperas do fim do período autoritário e início da Nova República, o III Encontro Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, com cerca de 500 participantes, com aproximadamente 150 Secretarias Municipais, aprovando a chamada carta "Muda Saúde", enfatizando reformas políticas institucionais, participação social e municipalização.

"Em 1986, é organizado em Minas Gerais o COSEMS, Conselho das Secretarias Municipais de Saúde seguido de outros COSEMS (ou Associações) em

vários estados de tal modo que, em março de 1987, em Londrina, é elaborada uma Carta Oficial do Movimento e é criada uma comissão provisória para a criação do CONASEMS, como órgão nacional de secretarias municipais, que é fundado em julho de 1987." ^{4,58}

Deste modo, em um progressivo crescimento e articulação, vai-se consolidando o "Movimento Municipalista" que conceitualmente é definido por MULLER⁶⁹ (1991) como: "... articulação, união e organização dos municípios brasileiros, em particular dos serviços municipais de saúde através de seus dirigentes e técnicos, na defesa de um conjunto de temas e objetivos relacionados à descentralização de recursos, de poder e ações no setor saúde". Portanto, o Movimento Municipalista neste processo de consolidação e atuação teve, ao lado de outros atores da Reforma Sanitária, importante papel na formulação da política de descentralização/municipalização iniciada, conforme indicam os atos político administrativos já referidos. ^{7,37,49}

Já na fase de implantação do SUS, com aprovação das Leis Orgânicas 8142 e 8080, em 1990, esta atuação continua presente, devendo-se ressaltar que, apesar das críticas e dos conflitos ocorridos^{76,77,78,81}, cerca de 1100 municípios fazem adesão às NORMAS OPERACIONAIS 01/91 e 01/92 embora, ressalvasse Mendes: "... a forma de "Municipalização" que ocorreu "denominada de prestação de serviços, resulta em uma prática de municipalização onde não há transferência de gestão ao município e onde, ademais, não ocorre uma mudança do modelo assistencial..."⁶²

Este quadro permaneceu até o "impeachment" do Governo Collor, quando membros do Movimento Sanitário voltam a participar da gestão do sistema de saúde, no novo Governo e, com base no acervo já acumulado e com o referencial da IX Conferência Nacional de Saúde, procuram dar um salto qualitativo neste processo, tendo como eixo central, possibilitar a efetiva municipalização, ultrapassando a fase de "Município Prestador de Serviço" para Município Gestor do

Sistema Municipal de Saúde. E, como já referido, a estratégia desse processo foi a edição da Norma Operacional Básica SUS 01/93.^{4,38,75}

Um estudo recente sobre esta estratégia foi o realizado por ALMEIDA⁴ (1995) no qual o autor faz uma análise da NOB/SUS nº 1/93 tomando como base o processo político ideológico e operativo para a formulação da Norma, enquanto estratégia de implantação do SUS, bem como avança analisando o processo de implementação da mesma a nível nacional, bem como inicia um processo de avaliação utilizando-se de alguns indicadores, para uma das formas de gestão capitulada na NOB, que é a Semi-Plena.

E a justificativa é de que : " Esta modalidade de gestão foi escolhida pelo fato de representar a modalidade mais avançada das categorias estabelecidas... implicando em maiores pré requisitos, responsabilidades e prerrogativas mais substantivas nos planos político institucional e organizacional do sistema e práticas dos serviços".⁴

E ainda no mesmo estudo, fundamentado nas respostas às consultas que foram feitas aos Secretários Municipais de Saúde em gestão Semi-Plena, observava que: "Os municípios ressaltam com ênfase que consideram positiva a estratégia da NOB/SUS nº 93, por permitir, com a condição de gestão Semi-Plena o desenvolvimento efetivo da descentralização, com os municípios gestores do sistema".⁴

Assim, apesar de limitações e insuficiências conceituais e metodológicas e dificuldades políticas, administrativas e operacionais, o fato é que a NOB/SUS nº 1/93 foi um instrumento/estratégia importante mudando, com o estabelecimento das condições de gestão, sobretudo a Semi-Plena, o patamar deste processo em curso, com o efetivo início do município como gestor do Sistema Municipal de Saúde.⁴

No Brasil, em fins de 1994 foram habilitados e assumiram esta condição de gestão Semi-Plena 24 (vinte e quatro) municípios. Em fins de junho de 1995

estavam habilitados 43 (quarenta e três) municípios, perfazendo um total de 0,86% dos municípios e compreendendo 7,4% da população, e 10,07% dos recursos federais alocados para o custeio da assistência médica (SIA/SIH/SUS).^{4,47}

Em dezembro de 1997 já se tinha mais de uma centena de municípios no Brasil, habilitados na gestão Semi-Plena, com cerca de 12% de população e 20% dos recursos do Teto Financeiro dos referidos recursos federais.

No Estado de São Paulo foram habilitados 8 municípios até final de 1994. Em junho de 1995, havia 12 municípios habilitados nesta condição da gestão (1,92% dos Municípios), com 9,7% da população e 7,87% do total do teto financeiro.

Segundo os dados da Secretaria Estadual de Saúde, tinha-se a seguinte situação em termos das formas de gestão que os municípios assumiram até esta data (janeiro/97):

- Municípios em Gestão Incipiente - 278 (44,48%)
- Municípios em Gestão Parcial - 50 (8,00%)
- Municípios em Gestão Semi-Plena - 48 (7,68%)
- Municípios não Habilitados - 249 (39,84%)

Sendo que em termos populacionais, os municípios em gestão Semi-Plena abrigam 17,52% do total de habitantes do estado, os não habilitados têm 56,15% da população, sendo que entre estes está o município de São Paulo e um número grande de municípios recém criados.

Na apresentação feita por O'Dwyer na já referida pesquisa de GOULART⁵⁸ (1996), sobre municipalização, está registrado: "O ano de 1995 e início de 1996 foi também de mobilização e luta do CONASEMS pela ratificação do Fundo Nacional de Saúde, pelo financiamento do setor, com a proposta do uso descentralizado dos recursos.... Marcante também foi a presença da entidade na elaboração da NOB/SUS/96 com a proposta que assegure as conquistas da NOB/SUS/93 e...radicalize a descentralização com plena autonomia de gestão...."

Assim estes aspectos indicam que a gestão Semi-Plena criada pela NOB/SUS nº 1/93, teve efetivamente um potencial que permitiu mudanças com avanços na implantação do SUS.

Estes fatos apresentados evidenciam justificativas inegáveis da necessidade de se continuar e aprofundar o estudo deste processo, com ênfase na Descentralização/Municipalização.

E neste sentido, deverá haver preocupação de centrar as análises nas modificações operadas pela NOB/SUS nº 1/93 e as perspectivas de mudança com a possível implantação da NOB/SUS nº 1/96.

A NOB SUS nº 1/96 tem algumas diferenças importantes em relação a NOB anterior. Estabelece novas condições de gestão para os estados — Gestão Avançada e Gestão Plena do Sistema, e para os municípios — Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, modificando e até mesmo ampliando, em alguns aspectos, as prerrogativas e responsabilidades e exigindo novos requisitos.

Há mudanças na sistemática de cálculo e de repasse dos recursos financeiros, tendo sido estabelecido o chamado Piso de Atenção Básica (PAB), a ser repassado para os municípios diretamente, Fundo a Fundo per capita. Representa um valor financeiro, um componente e um instrumento de apoio ao desenvolvimento da Atenção Básica, a ser complementado com recursos dos Estados e Municípios além de outros valores federais, variáveis, a títulos de incentivos, compondo o chamado PAB Variável, por negociação, a partir de determinados critérios e regras.

Atualmente (1º semestre de 1998) no Estado de São Paulo há 593 municípios habilitados a partir do mês de maio/98, nas formas da gestão da NOB/96 sendo que destes, 137 estão na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde.

Por tudo isto que se colocou até então, foi resolvido desenvolver este tema como objeto de estudo desta tese de Doutorado, que ora é apresentada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

II - OBJETIVOS

1 – Objetivo Geral

Avaliar processo da Descentralização/Municipalização do SUS no Município de São José dos Campos, no contexto da Gestão Semi-Plena da NOB/SUS Nº 1/93.

2 – Objetivos Específicos

Avaliar o desenvolvimento organizacional no processo de gestão do Sistema Municipal de Saúde.

Avaliar mudanças ocorridas no processo de trabalho na perspectiva de novo Modelo de Atenção à Saúde no Município

III – METODOLOGIA

1 – Tipologia do Estudo

Como já foi referido o tema objeto do estudo é a condição de gestão Semi-Plena na descentralização do SUS em seu processo de implantação, nos termos da NOB SUS 01/93.

A habilitação nesta condição de gestão ocorreu em muitos municípios no Brasil e, mesmo considerando só o Estado de São Paulo, vários municípios foram habilitados.

Assim colocou-se a necessidade de decidir sobre a abrangência do estudo, se um estudo do universo dos municípios habilitados ou estudo focalizado em um ou mais municípios, para o que são levadas em conta um conjunto de variáveis, como, entre outras, a especificidade do objeto temático, tempo e recursos disponíveis, desenho e exigências metodológicas.

Levando em conta estes aspectos optou-se por desenvolver o estudo na tipologia de Estudo de caso.

DENIS e CHAMPAGNE⁵⁰, citando vários autores, consideram que “ O estudo de caso é uma estratégia na qual o pesquisador decide trabalhar sobre uma quantidade muito pequena de unidades de análise. A observação é feita no interior de cada caso. A potência explicativa desta estratégia se apoia na coerência da estrutura das relações entre os componentes do caso, assim como na coerência das variações destas relações no tempo. a potência explicativa decorre, portanto, da profundidade da análise do caso e não do número de unidades”.

Colocam os autores que nesta estratégia há necessidade de cuidados para minimizar os riscos da ocorrência de baixa validade de construção da pesquisa, em termos dos potenciais de conclusões a partir das bases de sua operacionalização, o que pode se conseguir com medidas, como a definição dos procedimentos a serem observados, ampliação das fontes de dados, entre outras e, ainda, com a utilização de

estratégias de análise, como a de “abordagem por seres temporais”, que se aplica na análise de variações de uma intervenção.

Os estudos de caso podem ser de “caso único” e de “casos múltiplos”, segundo o número de “Unidades” envolvidas, com um ou mais níveis de análise, em função da maior ou menor abrangência e profundidade propostas e esperadas. A partir deste referencial, a natureza do tema, os objetivos da análise e as demais variáveis envolvidas (tempo, recurso e outras) houve a opção de desenvolver a tipologia de ESTUDO DE CASO ÚNICO, escolhendo como Unidade de Análise o Município de São José dos Campos, considerando entre outros, os seguintes aspectos:

- O município de São José dos Campos tem uma inserção peculiar e notável na história do processo de descentralização/municipalização no Brasil. Sendo pioneiro nas iniciativas desta natureza, representa um agente “pró-ativo” na formulação e implementação desta política. E vem demonstrando um inegável compromisso com a implementação do SUS.
- O município tem uma série de características (populacionais, econômicas, sociais entre outras) que lhe conferem uma representatividade significativa no Estado de São Paulo⁸⁹.
- O município de São José dos Campos esteve habilitado nos termos da NOB/SUS nº 1/93 desde novembro de 1994, na condição de gestão semi-plena e na NOB nº 1/96 a partir de maio de 1998, na condição de gestão plena do sistema.

A base mensal dos recursos financeiros a serem repassados em função do teto financeiro estipulado para o município foi de R\$ 1.633.664,00 (Um milhão, seiscentos e trinta e três mil seiscentos e sessenta e quatro Reais), da NOB nº 1/3 em dezembro de 1994³⁵ e de R\$ 2.136.098,00 (dois milhões, cento e trinta e seis mil e noventa e oito Reais) na NOB nº 1/96 em junho de 1998, conforme Portaria nº 87/MS/SAS, de 13/07/98.

- A colocação “provocativa” de CARVALHO⁴⁰ (1995): "...A proposta da reforma Sanitária... é uma proposta garantida legalmente... o grande desafio... é transformar esta proposta em realidade. Verificar na prática ... se é capaz de melhorar a qualidade de vida e saúde da população. O que existe e é feito em São José dos Campos ainda está um pouco distante... as críticas e as novas modificações são necessárias..." .
- O estudo desenvolvido por ALMEIDA⁴, 1995, que contemplou no seu universo o município de São José dos Campos, e no qual já apontava alguma mudança, mas principalmente processos em andamento, que poderiam ou deveriam trazer no seu bojo, como consequência, outras mudanças substantivas, a serem verificadas.

2 – Caracterização do Município de São José dos Campos

O Município de São José dos Campos localiza-se no Vale do Paraíba, Estado de São Paulo. Possui uma área de 1.118km² e sua área urbana é de 214,89km².

Localizado entre as duas regiões metropolitanas do País, São Paulo e Rio de Janeiro, faz divisa ao Norte com os municípios de Camanducaia e Sapucaí - Mirim-MG, ao Sul, Jacareí e Jambeiro-SP, a Leste com Caçapava e Monteiro Lobato e a Oeste, Igaratá, Joanópolis e Piracaia-SP, com uma população estimada de 517.407 habitantes, sendo que 497.745 (96,2%) estão na zona urbana e 19.662 (3,80%) estão na zona rural. São José dos Campos possui como principal atividade econômica a atividade industrial. No município estão instaladas empresas como: Kodak, Petybon, Rhodia, Matarazzo, Johnson & Johnson, Cerâmica Weiss e outras, que empregam cerca de 32,6% da população da região⁸⁹.

2.1 – Aspectos Econômicos

A partir da segunda metade do século passado até início deste, pode-se dizer que o Vale do Paraíba, por meio da cultura do café, foi a base da economia paulista e brasileira. Com a decadência da produção cafeeira, a região passou por um período de estagnação econômica que começou a ser rompido após a Segunda Guerra com o processo de industrialização disseminado por todo o Vale.

São José dos Campos, que durante o ciclo do café também foi bom produtor, assume a hegemonia da economia do Vale do Paraíba a partir dos anos 50, quando se acentua o processo de industrialização no município devido, principalmente, a localização estratégica entre as duas principais regiões metropolitanas do país, além da proximidade do Porto de São Sebastião que apresenta um grande potencial para movimentação de cargas. São José dos Campos conta agora com um parque industrial diversificado voltado, inclusive, para a exportação⁸⁹.

INDÚSTRIAS CONFORME PORTE INDUSTRIAL E PESSOAL OCUPADO 1.996

Porte Industrial	Indústrias		Pessoal Ocupado	
	Nº	%	Nº	%
Micro/Pequenas	677	94,0	6.147	14,2
Médio	28	3,9	2,1	15,7
Grande	15	2,1	30.335	70,1
Total	720	100,0	43.260	100,0

Fonte: Cadastro Industrial 1996 - SPMA

FINANÇAS PÚBLICAS DO MUNICÍPIO

	R\$
Receita Prevista para 1997	314.500.000,00
Receita Arrecadada em 1996	290.091.459,66
Receita de I.C.M.S. em 1996	150.651.562,60
Valor Adicionado do I.C.M.S.	5.687.308.947,00

Fonte: Secretaria Municipal da Fazenda - SJC

Outro fator que demonstra o potencial econômico de São José dos Campos, é o consumo de energia elétrica em que o município se encontra entre os dez primeiros no estado.

**MUNICÍPIOS DE MAIOR CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA
NO ESTADO DE SÃO PAULO
1.996**

Fonte: Anuário Estatístico 1. 996 - CESP

Devido à posição estratégica, com uma área de influência que inclui todo o Vale do Paraíba, Litoral Norte e sul de Minas Gerais, São José dos Campos vem recebendo valores altos de investimentos, tanto na ampliação como na instalação de grandes empresas no ramo comercial e prestador de serviços. Isto vem demonstrar o potencial que a cidade tem para atender a demanda da região no que diz respeito às atividades do setor terciário.

A zona rural de São José dos Campos caracteriza-se por uma topografia acidentada onde tem predominado a pecuária leiteira extensiva através do uso de pastagens naturais. Mais recentemente está se desenvolvendo a atividade de reflorestamento, destacando-se o cultivo de eucalipto que atende as indústrias de celulose da região. As áreas agricultáveis estão praticamente restritas às várzeas do Rio Paraíba do Sul e do Rio Jaguari e pequenas glebas em torno do perímetro urbano. Nessas áreas predomina o cultivo do arroz, milho e feijão.

Os primeiros levantamentos demográficos realizados no município apontam que até a década de 40 a população joseense na sua grande maioria pertencia a zona rural. Dos 36.279 habitantes registrados nesta década apenas 40% ocupavam o espaço urbano, porém, com o declínio das atividades agrícolas e mais adiante, a partir da década de 50, com o processo de industrialização, o município passa a conviver com uma população predominantemente urbana e com elevadas taxas de crescimento⁸⁹.

TAXA DE URBANIZAÇÃO 1.940 - 1.996*

Fontes: Censos Demográficos 1.940 - 1.991 - IBGE

* Contagem Populacional - 1996 - IBGE

Este cenário demográfico de altas taxas ocorre nas três décadas consecutivas leva praticamente a duplicação populacional do município (gráfico). No período de 50/60 registra-se uma taxa de 5,6% a.a. em seguida, de 60/70 em decorrência do "boom" da industrialização, o índice de crescimento atinge o patamar de 6,7% a.a. e de 70/80 mantém na ordem de 6,82% a.a. Pressupõe que tal comportamento seja em razão dos grandes fluxos migratórios que se deslocaram para o município a partir da década de 70, na busca de melhores condições de trabalho uma vez que, um número expressivo de indústrias estavam sendo implantadas.

INCREMENTO INTERCENSITÁRIO 1.940 - 1.996*

Fontes: Censos Demográficos 1.940 - 1.991 - IBGE

*Contagem Populacional - 1.996 - IBGE

Porém, nesta última década o crescimento populacional do município ocorre de forma menos intensa em relação às anteriores, comportamento esse, percebido nos resultados do recenseamento de 1.991 quando registra-se uma taxa de 3,99% a.a. e, mais recentemente, na Contagem Populacional de 1.996 com 1,89% a.a. Mas, se comparado aos demais municípios brasileiros, constata-se que São José dos Campos obteve um crescimento significativo ainda que a migração tenha exercido pouca influência na estrutura demográfica do município⁸⁹.

EVOLUÇÃO POPULACIONAL DO MUNICÍPIO
1.940 - 1.997

ANO	POPULAÇÃO		
	TOTAL	URBANO	RURAL
1940	36.279	14.474	21.805
1950	44.804	26.600	18.204
1960	77.533	56.882	20.651
1970	148.332	132.482	15.850
1980	287.513	276.901	10.612
1991	442.370	425.515	16.855
1996*	485.467	462.729	23.738
1997**	495.661	-	-

Fontes: Censos Demográficos 1.940 - 1.991 - IBGE
* Contagem Populacional - 1.996 - IBGE
** Estimativa

No entanto é importante destacar que desde os anos 40, o município vem liderando no índice de participação populacional na estrutura demográfica da Região do Vale do Paraíba.

Dos 1.793.014 habitantes da região registrados nesta última Contagem Populacional, São José dos Campos é responsável em mais de um quarto (27,1%) do total desta população.

PARTICIPAÇÃO DO MUNICÍPIO NA REGIÃO DO VALE DO PARAÍBA - 1.996

Fonte: Contagem Populacional - 1.996 – IBGE

Em relação ao Estado de São Paulo, o índice de participação do município registrado neste último levantamento foi de 1,4% que, comparado com os resultados anteriores vem se mantendo a cada censo realizado.

2.2 – Educação e Tecnologia

São José dos Campos dispõe de um sistema educacional que conta com 453 unidades escolares, abrangendo a pré-escola, 1º e 2º graus e ensino técnico. Além do ensino universitário, com 32 diferentes cursos, São José dos Campos possui instituições que ministram cursos voltados para o conhecimento científico e tecnológico nas áreas de mecânica, eletrônica, arquitetura, direito, odontologia, aeroespacial e outras.

Dentre essas instituições destaca-se o Instituto Tecnológico da Aeronáutica — ITA; Universidade do Vale do Paraíba - UNIVAP, Centro de Desenvolvimento de Tecnologia e Recursos Humanos - CDT e Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais - INPE, órgãos responsáveis pela execução dos programas de ensino, pesquisa e desenvolvimento das atividades espaciais.

Quanto ao índice de alfabetização da população com idade igual ou acima de 15 anos, o município encontra-se em posição de destaque comparativamente ao Vale do Paraíba.

Em relação ao Estado de São Paulo, segundo últimos resultados censitários (80 - 91), o município apresentou índices superiores, na ordem de 88,9 e 92,9 respectivamente, conforme demonstrado graficamente⁸⁹.

ÍNDICE DE ALFABETIZAÇÃO

População de 15 anos e mais

Fonte: Censos Demográficos 1.979 - 1.991 - IBGE

NÚMERO DE ALUNOS E NÍVEL ESCOLAR
Rede Oficial de Ensino

NÍVEL ESCOLAR	Nº DE ALUNOS
Educação Infantil	14.070
1º grau	102.512
2º grau	29.701
3º grau	5.637
4º grau	1.171
Supletivo 1º grau	4.579
Supletivo 2º grau	1.005
Educação Especial	766
Outros Cursos Profissionalizantes	10.384
TOTAL	169.825

Fonte: Pesquisa de Ensino e Educação - 30/03/95 - SPMA

UNIDADES ESCOLARES E NÍVEL ESCOLAR

Rede Oficial de Ensino

NÍVEL ESCOLAR	UNIDADES ESCOLARES
Educação Infantil	119
1º grau	119
1º grau E 2º graus	50
3º grau	09
4º grau	05
Educação Especial	10
Outros Cursos Profissionalizantes	141
TOTAL	453

Fonte: Pesquisa de Ensino e Educação - 30/03/95 - SPMA

2.3 – Diagnóstico da Infra-Estrutura Urbana de São José dos Campos

2.3.1 - Sistema de Abastecimento de Água

Desde 1976, quando aderiu ao PLANASA, O Município vem sendo atendido pela SABESP, no que diz respeito ao saneamento básico. O sistema está estruturado sobre uma proposta de um projeto técnico de 1973, ou seja, é um sistema misto composto de uma estação de tratamento de água, cujo maior manancial é o Rio Paraíba do Sul, complementado por uma rede de poços profundos, dispersos na periferia da malha urbana.

A região atendida por poços profundos é irregular, composta por inúmeros sistemas autônomos, em geral constituídos por um único loteamento. Esta característica advém da forma pela qual a expansão urbana ocorreu nos últimos 10 anos e da postura do poder público, tanto da Prefeitura como da concessionário que tem aceito e incorporado novos loteamentos com sistema de abastecimento de água autônomos e sem rede de esgoto (afastamento via fossas sépticas/poços de absorção) baseados quase que exclusivamente na política de uso do solo e na expectativa de

que o ritmo de ocupação dos lotes fosse suficientemente lento para permitir um ajuste gradual de toda esta situação, proporcionando a estas regiões, condições razoáveis de saneamento básico.

Configurada como está, a produção dos poços artesianos profundos, é capaz de atender aproximadamente 40% da população, sendo os 60% restantes atendidos pela ETA Central e pequenas ETAs.

A atual configuração do sistema consiste aproximadamente de 70 km de adutoras e de 700 km de rede de distribuição e o índice de atendimento no abastecimento de água é da ordem de 95% e a população atendida de cerca de 467.173 habitantes⁸⁹.

2.3.2 - Sistemas de Esgotos Sanitários

O sistema público de esgotos diferentemente do abastecimento de água, não foi reformulado desde 1976 (período de grande crescimento demográfico) levando a uma saturação do sistema.

Os investimentos tem-se concentrado na construção de redes domiciliares, existindo no sistema um mínimo de soluções envolvendo tratamento de efluentes. Assim, exceto por grande parte da bacia do rio Lavapés, de ocupação muito antiga e já saturada, todas as demais não contam com sistemas de esgotos integrados às soluções de tratamento dos mesmos.

É regra geral hoje a inexistência de estruturas de integração de redes e de encaminhamento dos efluentes para o destino final. O mais comum é o encaminhamento destes efluentes para o corpo receptor, através dos cursos de águas tributárias.

O sistema existente compreende aproximadamente 23 km de emissários interceptores e 650 km de rede coletora instalada e ainda 6 estações e tratamento em bairros distantes da região central.

A capacidade de tratamento de todas as ETE (Estação de Tratamento de Esgotos) é de 103 L/seg e um percentual de esgoto tratado no sistema de 5%⁸⁹.

2.4 - O Setor Saúde de São José dos Campos

São José dos Campos, na área de Saúde, destaca-se dos demais município da região pelos equipamentos que dispõe. Representa um pólo de assistência médico-hospitalar para o Vale do Paraíba, Litoral Norte e Sul de Minas Gerais.

A Secretaria Municipal de Saúde, através da Gestão Semi-Plena gerencia o Sistema Único de Saúde (SUS) no município. Os recursos financeiros do Fundo Municipal de Saúde são administrados pela própria Secretaria e fiscalizados pelo Conselho Municipal de Saúde - COMUS.

O Município de São José dos Campos foi habilitado para gestão semi-plena em abril de 94, tendo se efetivado em novembro de 94, com o repasse financeiro e o gerenciamento de todos os serviços de saúde do município recebendo os contratos anteriormente existentes com a Secretaria Estadual de Saúde com 12 prestadores ambulatoriais e 5 hospitais, em maio de 1998 passou à condição de Gestão Plena do Sistema, por habilitação na NOB SUS 01/96.

O Sistema de Saúde de São José dos Campos, tem recebido dos governos municipais, aplicação dos recursos orçamentários, em torno de 18,5%.

A Rede de Serviços é constituída por:

- 34 Unidades Básicas de Saúde e 02 Unidades Avançadas de Saúde.

As unidades fazem o atendimento em clínica médica, ginecologia/obstetrícia, pediatria, odontologia e procedimentos de enfermagem.

- No nível secundário, conta com:

04 Unidades de Atenção Integral à Saúde Mental (UAISM);

02 Unidades de Atendimento Especializado;

10 Serviços Especializados:

- Centro de Referência de Saúde Ocupacional (CRESO)
- Projeto Casulo
- Hospital Dia para AIDS
- Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS)
- 02 Centros de Reabilitação
- Centro de Controle de Zoonoses (CCZ)
- Laboratório Central
- Unidade de Prevenção e Tratamento de Deficiências (UPTD)
- Hospital de Saúde Mental
- No setor de emergência, além do Pronto Socorro Municipal, o serviço público possui 5 Unidades de Pronto Atendimento (UPA):
  - 02 na região Sul (Parque Industrial e Saúde Mental)
  - 02 na região Norte (São Francisco Xavier e Alto da Ponte)
  - 01 na região Leste (Eugênio de Melo)

O Hospital Municipal realiza o atendimento terciário com UTI adulto, infantil e neonatal, neurocirurgias, cirurgias ortopédicas, buco maxilo e gerais, além de internações em clínica médica, pediatria e maternidade com banco de leite⁸⁹.

3 – Material e Métodos

Segundo FRENK⁵⁴, há uma dificuldade muito grande entre os autores que pretendem desenvolver pesquisas e portanto criar conhecimento, tendo como objeto de análise os Sistema de Serviços de Saúde e sua missão de ofertar ações para o atendimento coletivo. Este autor propõe no seu trabalho "Um Modelo Conceitual para a Pesquisa em Saúde Pública" uma tipologia, que se fundamenta em duas categorias básicas:

- O Nível de Análise
- O Objeto de Análise.

Em relação ao Nível de Análise, ele classifica duas dimensões:

a) **O da Saúde Individual** que tem na sua categoria correspondente de Objeto de Análise, as **Pesquisas ou Estudos Biomédicos** que procuram verificar as condições, determinações, fatores, riscos e outras variáveis em relação à Saúde/Doença individual e as **Pesquisas Clínicas**, que procuram verificar as respostas às "terapêuticas" para o problema individual.

b) **O da Saúde Coletiva**, que tem na sua categoria correspondente de Objeto de Análise a **pesquisa de necessidades de saúde**, que procura identificar estas necessidades e as condições, fatores, causas e outras variáveis que contribuem para a sua ocorrência e as **Pesquisas de Sistemas de Saúde**, que procuram verificar as "Respostas" ou as **ações que são ofertadas pelo sistema a estas necessidades**.

Ainda segundo FRENK⁵⁴, avançando nesta tentativa de enquadramento, ele considera que a categoria do estudo seria definida pelos seus objetivos, pela dimensão ou finalidade que o Sistema de Prestação de Serviços tem e pelas áreas do conhecimento que o subsidia.

E, portanto, esta colocação leva a crer que há uma necessidade de dispor de métodos e instrumentos a serem apropriados e utilizados nestes tipos de estudos, citando-se, por exemplo:

- análise tabular de dados de diferentes naturezas.
- análises quantitativas.
- análises qualitativas.
- análises documentais.
- entrevistas, e etc...

Outro recorte possível, enquanto metodologia de avaliação, é aquele desenvolvido e proposto por DONABEDIAN⁵¹, no qual a proposta é a de criação e elaboração de instrumentos e indicadores que permitam a análise e avaliação da **Estrutura** dos Serviços, dos **Processos de Trabalho** desenvolvidos a nível dos Serviços e dos **Resultados** obtidos.

Esta concepção metodológica de DONABEDIAN⁵¹, teve como referencial básico de análise os serviços médicos com ênfase nos cuidados assistenciais, com um alto grau de protocolação e portanto com uma precisão e especificação maior em termos de parâmetros que possam servir como indicadores de aferição aos resultados e suas possíveis relações com a Estrutura e o Processo de Trabalho.

No caso do presente estudo, o objeto de análise refere-se ao processo de descentralização/municipalização do Sistema de Saúde do município de São José dos Campos, sob a égide das diretrizes e princípios do SUS estabelecidos nos diversos atos administrativos já referidos e, em particular e enfaticamente, sob a escolta dos requisitos, responsabilidades e prerrogativas estabelecidos na já mencionada NOB SUS nº 1/93. E, deste modo, transcende os limites de uma ação protocolar no âmbito de um serviço de saúde direcionada a um problema de saúde ou a um grupo populacional; aliás transcende o âmbito do próprio serviço, seja ele UBS (Unidade Básica de Saúde), UES (Unidade de Especialidades de Saúde), Pronto Socorro (PS) ou Hospital, envolvendo o conjunto de todos os serviços e ações do Setor Saúde, bem como de outros setores que têm interface com ele.

Assim a transposição pura e plena da metodologia referida para a realização deste estudo fica prejudicada, particularmente no capítulo ou dimensão referente aos Resultados, com dificuldades e obstáculos metodológicos de difícil equacionamento. E ainda porque não tem o estudo o objetivo de identificar e analisar os “impactos” nas condições e níveis de saúde.

CONTANDRIOPOULOS e col.⁴⁸ também procuram apresentar um referencial conceitual e metodológico de avaliação em saúde, ressaltando as dificuldades e complexidades neste campo, embora a avaliação seja “uma atividade tão velha quanto o mundo, banal e inerente ao próprio processo de aprendizagem..., um conceito que (hoje) está na moda, com contornos vagos e que agrupa realidades múltiplas e diversas”.

Procurando analisar a história da avaliação, referem que “Guba e Lincoln (1990) identificam quatro estágios ..., em função do desenvolvimento dos conceitos e da acumulação dos conhecimentos”. Assim, “o primeiro estágio é baseado na medida, ... trata-se de construir e saber usar os instrumentos que permitem medir o fenômeno estudado ... O segundo estágio ... trata de identificar e descrever como os programas permitem atingir seus resultados. O terceiro estágio é baseado no julgamento. A avaliação deve permitir o julgamento de uma intervenção ... O quarto estágio está emergindo. A avaliação é então feita como um processo de negociação entre os atores envolvidos na intervenção a ser avaliada”.⁴⁸

Reiterando as dificuldades e a complexidade, assumem o referencial de que “Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa)”. E consideram que “uma intervenção é constituída pelo conjunto dos meios (físicos, humanos, financeiros, simbólicos) organizados em um contexto específico, em um dado momento, para produzir bens ou serviços com o objetivo de modificar uma situação problemática”⁴⁸.

De certo modo, a Avaliação Normativa referida por estes autores tem proximidade com a concepção metodológica de DONABEDIAN ao considerar o

postulado de forte relação entre os resultados e os critérios e normas adotados e ao se expressar na Sistemática de Avaliação de **Estrutura**, do **Processo** e dos **Resultados**.

Na pesquisa avaliativa, que trata de “fazer um julgamento ex-post de uma intervenção usando métodos científicos” a sistemática proposta é composta de seis tipos de análise, assim consideradas: Análise Estratégica, “analisar, a pertinência da intervenção...”; Análise da Intervenção, “estudar a relação que existe entre os objetivos da intervenção e os meios empregados...”; Análise da Produtividade, “estudar o modo como os recursos são usados para produzir serviços...”; Análise dos Efeitos, “avaliar a influência dos serviços sobre os estados de saúde...”; Análise do Rendimento, relacionar a análise dos recursos empregados com os efeitos obtidos...”; Análise da Implantação, “consiste, por um lado, em medir a influência que pode ter a variação no grau de implantação de uma intervenção nos seus efeitos e, por outro, em apreciar a influência do ambiente, do contexto, no qual a intervenção está implantada nos efeitos da intervenção...”⁴⁸.

A partir desta variedade e complexidade de concepções e metodologias de Avaliação em Saúde e a dificuldade de sua prática, colocou-se a necessidade da opção do referencial e “caminhos” a adotar e seguir, para o desenvolvimento do estudo proposto. Procurou-se, deste modo, apoio no pressuposto de que a natureza e objetivos do estudo devem fundamentar e orientar a opção e o desenho metodológico.

O presente trabalho, então considerando a tipologia de FRENK foi inserido na dimensão de Pesquisa em Saúde Coletiva, enquanto nível de análise e na categoria de Pesquisa em Sistemas e Serviços de Saúde, enquanto objeto de análise.

Foi delimitado como objetivos do estudo a **análise da abrangência e variação ocorridas na implantação da gestão Semi-Plena no Município de São José dos Campos e análise das mudanças ocorridas no Modelo de Atenção do Sistema Municipal de Saúde.**

Considerando esta delimitação da natureza e objetivo do estudo, julgou-se que o desenho metodológico a seguir poderia ter base na Pesquisa Avaliativa proposta por CONTANDRIOPOULOS, utilizando-se as “Análise da Implantação” e “Análise dos Efeitos”, entre os seis tipos estabelecidos pela metodologia. Levou-se em conta que a “Análise da Implantação” absorve o objetivo do processo de implantação da intervenção (habilitação na gestão Semi-Plena), em sua abrangência e variação e suas possíveis relações com os “efeitos”, identificados e analisados com o tipo de “Análise dos Efeitos”.

DENIS e CHAMPAGNE⁵⁰, ao considerarem a “Análise da Implantação” afirmam que ela **“consiste justamente em especificar o conjunto dos fatores que influenciam os resultados obtidos após a introdução de uma intervenção...”**, e referem três componentes que podem fundamentar e caracterizar a “Implantação”: **“... determinantes contextuais do grau de implantação, ... refere-se à extensão da operacionalização adequada de uma intervenção; ... influência da variação da implantação sobre os efeitos observados; ... influência da interação entre o contexto da implantação e a intervenção sobre os efeitos observados”**.

A análise da implantação se orientará, pois, nos estudos dos processos de mudanças ocorridos após uma organização ter decidido introduzir uma intervenção.

Assim, neste eixo de análise, as seguintes categorias foram contempladas, visando averiguar as mudanças e ou inovações ocorridas.

1. Na organização e nas estruturas administrativas da Prefeitura e da Secretaria da Saúde.
2. Na dimensão do controle e participação social do sistema.
3. Na dimensão do financiamento do sistema.
4. Na dimensão da execução orçamentária e financeira.
5. Na dimensão dos recursos humanos.

6. Na dimensão do relacionamento do setor público com o setor privado de saúde em São José dos Campos.
7. Na dimensão da relação/integração com outras secretarias (com destaque para aquelas que contemplam as políticas públicas sociais).
8. Na dimensão da rede física e equipamentos - expansões ou reduções quantitativas.
9. Na dimensão da relação com a Secretaria Estadual de Estado da Saúde (SES)/Diretorias Regionais de Saúde (DIR) e Comissão Intergestora Regional (CIR) da região de São José dos Campos.
10. Na dimensão da descentralização do Sistema (relação do nível de Coordenação com as Unidades Prestadoras de Serviços de Saúde no Município).

As informações e dados que subsidiaram esta análise foram obtidas das seguintes fontes:

1. Documentos e relatórios de gestão emitidos pela Prefeitura e Secretaria Municipal de Saúde.
2. Atos administrativos do poder executivo e legislativo do Município de São José dos Campos - Leis, Decretos, Portarias e Resoluções, entre outros.
3. Entrevistas “semi-aberta” com os gestores da Secretaria Municipal de Saúde no período de 1993 a 1997.

A “Análise dos Efeitos” foi como já referido, o outro tipo de análise da Pesquisa Avaliativa utilizado como segundo eixo de avaliação neste estudo.

Ainda segundo CONTANDRIOPOULOS e col.⁴⁸ ela procura verificar a eficácia dos serviços, ressaltando que “o conceito de eficácia não tem um sentido absoluto, ele deve ser qualificado em função do contexto no qual a pesquisa é feita, do procedimento escolhido, da natureza da intervenção avaliada e da finalidade do exercício de avaliação”. E, neste sentido, apresentam o conceito de **eficácia de utilização** a qual são observadas variáveis relativas aos usuários e aos prestadores de

serviços, que é vinculada ao contexto de pesquisa chamado de “Prática Normal”, que se refere a “intervenção atuando em um contexto normal (comportamentos variados dos atores)”.

É de ressaltar que houve uma adaptação metodológica neste segundo tipo de análise na medida em que, considerando o objetivo do estudo, foi adotado como “**Efeito**”, não os impactos e mudanças nas condições e níveis de saúde mas sim, as mudanças ocorridas no Modelo de Atenção à Saúde do Sistema Municipal de Saúde de São José dos Campos, dado que esta mudança é um dos “efeitos” propostos e esperados pela Reforma Sanitária, pelo processo de implantação do SUS e, como tal, incorporado na NOB SUS 01/93.

Ou seja, compreende a análise das mudanças e alterações ocorridas no desenvolvimento dos processos de trabalho referentes ao Sistema de Saúde de São José dos Campos, em relação as suas práticas sanitárias.

Como esta mudança está baseada essencialmente em alterações nos “processos de trabalho”, pode-se considerar que esta opção por este desenho metodológico levou a assumir como “Efeito”, na tipologia de Análise da Pesquisa Avaliativa de CONTANDRIOPOULOS⁴⁸, o que na tipologia de DONABEDIAN⁵¹ seria considerado como Avaliação de Processo.

Neste eixo de avaliação foram, então, identificadas e analisadas as mudanças que ocorreram no “Modelo de Atenção”, tanto no que tange àquelas referentes ao espaço singular da prática do profissional de saúde, como dos próprios serviços de saúde e do próprio sistema como um todo.

Procurou-se também identificar e analisar, não só a cobertura geral destes serviços e ações, mas também coberturas específicas que ocorreram tanto na atenção para grupos populacionais definidos, como para problemas prevalentes.

As principais fontes de dados utilizadas neste eixo de avaliação foram basicamente as seguintes:

1. Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SIA/ SUS).
2. Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS).
3. Os relatórios de gestão do Sistema Municipal de Saúde, elaborados pela Secretaria Municipal de Saúde.
4. Plano Municipal de Saúde.
5. Entrevistas com dirigentes do Sistema Municipal de Saúde.

Assim, tendo como base o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) e levando em conta as 3(três) grandes bases de dados em que o mesmo está estruturado, foram trabalhados as seguintes informações:

- Os procedimentos ambulatoriais da chamada Atenção Básica de Saúde (Procedimento Básico)
- Os procedimentos ambulatoriais de média complexidade chamados especializados (Fração Ambulatorial Especializada - FAE).
- Os procedimentos ambulatoriais de alta complexidade (alto custo).

No chamado Sistema de Internação Hospitalar (SIH/SUS), foram analisados os aspectos quantitativos e qualitativos das seguintes variáveis:

1. Quantidade de internações no período.
2. Percentual das internações/ano em relação à população de São José dos Campos.
3. Invasão percentual de internações em relação ao total de pacientes procedentes de outros municípios da DIR de São José dos Campos, de outras DIR do Estado de São Paulo, dos Estados de Minas Gerais e Rio de Janeiro e de outros estados.
4. Evasão - número de internações/ano da população residente em São José dos Campos que ocorreram em outros municípios. Percentual deste número em relação ao total de internações.
5. As 10 (dez) primeiras causas de internação no total (em percentuais) que ocorreram no município de São José dos Campos no período (CID ..)

6. As principais causas de internação e de procedimentos nas categorias de INVASÃO e EVASÃO.
7. A distribuição percentual das internações segundo os serviços públicos e privados do SUS.
8. A distribuição percentual das internações segundo os serviços públicos e privados do SUS, segundo as categorias Clínica Médica, Pediatria, Obstetrícia e Cirurgia.

IV – ANÁLISE E DISCUSSÃO

1. Análise da Implantação da Descentralização/ Municipalização

Preliminarmente há que se destacar que em termos do Desenvolvimento Organizacional, ou seja, do processo de estabelecer novas estruturas, novas competências e novas relações no âmbito de uma empresa/instituição para o seu melhor desempenho e performance na busca de novos objetivos e no alcance de suas metas e resultados⁵⁹, pode-se afirmar que o mesmo já vinha ocorrendo em São José dos Campos, mesmo antes da edição da NOB/93 e da respectiva adesão do município à forma de gestão Semi-Plena, ocorrida em dezembro de 1994.

Neste sentido vale destacar por exemplo na Área do Desenvolvimento de Recursos Humanos, no final da década de 70 (1979), houve a Formação e Capacitação de Agentes de Saúde para a rede.

Já no início da década de 80 (1981-), foi feito Curso de Especialização em Saúde Pública, o que foi a base dos quadros para a estruturação inicial, na Secretaria Municipal de Saúde, das áreas de Assessoria Técnica, Planejamento e Vigilância Epidemiológica⁸⁹.

Em 1988, a Prefeitura Municipal celebrou Convênio com a Faculdade de Saúde Pública para continuidade de capacitação de seu quadro profissional de então, com o desenvolvimento de dois Cursos Regionalizado de Saúde Pública em São José dos Campos. “Esta capacitação foi importante na medida em que, se constituiu como fonte ou base dos quadros técnicos que iriam fazer a gestão e gerência do Sistema e dos Serviços de Saúde nos anos posteriores”⁴².

Assim, já ao final da década de 80, segundo CARVALHO⁴², as áreas de Vigilância Sanitária (1989), de Administração Financeira (1987), Informática (1987) e Planejamento Integrado (1989), foram sendo gradualmente implementadas, tendo como quadro dirigentes e equipes aqueles profissionais formados nos Cursos de Saúde Pública realizados.

Destacam-se ainda nesta linha, os Cursos de formação de Atendente de Consultório Dentário (ACD) e de Técnicos em Higiene Dental (THD), em 1989, e em 1990, dentro da linha do Projeto Larga Escala.

Na dimensão referente à rede física dos Serviços de Saúde e na incorporação de tecnologia, houve, segundo CARVALHO⁴², uma grande expansão no período de 1976 a 1982, com a criação de novas Unidades e, posteriormente, a consolidação desta rede, com obras de ampliação de algumas e construção de outras para abrigar aquelas que estavam em imóveis "residenciais" em regime de aluguel. Após este período houve expansão e ampliação gradual e específica da rede.

Foi criado e implantado o Laboratório de Análises Clínicas (1979), que em 1990 foi ampliado. Foram disponibilizados para o SUS os Serviços de Ultrasonografia e Tomografia a partir de 1990, através de Serviços comprados de terceiros.

Também, ainda antes da habilitação na gestão Semi-Plena, já havia um processo em curso para a “Organização do Fundo Municipal de Saúde, ... de um Setor de Compras e a busca de alguém do Departamento Jurídico, que pudesse desenvolver esta atividade específica na área da Saúde...”⁷¹.

Na dimensão da participação e controle social ela se operacionaliza nos termos da Lei 8142/90, através das Conferências Municipais de Saúde e do Conselho Municipal de Saúde, o COMUS, e ainda no caso de São José dos Campos através dos Conselhos Gestores de Unidades (CGUs) e Conselho Gestor da Santa Casa (CGU da Santa Casa)^{42,71}.

Segundo CARVALHO⁴² (1998) esta discussão já vinha sendo iniciada desde 1979, e a longo deste período deve ser destacado a criação da Comissão Interinstitucional de Saúde (CIMS) em 1987, o Núcleo de Saúde Comunitária (NUSAC) (1989), o Conselho Municipal de Saúde em 1990, o Conselho Gestor das

Unidades de Saúde (CGUs) em 1990, e em 1997 o funcionamento do Conselho Gestor da Santa Casa (CGU da Santa Casa).

Ainda segundo CARVALHO⁴² (1998), “o Conselho era atuante, a presidência do Conselho era eleita, havia uma Secretaria Executiva com reuniões semanais, e o Conselho se reunia mensalmente ...E trimestralmente havia uma audiência pública para a prestação de contas ao Conselho...”.

É também referido por OLIVEIRA JÚNIOR⁷¹ (1998), “... O Controle Social em São José dos Campos já vinha sendo trabalhado anteriormente ... O Conselho de Saúde sempre funcionam de maneira organizada ... . Havia tentativa de criar os chamados Conselhos Locais de Saúde, havia também os Conselhos de Unidades e Serviços, mas com uma participação mais fluída, ... mais voltada para discussão de problemas... Havia discussão das prioridades com o Conselho Municipal de Saúde. A Secretaria funcionava durante minha gestão (1993,1994) num esquema de um colegiado dirigente, onde além do Secretário havia 10 a 12 pessoas que se reuniam periodicamente e definia as prioridades a partir desta negociação com a prefeitura e com o Conselho Municipal de Saúde ...”.

Também neste sentido é importante destacar a opinião de NASCIMENTO⁷⁰ (1998), que era o Secretário Municipal de Saúde (1996), “... Com a mudança do modelo, o COMUS (Conselho Municipal de Saúde) passou a ter maior acesso as informações e decisões quanto ao setor privado, o controle social passou a ser mais efetivo...”.

Essas ressalvas e informações preliminares destacadas indicam e reforçam o fato de que o município de São José dos Campos já vinha trabalhando na linha da "municipalização" da saúde proposta pelo Movimento Municipalista, no sentido dos requisitos, responsabilidades e prerrogativas que estavam sendo sinalizados e que foram inseridos posteriormente no documento embrião da NOB/93,

"Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei" e, assim, com potencial de assumir a Gestão Semi-Plena posteriormente estabelecida pela NORMA.

Assim, a NOB/SUS nº 1/93, pode ser considerada um fato, uma característica do contexto, que naquele momento teve influência no processo de implantação.

Neste ponto, vale fazer algumas considerações, no sentido de se discutir a referida estrutura criada pela Secretaria Municipal de Saúde de São José dos Campos, inspirada e estimulada que foi, pela NOB-SUS nº 1/93 e na intencionalidade estratégica de implantar e implementar o Sistema Único de Saúde (SUS) no município.

Quando se estuda um processo de Desenvolvimento Organizacional a ser implantado nas instituições, há que se considerar a "Cultura Organizacional", que representa um conjunto de valores e crenças que influenciam a vida organizacional...⁵⁹.

São estabelecidos ao "longo da vida" da instituição e que geralmente são obstáculos importantes quando se pretende empreender um processo de mudança de estrutura e de relações, o que em última instância equivale a chamada "hiperqueratose institucional", sinalizada por MATUS⁶¹.

No caso do município de São José dos Campos, esta resistência estava então de certo modo atenuada pelo fato de que sua estrutura burocrática de saúde ter relativo pouco tempo de criação e atuação, e também por sua inserção no movimento de gestão municipal da saúde, o que exigia e estimulava um processo de mudanças estruturais, conforme já referido.

O poder político em exercício, que de certo modo, teve em sua base de formulação e conquista na gestão pública municipal, o movimento que ocorria na Saúde, assumiu a decisão e o compromisso de implantação do SUS no município, o

que se constituiu em um outro fator contextual importante na estratégia de reformulação da Secretaria de Saúde.

Os Anexos 1.IV, 1.IVa, 2.IV, 3.IV e 4.IV, mostram Organograma da Secretaria Municipal de Saúde, identificando as Unidades(e suas relações) que foram criadas no bojo da reforma que foi feita no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de São José dos Campos.

Pela sua análise pode se constatar que há um nível Central responsável pela formulação das diretrizes políticas e decisões na instância superior da pasta, constituída pelo Conselho Municipal de Saúde (COMUS), o Secretário de Saúde e seu respectivo Gabinete.

Abaixo do Secretário e Gabinete, há uma estrutura Departamental com competências e responsabilidades de apoio Técnico Administrativo, com linha de subordinação direta e hierarquizada junto ao Secretário e Gabinete.

E por último a instância operativa constituída pelos Distritos Sanitários, com suas Unidades Básicas de Saúde, as Unidades Especializadas, os Laboratórios e as Unidades de Pronto Atendimento, e o Hospital Municipal (1996) cuja especificação e quantificação foi demonstrado no item 2 do Capítulo III, da Metodologia.

1.1 - A Reorganização Estrutural da Secretaria Municipal da Saúde - A Criação dos Distritos Sanitários

No ano de 1993 o município veio a desenvolver um esforço no sentido de criação dos Distritos Sanitários, que iria representar " o nível intermediário entre a Unidade Básica de Saúde (UBS) e o nível central, e responsável pela implantação e orientação e assessoria para o modelo técnico de Atenção junto à rede básica"⁸⁹.

O grande apelo ou requerimento constatado, no que tange a estas mudanças e alterações organizacionais ocorridas, era o de buscar "incessantemente as diretrizes do SUS, ou seja, modelo de atenção universal, descentralizado, hierarquizado e equânime e de Vigilância à Saúde"⁸⁹.

E também nesta dimensão de mudanças, há que se destacar a intencionalidade e ocorrência de alterações das relações de mando e subordinação entre o Nível Central e as Unidades Básicas, com a progressiva delegação de um maior grau de autonomia e competência, assumindo a responsabilidade e autoridade sanitária nas áreas de abrangência das UBS, que foram definidas no desenvolvimento do processo de "territorialização"⁸⁹.

Como afirma OLIVEIRA JÚNIOR⁷¹ (1998), "... Havia um processo distritalização ... com organização regional. No período em que assumi a gestão (maio/1993) essa era uma discussão que já vinha ocorrendo, na busca da descentralização do processo de decisão, de autonomia, de criação de um processo que pudesse dar conta de realidades locais..."

A criação, portanto, do Distrito Sanitário como uma estrutura organizacional da Secretaria da Saúde pressupõe ou convergia assim para a implantação de um novo Modelo de Atenção à Saúde, pretendendo dar autonomia e responsabilidade para as UBS's, "... uma estratégia para a integração nas ações de saúde, a descentralização das ações no município, a ação da equipe multiprofissional, a compreensão e identificação de problemas e formulação de intervenção de forma multidisciplinar, com a participação da população"⁸⁹.

É portanto uma das estratégias para o processo de mudança que estava se realizando no conjunto das ações e relações do sistema de saúde municipal de São José dos Campos.

A concepção teórico-metodológica de Distrito Sanitário, vem sendo desenvolvida por vários autores e instituições^{6,45,63,64,67,68}.

A Organização Panamericana de Saúde (OPAS) vem elaborando e disseminando para os países da América Latina e Caribe esta idéia, genericamente rotulada e conhecida como Sistemas Locais de Saúde - SILOS - que, no caso do Brasil, vem sendo designado por Distrito Sanitário^{44,63}.

Aliás, no próprio texto da Lei 8080/92, há uma sinalização e recomendação de se estruturar e operacionalizar o Sistema Único de Saúde (SUS) através deste processo de construção de Distrito Sanitário, que não deve ser confundido único e exclusivamente como uma unidade administrativa, de caráter intermediário, subordinada a nível central e com linha de mando nas Unidades Básicas de Saúde (U.B.S.).

A construção, portanto, dos Distritos Sanitários é um processo mais amplo que, embora não prescinda de uma unidade administrativa gerencial, tem um caráter dinâmico, atuando nos campos político-jurídico, político-institucional e operativo⁶².

E esta "construção" pressupõe o trabalho com algumas categorias que são consideradas substantivas para esse processo, destacando entre outras.

- **Territorialização** - com a identificação das populações, do espaço geográfico, do conjunto dos serviços com suas inter-relações;
- **"Áreas homogêneas de risco"** – com identificação no território de grupos populacionais com maiores riscos de adoecer e ou de morrer;
- **Problemas** – identificação e análise das necessidades de saúde, a serem atendidas.

O que vai requerer e exigir portanto do conjunto de serviços que compõem o SUS local, mudanças de seus processos de trabalho e práticas sanitárias, de cada profissional, dos Serviços, UPA's, Hospitais, e outros enfim do sistema, no sentido de maior eficiência técnica e administrativa.

Deste modo foram formalmente definidos os 4 (quatro) Distritos Sanitários denominados:

- Distrito Sanitário Centro com 142.012 habitantes.
- Distrito Sanitário Norte com 63.923 habitantes.
- Distrito Sanitário Leste com 119.444 habitantes.
- Distrito Sanitário Sul com 171.200 habitantes.

Estes Distritos Sanitários criados sob este referencial conceitual, político e operativo estão se constituindo progressivamente, nas Unidades Organizacionais Operativas do Sistema, expressando o Novo Modelo de Gestão referido e exigido pela NOB SUS nº 1/93 .

1.2 - A Reorganização Estrutural da Secretaria Municipal da Saúde — A Criação dos Departamentos

O Relatório de Gestão (1993 a 1996) da Secretaria Municipal de Saúde de São José dos Campos, na sua introdução dizia o seguinte: "... A publicação da Norma Operacional Básica (NOB) 1/93, faz com que São José dos Campos **tome a decisão política de aderir ao Modelo de Gestão Semi-Plena**, coerente com o propósito de implantação do SUS.... e que levou a Secretaria Municipal da Saúde a mudar a sua estrutura organizacional . ..."⁸⁹ .

Paralelamente à criação e implantação dos Distritos Sanitários a Secretaria Municipal de Saúde vai promover uma reestruturação com a criação dos Departamentos, "Grupos técnicos" que passam "a atuar como apoio, sem linha de mando, para e junto às estruturas distritais, que, em 1994 são formalmente instituídos na estrutura organizacional da Secretaria, como Departamentos:

- O Departamento das Relações de Trabalho
- O Departamento de Administração
- O Departamento de Vigilância à Saúde

- O Departamento de Serviços Hospitalares

"Houve uma mudança da organização e de direcionamento das ações com a criação destes departamentos, que substituíram a organização anterior fragmentada (também departamental), e que tinha uma ação verticalizada de mando central às unidades fins, consubstanciadas nos Departamentos de Serviços Básicos, Serviços Emergenciais e Especializados e de Saúde Bucal" ⁸⁹.

– **O Departamento das Relações de Trabalho**

"No início de 1993 o que havia na Secretaria de Saúde relativo à Recursos Humanos (RH) era um setor da Seção de Controle de Pessoal, responsável pelo recebimento de toda a frequência dos funcionários da Saúde, pelo pagamento da isonomia salarial do pessoal municipalizado e dos demais serviços prestados, ... havia um Setor de Treinamento .... e alguns funcionários lotados no Pronto Socorro Municipal (PSM)..."⁸⁹.

Nesta estrutura predominava o enfoque “tradicional” de Administração de Pessoal, apesar de mesmo com ela terem ocorridos processos de capacitações já referidos, tendo sido considerado necessário, dar à área de Recursos Humanos uma conformação mais abrangente e funcional.

Assim, como pode-se verificar, foi constituído o Departamento das Relações do Trabalho (Anexo 3.IV), no qual, sob a Diretoria, foram criados 2 (dois) Núcleos (em nível de Divisão); o Núcleo de Desenvolvimento Funcional (NUDEF), e o Núcleo de Formação e Educação em Saúde (NUFES).

O primeiro "... passa a absorver todas as funções antes exercidas pela Secretaria de Administração e pela Seção de Controle de Pessoal da Secretaria de Saúde, cuidando assim de todo o desenvolvimento funcional dos servidores. E o segundo, ... absorvendo as ações do antigo Setor de Treinamento, sendo responsável por todos os treinamentos, reciclagens e cursos ..." ⁸⁹.

E é por intermédio deste Departamento que vão ser desenvolvidas uma série de mudanças e desencadeadas uma série de providências no que tange ao Desenvolvimento e Capacitação de Recursos Humanos que, sob o ponto de vista quantitativo e qualitativo, merecem destaque especial nesta discussão.

Segundo o relatório de gestão consultado, os principais problemas em relação aos Recursos Humanos no município eram:

- Baixos salários
- Falta de pessoal
- Má distribuição dos funcionários
- Plano de cargos, carreira e salários insatisfatórios e não contemplando a valorização profissional
- Desmotivação profissional
- Alta rotatividade
- Inexistência do real trabalho multiprofissional
- Tratamento diferenciado entre os profissionais dos 3 (três) níveis de governo — Federal — Estadual e Municipal

Neste sentido vale destacar que os problemas relacionados acima, são comuns a grande maioria dos municípios e, em termos da NOB SUS nº 1/93, havia pouca consideração em termos de diretrizes operacionais nesta área.

Não obstante isto, houve ou pode-se perceber um esforço municipal político, econômico e técnico no sentido de superar estas deficiências ou insuficiências ao longo do período.

Assim, por intermédio do NUDEF, em relação à defasagem salarial comparada aos preços de mercado, desenvolveu-se uma recuperação ao longo do tempo, com recursos provenientes dos repasses financeiros feitos pelo Ministério da Saúde, através do SUS e com recursos da própria Prefeitura Municipal. O quadro a seguir demonstra esta evolução para algumas categorias profissionais.

Por exemplo, para as categorias dos médicos e cirurgiões dentistas pode se verificar um salário médio US\$ 622.55 em dezembro/92, passando para US\$ 1,853.88 em junho/95, US\$ 1,961.95 em dezembro/95 e US\$ 2,079.64 em junho/96.

Ou seja houve em junho/95, 6 meses após a habilitação na NOB SUS nº 1/93, um aumento e levando a um valor nominal de cerca de 3 (três) vezes o valor anterior.

Este aumento também incidiu no período referido para as outras categorias profissionais como as de enfermeiro, auxiliar de enfermagem, auxiliar de serviço de saúde, higienista e agente administrativo III. E ainda pela análise do anexo referido sobre a Evolução Salarial, pode se perceber que esta política adotada, em 1995, foi mantida, no sentido de que os níveis salariais das categorias referidas acompanharam o ritmo do processo inflacionário, que foi pequeno.

EVOLUÇÃO SALARIAL

	*US\$	R\$	**US\$	R\$	***US\$	R\$	****UR\$	R\$
CARGO	dez/92	dez/92	jun/95	jun/95	dez/95	dez/95	ago/96	ago/96
MÉDICO/DENTISTA	622,55	573,99	1853,88	1722,26	1961,55	1898,79	2070,64	2093,42
ENFERMEIRO	325,43	300,05	1199,66	1027,52	1170,3	1132,89	1235,42	1249,01
AUX. DE ENFERMAGEM	130,8	120,6	483,83	403,03	459,02	444,34	484,56	489,89
AUX. SERV. SAÚDE	112,09	103,35	354,13	328,99	374,7	362,71	395,55	399,9
HIGIENISTA	130,8	120,6	405,44	376,66	428,98	415,21	452,14	457,82
AGENTE ADM. III	112,09	103,35	354,13	328,99	374,7	362,71	484,56	489,89

* US\$ MÉDIO MÊS DEZEMBRO/92

** US\$ MÉDIO MÊS JUNHO/95

*** US\$ MÉDIO MÊS DEZEMBRO/95

**** US\$ MÉDIO MÊS AGOSTO/96 - 1.011

No que se refere a **Insuficiência de Pessoal e a Alta Rotatividade**, houve um esforço político, econômico e administrativo com a realização de concursos públicos para o suprimento destas faltas. Assim, segundo o Relatório de Gestão do município, foram contratadas as seguintes categorias: médico, auxiliar de serviços de saúde, auxiliar de enfermagem, cirurgião dentista, psicólogo, assistente social. Sendo que para a categoria de médico, houve concurso público nos anos de 1993, 1994, 1995 e 1996.

E para o acolhimento desta força de trabalho contratada, foram criados os respectivos cargos ao nível dos diversos serviços e instâncias da Secretaria Municipal de Saúde⁸⁹.

O Anexo 5.IV - Anexo Único a que se refere o Artigo 1º da Lei 4422/93 ... Secretaria Municipal de Saúde - demonstra quantitativamente os resultados deste primeiro esforço, segundo os diversos Departamentos em que foram lotados os profissionais contratados para o exercício de seus respectivos cargos.

E, como se vê, do total de 627 cargos criados, 231 foram disponibilizados para a Rede de Unidades Básicas de Saúde (UBS), quase 37% do total; 28% para o Serviço do Pronto Socorro Municipal, e os 35% restantes alocados equitativamente nos Serviços de Saúde Bucal e nos Serviços Especializados de Saúde.

Os Anexos 6.IV, 7.IV e 8.IV complementam as referências sobre o processo de construção do quadro técnico da Secretaria Municipal de Saúde..

É de se registrar, portanto, o esforço notável feito no sentido de diminuir a defasagem existente em Recursos Humanos, com ênfase para o trabalho da rede de Serviços, com a especificação de que para as Unidades Básicas, dos 231 referidos, houve 131 médicos, 10 enfermeiros e 90 auxiliares. Esta composição de equipe também está presente nas outras áreas, como Saúde Bucal, com 28 dentistas e 85 auxiliares; nos Serviços Emergenciais/Hospitalares, com 64 médicos, 3 enfermeiras,

74 auxiliares de enfermagem além de outros auxiliares técnicos, e nos Serviços Especializados, com diversificação de profissionais e auxiliares.

Assim, a criação dos cargos, abrangendo as diferentes categorias profissionais, demonstra uma mudança significativa nesta área onde a maioria se localizou nos serviços de atividades fins.

É oportuno ainda referir que em termos dos atos do legislativo aprovados para dar conta da questão dos Recursos Humanos e dos cargos necessários ao suporte da nova estrutura da Secretaria de Saúde descrita nos parágrafos anteriores, houve a edição da Lei nº 4737/95 de 21 de agosto de 1995 que modificou a denominação dos cargos de Diretores e Chefias de Divisão, adequando-os à nova estrutura da Secretaria Municipal de Saúde criando-se assim, os novos Departamentos e os Distritos Sanitários que estão sendo objeto desta discussão. O Anexo 9.IV retrata estas modificações com a devida especificidade.

Outro problema, que foi processado através do NUDEF do Departamento das Relações de Trabalho, é a existência de diferentes vinculações e salários de profissionais dos 3 (três) níveis de governo (Federal, Estadual e Municipal).

Neste sentido foi elaborado o **Protocolo de Acordo entre os Municipalizados**, autorizado pela Portaria nº 001/93 de 10/12/93 e pela Resolução nº 001/94 de 17/11/94, estabelecendo a Mesa de Negociação entre a Secretaria Municipal de Saúde e os servidores da área de saúde municipalizados e entidades sindicais.

O referido Protocolo foi acordado em abril/94⁸⁹ e o Anexo 10.IV, traz a íntegra dos pontos a serem discutidos e acordados. Segundo o Relatório de Gestão, até ao final de 1996, todos os pontos listados já tinham sido acordados, com exceção do item aposentadoria e o referente ao quadro especial para servidores municipalizados.

Não se pretende aqui fazer a análise minuciosa e detalhada de cada um dos itens que foram pautados no referido Protocolo e, tampouco, sobre o mérito das deliberações que deram substância ao encaminhamento/resolução dos itens.

Mas vale ressaltar pela leitura que se faz do Protocolo, o avanço significativo e relevante que se pode alcançar no sentido de atenuar e diminuir "os tratamentos diferenciados indesejáveis" que se estabeleceram entre as instituições, nesta fase de transição na implantação do SUS, na medida em que este processo de negociação demonstrou sua potencialidade de interferência positiva neste "nó crítico" da descentralização/municipalização do SUS. Como foi dito "os "municipalizados" passaram a ter os mesmos direitos que os nossos funcionários" ⁷⁰ e, ainda, "a Secretaria Municipal de Saúde, possui uma política de Recursos Humanos atualizada como instituição Prefeitura"⁵², ou seja, uma política de Recursos Humanos da área da Saúde já organicamente incorporada no âmbito do poder público municipal.

Assim também deve ser lembrada a importância da NOB SUS nº 1/93 como fonte inspiradora ou co-determinante deste processo, na medida em que pelos seus termos o município assume a gerência dos serviços públicos existentes, ele assume como corolário a administração (senso lato) dos recursos humanos de outras esferas que são "municipalizados", nesse processo.

Pois o que se evidenciou e pode ser percebido que todos os pontos importantes que foram pautados tiveram o seu encaminhamento, com soluções e providências a serem tomadas no âmbito da esfera municipal, nos seus poderes executivo e legislativo, não havendo nenhum óbice de natureza jurídica ou outra, que obrigasse o município a recorrer a outras esferas do poder executivo, legislativo e judiciário fora de seu âmbito, para o encaminhamento e solução das questões.

Evidente que é um processo político, e assim, é acompanhado e seguido de um esforço administrativo e principalmente econômico/financeiro, mas esta

experiência demonstrou as possibilidades e potencialidades no sentido de se avançar no encaminhamento e solução destas questões.

Um indicador do relativo ou possível sucesso desta iniciativa é o fato de que apenas 4 servidores públicos, municipalizados junto à Secretaria Municipal de Saúde de São José dos Campos, aderiram ao Plano de Demissão Voluntária, estabelecido pelo Governo Estadual num universo de 67, conforme informação do Coordenador de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – SES/SP.

Ainda na questão salarial, no âmbito do NUDEF foi proposto, nos termos da Lei Municipal nº 4652/94 de 18/11/94, com posterior regulamentação por Decreto, a implantação de Sistema de Pontuação, estabelecendo um "escore" para cada Unidade prestadora de serviços de saúde no município que pudessem privilegiar os servidores destas unidades. Vários critérios foram estabelecidos para esta pontuação como a distância geográfica, o isolamento, o turno ininterrupto, entre outros, que configuram uma condição especial de trabalho, na expectativa e perspectiva de ser um elemento a mais da motivação para o exercício profissional de cada um e maior dedicação e vinculação aos Serviços⁸⁹.

Aliás, a este tempo, quando na agenda do próprio CONASEMS é colocada como pauta relevante a necessidade de se formular a NOB/SUS de Recursos Humanos, estas providências/fatos que aconteceram no município de São José dos Campos, ao lado do ocorrido em outros municípios, podem subsidiar esta formulação.

Diversas atividades foram também empreendidas, apoiadas e coordenadas pelo outro Núcleo referido na estrutura do Departamento de Relações do Trabalho, o de **Formação e Educação em Saúde (NUFES)**, entre as quais, pode-se destacar que:

- a) Houve uma preocupação visível no sentido de aumentar a capacidade resolutiva e a melhoria da gestão e qualidade da atenção desenvolvida pela rede Básica de Saúde de um modo geral.

Isto pode ser inferido pela realização do **Projeto Larga Escala** que, no período, formou para a rede 47 ACD(s), 48 THD(s) e 110 Auxiliares de Enfermagem; do **Projeto Gerencial** com formação de Monitores e Gerentes de Serviços de Saúde para o SUS (GERUS); com as **Reciclagens** desenvolvidas com as temáticas de Relacionamento Interpessoal e Humanização de Serviços de Saúde, Ética Profissional, Liderança 2000, entre outros temas .

- b) Houve ainda outras ações de capacitação com o objetivo de mudança e aprimoramento do Modelo de Atenção, em outras áreas temáticas e outros servidores, como em Saúde Mental, DST-AIDS, Atendimento à Deficientes, Vigilância Epidemiológica, como exemplos.
- c) Houve também a preocupação e trabalho para aperfeiçoamento e o desenvolvimento do Controle Social do SUS de São José dos Campos, com atividades junto à grupos comunitários e Conselho Municipal de Saúde⁸⁹.

– O Departamento de Administração

No contexto de Reforma/Reorganização imprimida na Secretaria Municipal de Saúde, foi criado este Departamento, especificado no Anexo 4.IV.

Na análise do referido organograma verifica-se que estão subordinadas à Diretoria 2 (duas) Divisões, a do Fundo Municipal de Saúde (FMS) e a do Apoio Administrativo.

Comparando com a estrutura da área de administração anteriormente existente na Secretaria Municipal de Saúde de São José dos Campos houve uma mudança substantiva, pois o que havia antes era "um setor administrativo que cuidava da área administrativa, financeira e de pessoal "⁸⁹.

Há que se ressaltar também, o fato de ser criada uma Divisão na estrutura orgânica da Secretaria Municipal de Saúde, para a operacionalização do Fundo Municipal de Saúde, criado em 1992 e que vai conferir uma maior organicidade ao mesmo, sendo um fator e instrumento indutor para a maior autonomia da Secretaria Municipal de Saúde na gestão do Sistema Municipal de Saúde.

Explicando melhor, o fato é que na discussão deste processo de Descentralização/Municipalização uma das questões cruciais que sempre fora colocada e reclamada pelos gestores municipais de Saúde era a da falta ou deficiente autonomia administrativa e financeira, para que se pudesse ter um melhor desempenho na gestão do Sistema de Saúde.

Ou seja, delegava-se responsabilidade, exigia-se requisitos mas não se delegava prerrogativas, de tal sorte que se configurava uma situação restrita para o Gestor Municipal, em função da insegurança para decidir e a falta de recursos e insumos para operar.

A NOB SUS nº 1/93 e posteriormente a NOB SUS nº 1/96, nas suas formas de Gestão Semi-Plena e Plena do Sistema, estabeleceram mecanismos que em grande medida visa dar esta segurança pleiteada, ao menos no que concerne aos recursos financeiros, com o estabelecimento do repasse de recursos de forma sistemática e automática dentro de um teto pré-estabelecido, do Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde.

Contudo esta providência parece não ser suficientemente capaz, por si só, de solucionar o problema, pois a nível da estrutura organizacional das Prefeituras, outras dificuldades e obstáculos vêm se apresentando. E isto é colocado, tendo como referência o depoimento de dezenas de gestores municipais de saúde, por ocasião do Curso de Capacitação de Gestores Municipais de Saúde para o SUS no Estado de São Paulo, realizado pela Faculdade de Saúde Pública (FSP) da Universidade de São Paulo (USP) em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São

Paulo (SES/SP) e o Conselho de Secretários Municipais de Saúde do estado de São Paulo (COSEMS/SP).

Naquela ocasião eram constantemente referidas as queixas em relação a esta questão, tais como:

- Os recursos não vão para conta do Fundo Municipal.
- Os recursos que vão para a conta do Fundo Municipal são aqueles apenas referentes ao repasse para despesas de Custeio da Assistência, transferidos pelo Ministério da Saúde.
- Os recursos próprios do Tesouro Municipal para a Saúde e de outras fontes não são depositados na conta do Fundo.
- O Secretário Municipal de Saúde, não participa da gestão e execução orçamentária financeira dos recursos da Saúde.
- O Secretário participa apenas da gestão e nunca da execução.
- O Secretário faz a gestão, mas participa parcialmente da execução.

Há resistências, principalmente por parte da área que se responsabiliza pela administração e controle orçamentário e financeiro das prefeituras, com argumentos de diversas ordens e natureza, ao ponto até de se acusar que a “Secretaria de Saúde quer ser uma prefeitura dentro da prefeitura, uma “prefeiturazinha”⁴².

No caso do município de São José dos Campos, atendo-se ao depoimento prestado por CARVALHO⁴²(1998), tem-se que a gestão e execução orçamentária e financeira dos recursos do Sistema de Saúde de São José dos Campos, por parte da Secretaria Municipal da Saúde, vêm experimentando uma evolução progressiva.

Como afirma OLIVEIRA JÚNIOR⁷¹ (1998) “neste período anterior à gestão Semi-Plena, a gestão financeira e orçamentária dos recursos da Saúde ainda era feita pela Secretaria da Fazenda, mas a Saúde tinha um acompanhamento da execução orçamentária e, durante minha gestão se buscava a migração deste controle para o Fundo Municipal de Saúde, que havia sido criado e que aguardava

regulamentação. Houve um momento, portanto, de transição onde a Saúde e a Fazenda tinham uma integração maior...”.

É significativo o que diz o Relatório de Gestão, feito ao final de 1996 sobre a matéria: "Cabe a Divisão do Fundo Municipal de Saúde (FMS) o gerenciamento das contas do Fundo, cuidando de toda área financeira da Secretaria Municipal de Saúde. Esta área teve um grande crescimento com a Gestão Semi-Plena, quando o município passa a gerenciar um montante maior de recursos financeiros repassados pelo Ministério da Saúde, agora não só para a rede própria, mas também para a rede contratada e conveniada com o SUS. A Secretaria Municipal de Saúde passa quase toda esta gestão não tendo o domínio total do Fundo Municipal de Saúde. Portanto os recursos próprios continuavam sendo controlados pela Secretaria da Fazenda, tendo a Secretaria Municipal de Saúde o controle orçamentário somente. Ao final da administração, foi retificado o Decreto que regulamenta a Lei do Fundo Municipal de Saúde, implantando definitivamente este”⁸⁹.

Ainda em relação ao Departamento de Administração, há que fazer referências específicas também às mudanças e alterações ocorridas no campo das atribuições e competências da outra Divisão criada, a Divisão de Apoio Administrativo, que se responsabiliza por toda a manutenção, transporte, compras e licitação da Secretaria Municipal de Saúde.

Por exemplo, segundo o Relatório de Gestão, tem-se: "..... A elaboração da Ata de Registro de Preços para compra de medicamentos, em que a Prefeitura faz contratos anuais com as firmas ganhadoras, ...". Também ocorreu "... a descentralização de compra de todo o material específico de saúde da Secretaria de Administração para a Secretaria de Saúde que passa a ter a partir de 1995 um Setor de Compras e Licitações, agilizando e facilitando a compra a nível da Secretaria”⁸⁹.

Ou seja não há, ou há pouca solução de continuidade no fornecimento dos medicamentos e outros insumos.

Outro aspecto importante a ser observado é o da **Evolução do Financiamento e dos Gastos do Sistema de Saúde de São José dos Campos**, destacando os pontos de relevância.

Os Anexos 11.IV, 12.IV, 13.IV e 14.IV, se referem aos respectivos quadros sobre os GASTOS com Saúde em Relação à Fonte de Recursos, para os anos de 1995, 1994, 1993 e 1992 respectivamente.

Pela análise da Tabela I, composta a partir dos dados dos referidos Anexos, pode se constatar que, houve um progressivo crescimento ao longo do período, dos recursos próprios do Tesouro Municipal..

Assim, dos aproximados US\$ 11,200 mil de 1992 passou-se aos US\$ 51,300 mil em 1996, com um ponto de inflexão importante entre o que gastou em 94 e o dispêndio de 95, ou seja de US\$ 23 milhões para US\$ 43 milhões. Isto é um aumento de aproximadamente 87% entre um ano e outro, ou seja quase a metade do aumento que houve no período de 1992 a 1996.

Vale aqui lembrar para a correta análise da Tabela 1 o fato de que a mesma disponibiliza a informação referente aos GASTOS realizados pelo município de São José dos Campos e não o total de gastos em saúde no município de São José dos Campos.

TABELA nº 1 - GASTOS COM SAÚDE, SEGUNDO AS FONTES DOS RECURSOS, REALIZADOS PELO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS 1992 a 1995.

FONTES ANOS	MUNICIPAL		ESTADUAL		FEDERAL		TOTAL	
	VALOR US\$	%	VALOR US\$	%	VALOR US\$	%	VALOR US\$	%
1992	11,220,174	77.19	-	-	3,318,816	22.81	14,538,990	100
1993	18,620,838	77.15	1,232	0.51	5,390,843	22.34	24,134,961	100
1994	23,302,609	78.16	7,384	0.02	6,508,481	21.83	29,811,090	100
1995	43,137,233	66.56	-	-	21,591,413	33.44	64,728,640	100
1996	51,300,000	70.0	-	-	21,000,000	30.0	72,300,000	100

Fonte: Relatório de Gestão de São José dos Campos — 1993-1996.

Assim em cada um e para todos os anos, não estão contabilizados os gastos efetuados através ou no chamado Sistemas Supletivos de Atenção à Saúde (Seguros da Saúde, Cooperativas, etc.) e outros gastos.

E ainda, o mais importante é que para os anos de 1992, 1993 e 1994, não estão contabilizados os gastos que o Ministério da Saúde efetivou com o chamado Setor Privado Complementar do SUS em São José dos Campos.

Os recursos em dólares, dispostos na coluna referente à "Fonte Federal", correspondem apenas àqueles recursos que foram repassados pelo Ministério da Saúde à Secretaria Municipal de Saúde de São José dos Campos por conta dos serviços que foram prestados por força do Convênio de "Município Prestador de Serviços" ao SUS.

Ou seja, são valores que correspondem à produção de serviços, conforme "Tabela de procedimentos" que o município recebia através do encaminhamento das respectivas faturas, dentro de um teto físico financeiro estabelecido.

Desta forma e em função disto, a coluna referente aos percentuais dos gastos realizados pelo município, do total de gastos feitos com os recursos do SUS (Federal, Estadual e Municipal) não refletem a verdade absoluta para os anos de 1992, 1993 e 1994, pois estão superestimados, em função da ausência dos gastos federais feitos com o setor privado nestes anos, que não estão contabilizados nesta conta.

Como o repasse Fundo a Fundo estabelecido para a gestão Semi-Plena levou em conta a série histórica desses gastos federais, acrescidos no Estado de São Paulo, de 20%, pode-se ter uma idéia aproximada destes valores. Para São José dos Campos foi estabelecido o valor de R\$ 1.673.664,00/mês o que daria cerca de R\$ 1.340.000,00 como média histórica (retirando-se o acréscimo de 20%), englobando os recursos pagos ao "Município Prestador", e aos Serviços Privados o que, em dólar da época equivale a US\$ 907,314.00.

Com em 1994, a média mensal paga ao município foi de cerca de US\$ 489,000.00 tem-se que a média mensal paga aos Serviços Privados foi em torno de US\$ 418,000.00. Então, no ano de 1994, um valor próximo de US\$ 5,019,768.00 foi o total dos gastos federais do SUS com o setor privado, o que acrescentado ao valor referido na Tabela 1 (US\$ 6,508,481.00), eleva os gastos federais no município para US\$ 11,530,000.00 e o valor total dos gastos para US\$ 34,830,000.00.

Assim, o percentual de gastos do município, com verba orçamentária do Tesouro Municipal, em relação ao total de gastos SUS estaria próximo de 67% e não de 78% como referido na Tabela 1.

A partir de 1995, com o início efetivo dos repasses "Fundo" a "Fundo", por força e nos termos da NOB SUS nº 1/93, é que os percentuais referidos podem ser considerados como próximos dos verdadeiros e reais. É de ressaltar, entretanto que estes valores federais referem os valores SIA/SIH, do custeio da assistência médica e não incluem outros valores eventualmente transferidos por outras modalidades de repasse.

Também, merece destaque nesta análise a evolução quantitativa que se observa na coluna dos Recursos federais repassados à Secretaria Municipal de Saúde, ou seja há uma progressão da casa dos 3 milhões em 1992, para 5 milhões em 1993 e 8 milhões em 1994, o que traduz todo o esforço administrativo, econômico e político referido anteriormente na ampliação e expansão da rede básica de Unidades, com a correspondente contratação de recursos humanos, através dos Concursos públicos realizados.

Este crédito pode ser vinculado a esta ação, até porque a construção e ampliação do Hospital, com a criação de Leitos/Maternidade e outros serviços só vai acontecer no ano de 1996.

Em relação aos recursos estaduais é importante também ressaltar, como já foi feito em relação aos recursos federais, a existência de outras modalidades que

participam do custeio SUS no município como, por exemplo, os pagamentos dos servidores estaduais municipalizados, para as quais não houve condições de identificação e análise.

Em conclusão, tomando-se como referência o ano de 1996, pode-se estimar que o gasto por habitante/ano com os recursos do SUS foi de 146 dólares por habitante/ano, acima da média brasileira de 77 dólares por habitante/ano, isto considerando a população em torno de 495.000 habitantes, conforme estimativa do IBGE, sendo que destes 146 dólares, 104 dólares **provêm de recursos próprios do município, e o restante dos recursos repassados pelo Ministério da Saúde**⁹⁴, ressalvadas as referências já feitas à outras fontes e modalidades de repasse.

Este esforço econômico empreendido pelo poder municipal pode ser ainda traduzido pelo percentual de 18%, que foi o montante do orçamento municipal destinado à Saúde no ano de 1996.

– O Departamento de Vigilância à Saúde

Inicialmente há que destacar a denominação dada ao referido Departamento, pois, em termos de Instituições de Saúde, sugere no mínimo trazer uma intencionalidade neste processo de mudanças organizacional no sentido de mudança do Modelo Assistencial, adotando o Paradigma que vem sendo denominado de Vigilância à Saúde que contempla, entre outros, o requisito da Integralidade das Ações.

Assim, se coloca dentro da estrutura da Secretaria Municipal de Saúde do município, sob a coordenação e direção de um único Departamento, composto de duas Divisões, o Núcleo de Apoio Técnico (NAT) e o Núcleo de Avaliação e Controle (NAC), todo o conjunto de Ações que no Modelo Assistencial hegemônico anterior eram dispersas e dicotomizadas.

Assim nesta nova formulação, a operacionalização e controle do Sistema de Saúde é processada fundamentalmente nesse novo Departamento, por intermédio dos N.A.T. e N.A.C., com destaque para a dimensão de: Saúde e Meio Ambiente, com a Vigilância e Monitoramento dos:

- Serviços de Saúde.
- Produtos relacionados à Saúde.
- Condições Ambientais.
- Saúde do Trabalhador.
- Modo de adoecer e morrer da população (Vigilância Epidemiológica).
- Das Zoonoses.

E também na formulação de políticas para:

- A Saúde da Criança e do Adolescente.
- A Saúde do Adulto.
- A Saúde Mental.
- A Saúde Bucal.
- Doenças Sexualmente Transmissíveis — AIDS.
- Laboratório de Saúde Pública.
- Avaliação e Controle inclusive da Qualidade.
- Atendimento Ambulatorial (SIA/SUS).
- Atendimento Hospitalar (SIH/SUS).
- Laboratório — Serviços Apoio e Diagnóstico e Terapêutico — inclusive de Alto Custo.
- Operacionalização de um Sistema de Referência e Contra Referência para Internação com Controle de Vagas.

Em resumo há um Núcleo de Assistência Técnica (NAT) que desenvolve a supervisão de Saúde e Meio Ambiente no qual se enquadram as Ações da

Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Vigilância da Saúde do Trabalhador e Controle de Zoonoses e ainda especificamente a supervisão das políticas e ações voltadas à Atenção à Saúde da Criança/Adolescente, Adulto, entre outras.

E o Núcleo de Avaliação e Controle (NAC) que exerce estas responsabilidades e funções, junto ao conjunto dos Serviços do SUS de São José dos Campos (públicos e privados).

Isto configura uma substantiva mudança, pois "no início de 1993 contávamos com um Setor de Vigilância Epidemiológica, um Setor de Vigilância Sanitária e algumas pessoas de referência cuidando dos programas.... e um Setor de Planejamento que avaliava a produção ... municipal ... "conforme é referido no Relatório de Gestão⁸⁹.

Nessa dimensão de Avaliação e Controle, que passa a ser exercida pela Secretaria Municipal de Saúde, há que se registrar também uma providência que foi tomada no sentido de agilizar e aperfeiçoar o cumprimento e o desenvolvimento desta responsabilidade e prerrogativa, que foi a edição do Decreto nº 911/96 de 26/09/96, do executivo municipal, que instituiu o Sistema Municipal de Auditoria e Avaliação do Sistema Único de Saúde, e com o seguinte embasamento legal:

- Lei Orgânica do Município, artigos 92, IX e 117 "a".
- Lei Federal 8080 de 19/09/90 — artigo 8, I.
- Portaria Ministerial 1820/94 — artigo 9º, que instituiu o Sistema Nacional de Auditoria.
- A Resolução Ministerial da Habilitação, na Gestão Semi-Plena do município de São José dos Campos.

O sentido e os objetivos do Sistema de Auditoria e Avaliação podem ser observados, no que reza este artigo:

"Artigo 3º - O Sistema Municipal de Auditoria e Avaliação, será coordenado pela Secretaria Municipal de Saúde através de seus diversos órgãos, que exercerão a fiscalização técnico-científica, contábil, financeira e patrimonial, além da avaliação de desempenho, qualidade e resolutividade das ações e Serviços de Saúde." (o grifo é do autor)

E ainda o artigo 6º que diz o seguinte: "... . É vedado ao servidor designado para o exercício das funções previstas neste Decreto:

I - Manter vínculo empregatício com entidade contratada ou conveniada com o SUS.

II — Auditar e/ou avaliar entidade onde preste serviço como autônomo.

III — Ser proprietário, dirigente ou acionista, sócio ou cotista de entidade do SUS.

“Em relação ao Núcleo de Avaliação e Controle (NAC) do Departamento de Vigilância à Saúde, devemos destacar que sua atuação até novembro/94 se caracterizava pela realização da Avaliação apenas dos serviços municipais (próprios) e daqueles que foram municipalizados.

A partir de dezembro/94, com a habilitação na gestão semi-plena, a Secretaria Municipal de Saúde passou a ser o gestor de todos os prestadores de serviços ao SUS em São José dos Campos e ampliou suas prerrogativa e responsabilidades nessa área”⁸⁹.

E tendo-se o Relatório de Gestão como fonte de informação, podem ser destacadas, entre outras, algumas realizações de importância:

- Definição e composição do Quadro de pessoal necessário ao NAC (técnicos e administrativos).

- Implantação da Avaliação Social, para o estabelecimento e critérios para a realização de exames de alto custo e dispensação de medicamentos de alto custo para os pacientes encaminhados à rede do SUS.
- Implantação da Central de Vagas para Internação.
- Implantação do Mutirão de Cirurgias.
- Implantação e Implementação de Supervisão Técnica "in loco" e na avaliação dos Serviços Produzidos.
- Contratação de novos serviços, junto ao Setor Privado.
- Reavaliação dos Serviços Contratados existentes.
- Aperfeiçoamento do processo de negociação com os prestadores privados.
- Antecipação do pagamento da fatura aos prestadores com a sua devida atualização.
- Parceria para a realização de cirurgias eletivas, **com Tabela Diferenciada**, com 2 (dois) hospitais.
- Abertura de ambulatório dos hospitais filantrópicos, como referência para a Rede, com o controle do NAC.
- Implantação dos Serviços de Oncopediatria — Ambulatório e Internação na Santa Casa.
- Contratação de Serviços de Hemodinâmica, e Angiografia Digital.
- Realização de estudos para os procedimentos que estão extremamente defasados por tabela do SIA/SUS, para viabilizar a oferta à demanda necessária, como E.E.C., Eletroneuromiografia, Ultrassom.
- Compra de Medicamentos de Alto Custo.
- Investimentos nos Hospitais Filantrópicos:
  - Santa Casa — Pronto Socorro e Ambulatório.
  - Hospital Vicentina Aranha
  - Hospital Infantil Antonio da Rocha Marmo .

- Projeto de Órteses e Próteses.
- Informatização de 7 (sete) Unidades.
- Implementação da Central de Vagas.
- Construção do Hospital Municipal.

Vale nesta descrição/discussão em relação ao NAC, especificar algumas informações sobre os temas retro referidos, tais como:

- O NAC, que antes da semi-plena novembro/94, contava com 4 funcionários administrativos, 4 médicos e 3 dentistas, ao final de 1996, era dirigido por 1 médica, e contava com 8 médicos, 4 dentistas, 3 supervisores (SIA/SIH/ SUS) e Central de referência, 1 programador na área de Informática e 4 técnicos da área e 8 administrativos.

Assim, no ano de 1996, alguns exames/procedimentos que antes não eram ofertados, passaram a ser disponibilizados no SUS de São José dos Campos, através da Secretaria Municipal de Saúde que, junto ao Setor Privado, viabilizou esta oferta, através da modalidade de empenho ou através de contratação, estes por exemplo, como os Serviços de Patologia Cervical, Hemoterapia e Angiografia Digital Cerebral, e aqueles, por exemplo, como os de Eletroneuromiografia, Holter Ecodoppler (urgência), Mapeamento de Retina, Campo Visual, Biometria, Consulta Oftalmológica, Cardiologia Infantil — Urgência, UTI Neonatal, Ultrasonografia do olho, Ultrasonografia, Cirurgia Plástica - Urgência, Sangue Total, Histo Compatibilidade e outros.

Correndo-se o risco da redundância, pode ser reafirmado que em termos das mudanças e transformações ocorridas, o exercício da Auditoria e Avaliação do SUS do município, sendo feita pela esfera do poder municipal mais próximo (e portanto mais ágil), dos prestadores e, também, mais acessível aos usuários do Sistema, pode melhorar a atuação em relação às críticas, acusações e distorções

existentes ao Sistema então vigente, envolvendo fraudes, superfaturamentos, falseamentos de diagnósticos, procedimentos cobrados e não realizados, entre outras.

Tendo com fonte de informação o Relatório de Gestão já mencionado no âmbito da competência do Núcleo de Assistência Técnica (NAT) se desenvolveu:

- A Informatização do Departamento de Vigilância à Saúde a partir do 1º semestre de 1994.
- A compatibilização das Áreas de Abrangência das Unidades Básicas de Saúde (UBS) com os Setores Censitários do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE).
- Referenciamento das bases de dados compatibilizados com bancos de dados tradicionais (IBGE, SEADE, etc.).
- Na dimensão da Atenção à Saúde:
  - A) O Programa de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e AIDS, desenvolvido a nível das Unidades Especializadas de Saúde (UES) teve uma implementação com as seguintes medidas:
    - Realização de 2 (duas) campanhas anuais para a Prevenção.
    - Implantação do Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS).
    - Treinamento de 26 (vinte e seis) UBS(s) para o atendimento de infectados pelo HIV assintomáticos, atendimento às DST e fornecimento de preservativos, mediante ações educativas visando sexo seguro.
    - Treinamento da equipe multiprofissional da UES para o atendimento a nível ambulatorial dos pacientes com AIDS.
    - Treinamento em parceria com a Secretaria Municipal de Educação (SME), foram treinados 1400 (um mil e quatrocentos) adolescentes para atuarem como multiplicadores de informações sobre sexualidade e drogas.
    - Trabalho educativo com as gestantes, feito pela equipe do Projeto Casulo que atua na Santa Casa.

- Padronização do teste HIV, com a implantação dos Métodos de Elisa e Western Blott.
- Padronização da lista de medicamentos para DST/AIDS.
- Reavaliação e Implantação no Laboratório Central de exames complementares de apoio ao Programa DST/AIDS.
- Celebração de Convênio com o Ministério da Saúde e Banco Mundial para implantação do Programa referido acima.
- Treinamento em parceria com o Centro de Referência para o Tratamento de AIDS da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo SES/SP — CRT/AIDS), para realização de Oficinas de Sexo Seguro.
- Capacitação das Equipes das Unidades de Atendimento Integradas de Saúde Mental para a atenção aos dependentes químicos de drogas injetáveis.
- Implantação do Hospital/Dia com 13 (treze) leitos/adulto e 1 (um) leito/criança para tratamento de AIDS.
- Implantação da Contagem CD4/CD8, em parceria com o Instituto Adolfo Lutz (IAL) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo em Campinas.

B) Na área de Atenção à Saúde da Mulher.

- Implantação do Projeto Casulo.
- Implantação no Hospital Municipal Leitos/Maternidade.

C) Na Saúde da Criança e Adolescente.

- Implantado o Sistema de Vigilância do recém-nascido de risco.
- Implantado o Programa de Suplementação Alimentar em Parceria com a Secretaria do Desenvolvimento Social (SDS).
- Implantado no Hospital Municipal a Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTI).

- Implantado atendimento ao Adolescente em Unidades dos 4 (quatro) Distritos.
- Realizadas as Campanhas Nacionais de Vacinação.

D) Na Saúde do Adulto.

- Atendimento nas UBS(s) com ênfase ao controle dos Hipertensos e Diabéticos.

E) Na Saúde Bucal.

- Manutenção das Atividades e Ações que já existiam.
- Ampliação dos atendimentos (Curativo e Preventivos) nas Escolas.
- Implantado o atendimento a pacientes especiais na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do Parque Industrial — com sedação.
- Implantado 3 (três) Serviços de Referência para pacientes com AIDS.
- Implantado 7 (sete) Serviços de Referência para Câncer Bucal.
- Implantação de 5 (cinco) Clínicas Modulares.
- Implantado Atendimento de Urgência nos finais de semana na UPA do Parque.
- Implantado Atendimento a quatro mãos.
- Reciclagem feita para os Cirurgiões Dentistas em Dentística e Prevenção e Diagnóstico do Câncer Bucal.

F) Implantada a partir de julho/94 a Comissão de Precauções Universais com:

- Capacitação e atualização dos membros componentes da Comissão.
- Divisão e padronização de todos os Equipamentos de Proteção Individual (EPI), instrumentais e equipamentos médico-cirúrgicos.
- Treinamento de dentistas, médicos, enfermeiros, pessoal de Laboratórios, Pronto Socorro e UPA(s) sobre normas e precauções universais.
- Integração com o Setor de Compras do D.A., visando melhorar a qualidade do que é adquirido.

- Elaboração do Manual de Precauções Universais (P.U.) e distribuição para a Rede.
- Implantação do controle biológico das estufas e autoclaves da Rede.
- Treinamento de médicos e enfermeiros sobre Técnicas de Curativo.

G) Saúde Mental.

Até meados de 1994 existiam atividades de Saúde Mental:

- Ambulatório de Saúde Mental do Jardim Satélite.
- U.P.A. do Jardim Satélite.
- Unidade de Atendimento Integrada de Saúde Mental (UAISM) no Distrito Leste.

No período foram implantados:

- Comissão e Comitê de Saúde Mental.
- Integração com Secretaria de Desenvolvimento Social (SDS) e Secretaria de Administração (AS) e Secretaria de Educação (SE).
- Treinamento de profissionais de toda a rede básica para atendimento a nível primário nas UBS(s).
- Implantação da Supervisão Institucional através de terceiros, na área de Saúde Mental.
- Implantação das UAISM(s), do Centro e Distrito Norte.
- Transformação do Ambulatório de Saúde mental do Jardim Satélite em UAISM — Sul.
- Treinamento dos profissionais das UAISM(s).
- Realização de 2 (dois) Fóruns de Saúde Mental.
- Implantado o projeto em parceria com a Comunidade Terapêutica Francisca Júlia, visando a desospitalização.
- Iniciado o processo de criação de Hospital/dia na transformação da UPA do Jardim Satélite.

H) Vigilância Epidemiológica (V.E.).

A característica marcante da V.E. até meados de agosto/94 era a sua centralização. Foi desenvolvido:

- Treinamento básico em V.E. para todas as Unidades de Saúde da rede.
- A implantação de 6 (seis) Unidades de Referências para o tratamento de esquistossomose.
- A implantação do Núcleo de Vigilância Epidemiológica no Pronto Socorro Municipal.
- Implantação da coleta de sangue periférico na Santa Casa e no Hospital Pio XII para o controle da sífilis congênita.
- Implantado o SINAM (Sistema de Informação de Agravos e Morbidade) para as F.I.E. (Fichas de Investigação Epidemiológica) de AIDS, meningite, tuberculose e raiva.
- A implantação de informatização do SVE.
- A implantação da municipalização das ações para o controle da malária.
- A celebração de convênio com a Fundação Nacional de Saúde para o desenvolvimento do Projeto de Controle da Tuberculose.

I) Saúde do Trabalhador.

“Até meados de outubro de 1994 as ações referentes à Saúde do Trabalhador eram desenvolvidas no Ambulatório de Saúde do Trabalhador, com caráter exclusivamente assistencial e a equipe que atuava tinha pouca ou nenhuma capacitação, com a criação e atuação do NAT podemos destacar^{89.}”

- Implantação do Coordenação do Programa de Saúde do Trabalhador.
- Mudança do caráter exclusivamente assistencial do Programa, com a incorporação de visão epidemiológica de Saúde Ocupacional e o desenvolvimento de ações preventivas.

- Capacitação da Equipe na FUNDACENTRO com redefinição das funções de cada membro da Equipe.
- Implantação da CAT.
- Transferência da Unidade Ambulatorial para local mais adequado.
- Elaboração de estudos sobre o conforto ergonômico.
- Elaboração de projeto de imunização contra o tétano para os trabalhadores da construção civil.
- Elaboração de estudo epidemiológico, de Acidentes no Trabalho, com a exposição a fluidos corpóreos.
- Elaboração do projeto FUNDHAS (Fundação Hélio Augusto de Souza).
- Implantação do Projeto de Controle das Lesões por Esforços Repetitivos (LER) em bancários e funcionários dos Correios.

J) Laboratório Central.

A situação do Laboratório Central ao final de 1994, se caracterizava por:

- Realização de exames de análises clínicas em grande quantidade em detrimento daqueles voltados à "Saúde Pública".
- Falta de integração entre o Laboratório Central e os Laboratórios da UPA do Parque e do P.S.M. .
- Necessidade de capacitação e reciclagem dos profissionais.
- Inexistência de Coordenação à Nível Central.
- Falta de insumos e equipamentos.
- Laboratório de Citopatologia com funcionamento precário.

No período foi:

- Implantado à Coordenação informal à nível da Vigilância Sanitária (ViSa).
- Mudanças de perfil do Laboratório Central, com a realização de mais exames de Saúde Pública.

- Transferência para Terceiros Contratados a realização de exames de análises clínicas.
- Capacitação de Técnicos para a realização de Liquor, Micologia, Bacteriologia e Imunologia.
- Implantação da "Cultura de BK" para todas as amostras de escarro.
- Melhoria do Almoxarifado de insumos.
- Aquisição de equipamentos.
- Informatização com a diminuição do tempo médio de resultados de 20 a 25 dias para 3 a 7 dias.
- Treinamento para exames de diagnóstico da Malária.
- Reforma do Laboratório Central.
- Reforma de Laboratório da UPA do Parque.
- Transferência da Citopatologia para o Laboratório Central.
- Implantado o Controle de Qualidade do Banco de Leite.
- Implantado a pesquisa de Leishmaniose.

K) Assistência Farmacêutica.

Ao final de 1994, a situação se caracterizava por:

- Inexistência de uma política farmacêutica.
- Falta de capacitação dos profissionais.
- Desorganização do Almoxarifado com perdas de medicamentos por prazo de validade vencido.
- Inexistência de supervisão.
- Existência de apenas 2 (dois) farmacêuticos.
- Lista padronizada de medicamentos inadequada.
- Setor de Compras sem capacitação.

As seguintes mudanças e providências aconteceram:

- Diagnóstico da situação das UBS(s) em termos da Assistência Farmacêutica.
- Implantação de Comissão de Farmácia e Terapêutica.
- Estabelecida a parceria com a Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos para assessoria.
- Treinamento dos funcionários do almoxarifado.
- Estabelecido programa e cronograma de trabalho com os Distritos Sanitários para o controle de dispensário, normatização dos pedidos, controle de estoque, consumo médio mensal, nova lista padronizada e organização especial de farmácia de cada unidade.
- Concurso para 10 (dez) vagas de Farmacêuticos.
- Fornecimento de medicamentos excepcionais.

L) Outras Ações e Mudanças.

Além do que até então foi referida, outras propostas estão em fase de preparação para implantação, sob a coordenação e direção do NAT no âmbito do D.V.S., tais como:

- Homeopatia.
- Acupuntura.
- Fisioterapia.
- Oxigênio/Terapia Domiciliar.
- Atendimento leito/dia para Hemofílicos.
- Programa de Internação Domiciliar (PID).
- Programa de Atendimento Ambulatorial Domiciliar (PAD).
- Serviço de Referência para Reabilitação.
- Formação de Agentes Comunitários.

– O Departamento de Serviços Hospitalares

Como foi referido, a Secretaria de Saúde do Município tinha reduzida infra-estrutura hospitalar própria, com predominância de hospitais e leitos privados, filantrópicos ou lucrativos. Dentro do processo de reforçar a atuação nestes setor, visando sua expansão física e melhoria da coordenação e de gerência administrativa e apoio técnico, houve também mudanças na estrutura organizacional ressaltando-se a criação inicial da Divisão Hospitalar, equivalente e no mesmo plano organizacional e hierárquico dos Distritos Sanitários que, em seguida, foi reestruturada e ampliada, passando a nível de Departamento, como **Departamento de Serviços Hospitalares**.

Assim, nesse processo de atuação na infra-estrutura hospitalar é de se destacar a criação do **Hospital Municipal**, que foi implantado em agosto de 1996 e veio corrigir uma deficiência séria do Sistema de Saúde, qualificando as internações decorrentes das urgências e emergências do Pronto Socorro Municipal, bem como estruturou o fluxo das internações em Clínica Médica e as eletivas da Clínica Cirúrgica⁸⁹.

Em setembro/96 foram inaugurados os leitos para Maternidade no Hospital Municipal, em função da oferta escassa de leitos que existia para este fim.

A característica do Hospital é a internação em Clínica Médica, Maternidade e Clínica Cirúrgica onde se faz cirurgia geral, e em algumas especialidades cirúrgicas tais como Traumato-Ortopedia e Neurocirurgia, que foi privilegiado na definição do perfil do Hospital em função da insuficiência destes Serviços no SUS de São José dos Campos, frente a alta demanda que existe neste município destes procedimentos decorrentes dos acidentes ocorridos ao longo da Via Dutra, uma rodovia de tráfego intenso e pesado, que liga Rio de Janeiro a São Paulo.

Também em função disto e de outras necessidades e demandas, foram criadas as Unidades de Terapia Intensiva tanto para Adulto como para as Crianças (pediátrica e neonatal).

Atualmente o Hospital e Pronto Socorro Municipal contam com 196 (cento e noventa e seis) leitos hospitalares e 35 (trinta e cinco) leitos de observação.

Foi realizada a reforma e ampliação da área do Pronto Socorro, Laboratório, Raio X, Centro Cirúrgico, com recursos do Ministério da Saúde dentro do Projeto Refor/SUS.^(*)

Em continuidade e no contexto da discussão e análise do Desenvolvimento Organizacional encetado na Secretaria Municipal de Saúde, merece destaque também o esforço que foi empreendido na área da **Informática**, visando a **Informatização do Sistema de Saúde**.

O grande eixo condutor desta inovação tecnológica a ser implantada para o Sistema de Informação de Saúde de São José dos Campos, foi o desenvolvimento do Projeto Cooperado; segundo as informações colhidas no Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde⁸⁷.

O Projeto Cooperado é um Consórcio celebrado entre alguns municípios brasileiros para o desenvolvimento conjunto de um Sistema para a Informatização das Secretarias de Saúde, que se iniciou já ao final de 1993, com a participação do município de São José dos Campos, Belo Horizonte, Porto Alegre, Recife, Salvador e outros.

Os objetivos do referido Projeto eram os de democratizar o acesso da população aos Programas de Saúde Pública, otimizar recursos técnicos financeiros e normatizar a crescente complexidade do Atendimento à Saúde “com as características fundamentais de democratização no acesso às informações, a integridade dos dados, a transparência no planejamento e execução das ações de saúde, o manuseio simplificado e monitoramento permanente e contínua atualização dos dados”⁸⁷.

(*) O Projeto REFORSUS (Reforço à Implantação do SUS) – está no contexto do apoio financeiro do Banco Mundial – através de Convênio com o Ministério da Saúde, onde neste Programa, uma das áreas prioritárias era a da Urgência/Emergência, e contemplava serviços municipais, estaduais e filantrópicos.

No município de São José dos Campos, com a denominação de PROINFO95 - Projeto de Informatização da Rede de Saúde, teve a sua implantação acelerada e ampliada na Rede, durante o ano de 1996 e, no final deste ele estava praticamente implantado, tanto que na avaliação feita pela equipe no Relatório de Gestão do município é referido que: "... . Apesar do seu curto período de vida, acreditamos que o Sistema Cooperado já está conseguindo atingir um de seus objetivos: a otimização dos recursos ... ganho de tempo considerável ... rapidez no atendimento ... .⁸⁷"

Assim algumas categorias de atividades foram consideradas necessárias e viáveis para informatização, tais como cadastramento dos pacientes, localização dos pacientes, controle dos pacientes inscritos nos programas de saúde, agendamento de consultas básicas por telefone, agendamento das consultas especializadas entre as Unidades, acompanhamento do fluxo de paciente na rede, recuperação do prontuário único, exames laboratoriais, e outros dados estatísticos.

Ao final de 1997, os seguintes Sistemas já estavam implantados na Secretaria Municipal de Saúde:

- **Atendimento por Intoxicação** — que visa definir o perfil epidemiológico das vítimas de intoxicações e animais peçonhentos.
- **Atendimento por Triagem** — que define o perfil de atendimento aos grupos de triagem nas unidades.
- **Banco de Leite Humano** — faz o cadastro de identificação das doadoras, o volume do leite doado e o cadastro de receptores e o volume recebido.
- **Centro de Controle de Zoonoses** — controla animais e vetores.
- **Controle de Central de Vagas — Central** — para a administração e controle dos leitos, disponíveis para a internação, disponibilizando através de Relatórios

informações sobre invasão, altas médicas, internações, procedências dos pacientes e procedimentos.

- **Casa da Gestante e Projeto Casulo — C. GEST.** — visa promover o cadastro e encaminhamento dos recém-nascidos para as UBS(s), priorizando o atendimento dos considerados de risco.
- **Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS)** — produz informações sobre o perfil epidemiológico dos usuários do COAS.
- **Sistema de Investigação de Tuberculose — EPITAB** — fornece informações através das Fichas de Investigação em Tuberculose, produzindo Tabelas de Casos Notificados por município de residência, exames realizados, número de casos por sexo, faixa etária, grau de instrução, associação com HIV, internações, forma clínica, óbitos e tratamento.
- **Boletim Diário de Atendimento Ambulatorial — FAA/BDA** — é abastecido com as informações referentes as atividades desenvolvidas no Atendimento dos usuários, e gera os relatórios de produção, de rendimento profissional, rendimento nas especialidades, de risco e faixa etária.
- **Sistema de Consolidação dos Impedimentos do Trabalho dos Cirurgiões Dentistas (C.D.) — IMPEREL** — gera relatórios dos impedimentos por profissional, UBS(s), Distritos e município e relação Hora Potencial e Hora Trabalhada.
- **Sistema de Vacinação — IMUNI** — gera os relatórios sobre as atividades de vacinação.
- **Sistema de Consolidação dos Dados do Levantamento de Cárie Dentária - LCD** — fornece informações para o diagnóstico da situação da saúde bucal, e subsídios para a programação e avaliação no que se refere aos procedimentos curativos e preventivos nas escolas.

- **Sistema de Entrada e Consolidação dos Procedimentos Curativos Odontológicos do Setor Público — ODONTO.** Produz os relatórios sobre a Fatura mensal, ficha de planejamento, avaliação do Programa Curativo, rendimento profissional e outros.
- **Sistema de Controle do Consumo de Material — MATERIAL.** Informa sobre o consumo de material e medicamento, movimentação geral, de entrada e saída, saldo de estoque por Unidade.
- **Sistema PKU (realização do Teste Fenilcetonúria).** Informe sobre o perfil dos usuários que realizam o Teste.
- **Sistema de Entrada de Procedimentos Preventivos Odontológicos do Setor Público — PREVENT.** Produz relatórios de produção, controle e avaliação preventiva e dos impedimentos do trabalho dos Higienistas Dentais.
- **Sistema Prontuário.** Permite a localização rápida dos prontuários dos pacientes, indicando seu endereço nas prateleiras do Arquivo.
- **Sistema do Programa de Suplementação Alimentar (PSA).** Controla o PSA, informando através do Cadastro de Crianças Desnutridas e Região Social por Distritos Sanitários.
- **Sistema Raiva.** Coleta dados para o Boletim de Avaliação mensal do Programa de Controle de Raiva da Secretaria Municipal de Saúde.
- **Sistema de Relatório de AIH — RELSAIH.** Realiza estimativa de faturamento, e se utiliza para o pagamento dos fornecedores, gera dados estatísticos e é utilizado para avaliação e controle.
- **Sistema de Rotina de Cirurgias Eletivas.** Este sistema faz o cruzamento de informações dos procedimentos a serem pagos pela tabela diferenciada com o SISAIHO1.

- **Sistema de Atendimento de Diagnose e Terapia — SADT.** Fornece informações para a avaliação e controle no processo de gerenciamento dos exames autorizados pelo SUS.
- **Sistema do Controle de Internações — SCI —** Fornece informações sobre os pacientes internados, sendo feito o controle de um mesmo paciente internado no período de 3 (três) meses. Controla série histórica mensal, e é utilizado para avaliação e controle.
- **Sistema de Controle de Pessoal — SCP/RH.** Fornece, através do Cadastro dos Servidores da Secretaria da Saúde, informações para a administração dos recursos humanos, tais como férias, transferência, demissões e admissões. Emite o relatório de pagamento da folha do pessoal.
- **Sistema SIADT.** Fornece informações sobre os exames de diagnose e terapêutica realizados, informando seus resultados (agilizando), o perfil dos usuários e, também sobre a morbidade.
- **Sistema de Entrada de Dados e Digitação de Faturas através dos Procedimentos realizados — SISAIH01.** Produz os relatórios de faturas hospitalar por paciente internado. E tem o Sistema SISAIH02 que é utilizado para fazer a validação do mesmo, através dos relatórios de crítica, que são emitidos. E ainda o Sistema SISAIH05 que fez a integração dos dados.
- **Sistema de Informação de Acompanhamento Físico, Financeiro e Orçamentário — SIAFFO.** Criado no âmbito do Convênio celebrado com o Ministério da Saúde (MS) para a prevenção e tratamento das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e AIDS.
- **Sistema de Registro para o Acompanhamento dos Portadores de HIV, Assintomáticos — SIHIV.** Produz relatório com o perfil dos Soros Positivos para AIDS, com faixa etária, sexo, categoria de risco e outros.

- **Sistema SINAM.** Fornece informações para uma análise rápida do perfil epidemiológico das pessoas portadoras de doenças de notificação compulsória.
- **Sistema SINASC.** Sistema de Informações para análise do perfil dos nascidos vivos no município.
- **Sistema de Vigilância Epidemiológica (SVE).** Informe sobre as Doenças de Notificação, Cadastro, acompanhamento e análise dos dados.

O Sistema Cooperado de Saúde vem sendo um dos instrumentos e processo básicos para qualificar o gerenciamento do Sistema de Saúde e melhorar o atendimento do cidadão⁸⁷.

2. Avaliação dos Efeitos/Análise do Eixo Modelo de Atenção

A análise e a discussão das mudanças que aconteceram ao nível do Modelo de Atenção do SUS de São José dos Campos passa necessariamente pelo resgate de alguns aspectos que já foram apontados anteriormente nos capítulos referentes à Metodologia e naquele que cuidou do Desenvolvimento Organizacional.

Assim a primeira referência a ser lançada neste sentido é aquela que trata do que se chamou de nível operativo do Sistema Municipal de Saúde ou seja, o conjunto de Serviços da Atenção Ambulatorial e Hospitalar e as Unidades Distritais que foram criadas, no bojo da Reforma Administrativa que foi imprimida.

Pelo que se depreende do Relatório de Gestão, da leitura do documento Proposta de Trabalho para 1997⁸⁸, ambos da Secretaria Municipal de Saúde, e das entrevistas que foram realizadas, é possível se destacar alguns pontos contextuais que são significativos e indicativos das mudanças que foram ou estão sendo processadas em relação ao Modelo de Atenção do SUS Municipal, tais como:

- A decisão política de efetivamente se implantar e implementar o SUS em São José dos Campos sob o estímulo da NOB SUS nº 1/93 e a inspiração dos princípios e diretrizes do SUS, onde a necessidade de um novo Modelo era e é dada com imperativa.
- A expansão da rede física do Sistema de Saúde próprio do município, com a construção, reformas e ampliação da rede de Unidade Básica de Saúde (UBS) e de Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), distribuídas estrategicamente na zona urbana municipal.
- A reforma e ampliação do Laboratório Central e mudança de seu perfil, no sentido do privilegiamento de ações voltadas mais para a Saúde Pública ou Coletiva.
- Na construção do Hospital Municipal, com 196 (cento e noventa e seis) leitos, e o direcionamento da oferta dos serviços a serem prestados no âmbito do mesmo, no sentido de solução ou atenuamento das dificuldades em relação a determinadas demandas existentes no município, que não eram atendidas ou eram reprimidas. Tais como, Neurocirurgias, Traumato-Ortopedia, UTI(s) de Adulto e Criança, Leitos Maternidade e UTI Neonatal.
- Na expansão e qualificação dos Recursos Humanos e na adoção de uma política salarial competitiva a nível de mercado.
- Na Reforma Administrativa da Secretaria Municipal de Saúde, onde especificamente se destaca a criação de um Departamento de Vigilância à Saúde, que é o "Centro da Inteligência" no sentido de formular e imprimir uma nova direção ao Modelo Assistencial que tivesse como Paradigma, o Modelo de "Vigilância à Saúde", tal qual se denominou o Departamento.

- Nas novas relações que se estabeleceram com o setor privado complementar ao SUS, também no sentido da satisfação de determinadas demandas reprimidas, cuja oferta existente no Setor Privado não era disponibilizada no SUS de São José dos Campos. Fala-se aqui, do que já se referiu, da contratação e pagamento de serviços para as cirurgias eletivas, através de Tabela de preços diferenciada da Tabela do SUS/Brasil, além de alguns procedimentos de alta complexidade ou Alto Custo.
- Na decisão e disposição do município de manter para o Setor Saúde os recursos orçamentários e financeiros ao longo desta série histórica em torno de 18% do orçamento municipal, e que atualmente equivale a cerca de 67% do total de recursos públicos dispendidos em São José dos Campos, para o custeio da Assistência.
- O Sistema de Informação Local de Saúde que está sendo estruturado no município, e é pré-requisito ou base para a construção do novo Modelo de Atenção, instrumentalizado pelas informações da situação epidemiológica.

Assim estes aspectos resgatados do Eixo de Análise anterior identificam fatores contextuais no processo de implantação que, de alguma maneira, tiveram influência nos “Efeitos”, ou seja, nas mudanças ocorridas no modo de produção e distribuição de ações e serviços no SUS de São José dos Campos, objeto de estudo deste segundo Eixo de Análise.

Neste sentido, foi identificado e selecionado um conjunto de medidas e ações ocorridas na operacionalização do Sistema de Saúde, considerados de relevância e indicativas do processo de mudança, expostas e analisadas a seguir.

– A Assistência Materno-Infantil

No âmbito da Atenção Materno-Infantil foram criadas ou implementadas as seguintes atividades:

Projeto Casulo

O Projeto Casulo foi desenvolvido tendo em conta a preocupação com a Saúde da Mulher, no seu processo de gestação, parto e puerpério, bem como a mortalidade infantil, especificamente aqueles óbitos decorrentes de causa perinatais, que se constituíam como causas importantes, no elenco das demais causas de óbito nesta faixa etária⁸⁹.

A equipe multiprofissional do Projeto Casulo é constituída por médicos Ginecologista, Pediatra, Psicóloga, Fonoaudióloga, Enfermeira, Auxiliares de Enfermagem, Assistente Social e Agentes de Saúde.

O Projeto Casulo tem 3 (três) componentes básicos em termos de sua atuação:

- A Casa da Gestante
- Centro de Lactação
- Vigilância ao Recém-Nascido (R.N.) de Alto Risco.

E de forma integrada com a rede de UBS(s) e a Maternidade, desenvolvem ações conjuntas, destacando-se:

- Consultas médicas para avaliação do risco obstétrico de gestantes encaminhadas pelas UBS(s).
- Acolhimento especial à mãe do bebê prematuro, proporcionando maior interação entre a mãe e filho e estimulando a amamentação natural do bebê.
- Promoção da Relactação para mães, que por algum motivo, interromperam a lactação e desejam retomar.

- Diagnóstico e acompanhamento nas UBS(s), de crianças recém-nascidas que apresentam baixo peso, doenças congênitas, prematuridade ou algum risco de vida.
- Informação multiprofissional às gestantes sobre o processo de gestação, parto e puerpério, através de cursos e palestras.

O Centro de Lactação vem funcionando, em um espaço físico específico, com o objetivo de incentivar o aleitamento materno, visando a diminuição da morbimortalidade infantil, que ocorria em decorrência do desmame precoce.

Desenvolve suas atividades para sensibilizar, preparar, acompanhar e estimular as gestantes e puérperas para o aleitamento materno e sua manutenção por maior tempo possível.

E ainda foi criado um Banco de Coleta, transporte e armazenamento do leite materno (Banco de Leite Humano), e informatizados os dados relativos à amamentação no município.

A Vigilância de Criança de Risco — Menor de 01 Ano, Consiste em uma ação desenvolvida por enfermeiras e auxiliares de enfermagem que visitam diariamente as maternidades da Santa Casa e do Hospital Pio XII, onde são realizadas entrevistas e preenchida a ficha de todas as crianças recém-nascidas.

Os critérios de risco são:

- Prematuridade.
- Peso abaixo de 2.500 g. ao nascer.
- Doença Congênita.
- Óbito em irmãos com idade < 05 anos.
- Internação após a alta materna.

Os Recém-Nascidos considerados como de risco recebem um cartão próprio individual, informando sobre as condições de nascimento e é agendada uma

consulta na UBS, mais próxima de sua residência, no prazo máximo de até 10 (dez) dias após a alta hospitalar.

Os Recém-Nascidos que não são considerados de risco, também recebem um cartão próprio individual e são agendados para atendimento na UBS de sua área de abrangência, dentro dos próximos 15 (quinze) dias após a alta hospitalar.

Caso o Recém-Nascido de Risco não compareça à consulta agendada é enviado um aerograma ou é feita a Visita Domiciliar e, se ainda não houver o comparecimento, é acionado o Conselho Tutelar da Criança e Adolescente do município.

Na maternidade, a mãe é orientada pela equipe do Projeto Casulo sobre os cuidados com a criança e a importância do aleitamento materno, técnicas de amamentação e o processamento do leite.

E mensalmente as UBS(s) enviam à Coordenação do D.S., através de impressos próprios, informações sobre o acompanhamento das crianças de risco.

Devem ser destacados, ainda:

- A manutenção e ampliação da Terapia de Reidratação Oral (TRO) nas UBS(s).
- A manutenção do Programa de Vacinação de Rotina na UBS(s).
- Normatização de outras ações relativas ao atendimento de crianças e adolescentes.
- Ações de prevenção da Anemia Ferropriva, com a implantação do Leite enriquecido com Ferro.
- Implantação de atividades visando a avaliação e acompanhamento dos desnutridos.
- Implementação da Vigilância de Sífilis Congênita com atuação nos hospitais públicos e privados.
- Ações de prevenção, acompanhamento e tratamento dos drogadidos.

- Ações para captação e acompanhamento de crianças < 1 ano internadas nos Hospitais do SUS.
- Ações para o acolhimento a todas as crianças, após alta hospitalar ou quando após alta das Unidades de urgência/emergência.
- Ações para o atendimento às dificuldades de aprendizagem integrada com a Secretaria de Educação.

Como já referido, a Casa da Gestante é uma proposta para o atendimento às gestantes de risco, possibilitando o acompanhamento e intervenção das situações de risco, diminuindo a necessidade de internação hospitalar e propiciando melhores condições para que a gestação chegue a termo. É o nível intermediário (secundário), que se disponibiliza entre o nível ambulatorial (Pré-Natal - Puerpério) e a internação hospitalar (terciário). É centro de referência obstétrico secundário para a rede de UBS(s)⁸⁹.

Nesta hierarquização, as UBS(s) avaliam as gestantes segundo os critérios de risco ginecológico e obstétrico e outros e, quando necessário, encaminham à Casa da Gestante, através de agendamento telefônico, e mediante uma ficha própria de referência e contra referência.

No primeiro atendimento feito por obstetra e enfermeira é definido o melhor esquema de acompanhamento de acordo com o tipo de risco apresentado.

A Casa da Gestante faz portanto o atendimento ambulatorial e dispõe ainda de 6 (seis) leitos para internação daquelas que necessitam repouso e atenção básica e não têm condições de fazê-lo em regime domiciliar.

As gestantes que, após avaliação necessitarem de internação, são encaminhadas à rede hospitalar.

São as seguintes as patologias que a critério obstétricos deverão ser encaminhadas à Casa da Gestante:

- Placenta Prévia (diagnóstico clínico e ultrasonografia).

- Diabete Mellitus.
- Aminorexe prematura (com até 36 semanas).
- Hipertensão arterial.
- Hipertensão Arterial Específica de gravidez.
- Retardo do crescimento intra-uterino.
- Cardiopatia.
- Pielonefrite e/ou Infecção do Trato Urinário.
- Trabalho de Parto Prematuro, na fase de manutenção, após inibição.
- Insuficiência istmo-cervical.
- Hipertireoidismo.
- Anemia ($Hb < 6\%$)
- Hiperemese gravídica.

Além do acesso à Casa da Gestante, através de encaminhamento das UBS e/ou Hospitais, também há a livre demanda, no caso de adolescentes e primigestas.

Vale registrar ainda que, na área do Atendimento à Saúde da Mulher, os procedimentos referentes à Clínica Obstétrica foram incluídos na "Tabela Diferenciada" para os prestadores de serviços privados do SUS de São José dos Campos, além da ampliação da oferta de leitos/maternidade, através do Hospital Municipal.

Paralelamente também está sendo implantada a busca ativa das causas de morte materna, nos hospitais do SUS.

Ainda com base nas informações disponibilizadas no relatório de gestão, foram considerados alguns indicativos no trabalho realizado nesse Projeto Casulo.

Assim, o Centro de Lactação foi avaliado no período de setembro à dezembro de 1994, época de seu início, e neste período de 4 (quatro) meses iniciais, foram atendidas 110 (cento e dez) pacientes, sendo 16% encaminhadas pelas UBS(s),

42% dos hospitais e 9% de convênios médicos particulares, 24,5% de demanda espontânea e, 6,5% de origem não identificada.

Foi constatado que 53% não receberam orientação prévia com relação ao aleitamento materno e 46% receberam alguma orientação e, como motivo da demanda, dos 110 (cento e dez) casos, teve-se 62% que vieram para obter informações **quanto à manutenção do aleitamento materno**, 11% para o processo de relactação, 16% com fissura na mama, 7% com quadro de mastite e outras intercorrências.

Em relação à gestação e parto deste grupo tem-se que 52% eram primíparas, 55% foram partos cirúrgicos (cesáreas) e 45% foram normais.

Comparando estas 110 puérperas, com o total de partos previstos para o ano, no município, 10.000 partos/ano, o que dá o número de 833 partos/mês no município, para o ano de 1997, pode ser considerado que houve um percentual próximo de 3% ao mês, que procuraram o Centro de Lactação.

Mas, considerando a população alvo do Centro de Lactação, que é de 15% do total de partos de gestantes de risco, a média mensal de 36 atendimentos realizados nos 3 (três) meses, correspondeu a 30% da cobertura esperada para os 124 partos previstos.

Em relação a Vigilância de Criança de Risco, menor de 01 ano, segundo a avaliação feita pela equipe do Projeto Casulo, para o 1º trimestre de 1995, ocorreu no município um total de 2.634 partos, sendo 2.442 de residentes em São José dos Campos e 192 de residentes em outros municípios. Deste total, o Projeto Casulo atendeu 1.782, o que equivale uma cobertura de 72,97%. Sendo que destes examinados, 15,45% apresentavam uma ou mais condição de risco, segundo os critérios estabelecidos.

Destas 276 crianças de risco, 80,43% nasceram na maternidade da Santa Casa e as demais na maternidade do Hospital Pio XII.

Foi constatado ainda que houve maior ocorrência proporcional de crianças de risco, nas mães vindas de outros municípios do que naquelas cujas mães são residentes de São José dos Campos.

Os Distritos Centro e Sul de São José dos Campos tiveram um maior número de crianças incluídas pelos critérios de prematuridade e baixo peso.

A observação do Coeficiente de Mortalidade Infantil de 1993 a 1996 mostra os números de 20,54; 20,84; 20,18 e 19,31 para cada 1000 nascidos vivos, respectivamente, o que evidencia uma tendência de declínio⁹².

Em relação à Saúde da Mulher e especificamente no que tange ao funcionamento da Casa da Gestante, foi feita uma Avaliação no período de abril à setembro de 1995, e "segundo o levantamento dos prontuários, foram atendidas 123 gestantes" no período⁸⁹.

Considerando um número esperado de aproximadamente 10.000 (dez mil) gestantes/ano, e que destas 15% apresentam algum risco, a população alvo seria de 1.500 gestantes/ano, com uma média de 125 gestantes/mês; uma cobertura em torno de 17%, no período. Uma cobertura que pode ser considerada baixa, e ser creditada ao fato de que à época o Projeto estava no seu início, ressalvado ainda o desconhecimento do universo de gestantes de risco vinculadas ao SUS Municipal.

Em relação à procedência das mesmas teve-se que 44% foram encaminhadas pela UBS(s), 24% por Hospitais, 2% por médicos particulares, 9% foram espontâneas e 21% de origem ignorada.

A distribuição percentual segundo o Distrito Sanitário de residência, mostrou que 49% são da Região do Distrito Sul, e ainda de seus bairros mais carentes e a maioria delas com o 1º grau incompleto.

Em relação aos riscos e causas que motivaram as internações que ocorreram, teve-se a Hipertensão Arterial como 1ª Causa, seguida pela Doença

Hipertensiva Específica da Gravidez, Diabetes, Hiperemese Gravídica e Trabalho de Parto Prematuro.

Segundos os dados do Grupo Técnico de Informações de Saúde (GTIS) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP), o Coeficiente de Mortalidade Materna na região de Saúde de São José dos Campos variou de 92,46/óbitos por 100.000 mil nascidos vivos/em 1994, para 56,29 em 1995, o que representa um percentual de queda em torno de 36,17%, o que em relação as demais regiões de Saúde do Estado de São Paulo, significa a 4ª posição, na escala dos maiores índices de diminuição, neste mesmo período⁵⁵.

A diminuição do índice de cesárea é também um dos objetivos do Sistema, tendo como meta o índice de 25%. Baseado em informações do Relatório de Gestão de São José dos Campos de 1997, vale referir que o Hospital Municipal/Maternidade, realizou, no período de janeiro a setembro de 1997, 4.571 partos, sendo que destes 1.687 foram cesáreas, ou seja 36,91%.

E ainda neste período, referente ao 3º trimestre de 1997 (julho - agosto - setembro), do total de partos hospitalares realizados pelo SUS de São José dos Campos, 1.493, a Maternidade Municipal realizou 489, que corresponde a aproximadamente 32% do total⁹⁰.

Tomando-se o total de cesáreas entre os 1.493 partos realizados, que foi de 571 (38,24%), 139 foram realizados pela Maternidade Municipal, o que equivale a aproximadamente 24%, o que indica tendência de declínio e, ainda, o menor índice de cesáreas praticadas entre os Hospitais/Maternidade vinculados ao SUS Municipal. A Santa Casa, por exemplo no período referido realizou 225 partos normais e 265 partos "cesárea", ou seja 54% de cesárea. E cerca de 46% do total de cesáreas no município.

E ainda, fazendo-se uma análise comparativa com o índice de parto operatório referentes as regiões de Saúde do Estado de São Paulo, para os anos de

1994 e 1995, baseado nas informações do GTIS/SES/SP, tem-se que os índices da região de Saúde de São José dos Campos foram, respectivamente, de 49,57% e 52,54% e o índice estadual foi de 49,37% e 51,54%, respectivamente.

Ainda como informação importante nas medidas referentes à Atenção Materno-Infantil, pode-se verificar na Tabela 2 a "Consulta Pré-Natal", código 047 SIA/SUS, mostra a significativa evolução de 1995 a 1997, variando de 8.821 consultas em 1995 para 19.851 em 1996 e 21.064 em 1997, ou seja, mais que duplicou em 1996 comparado com 1995 e ainda manteve a tendência de aumento em 1997.

Este fato pode ser compreendido, ou explicado por alguns fatores como o aumento da cobertura do Pré-Natal, com um maior número de gestantes passando a procurar a rede pública municipal para acompanhamento do processo de gestação, parto e puerpério, com maior adesão das mesmas à agenda do Pré-Natal em termos dos comparecimentos para a consulta e orientação médica e outras atividades de atenção à saúde que são disponibilizadas ao longo da gestação.

Segundo, FIGUEIREDO DOMINGUEZ⁵² (1998), Secretária Municipal de Saúde (1997,1998), "... Os Hospitais filantrópicos realizam ... 30% aproximadamente do nosso pré-natal ...". Indicando grande participação dos serviços municipais próprios neste atendimento.

TABELA nº 2 — NÚMEROS DE ALGUNS PROCEDIMENTOS REALIZADOS PELA REDE DE SERVIÇOS PRÓPRIOS DO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS, 1995 A 1997.

ANO/FREQ. PROCEDIMENTOS	1995 Nº BASE PARA INCREMENTO %	1996 Nº INCREMENTO %	1997 Nº INCREMENTO %
(040) Consulta médica	528.493 100	639.605 121	658.610 124
(047) Consulta Pré-Natal	8.821 100	19.851 210	21.064 238
(043) Atend. Doença Notif. Compulsória	1.745 100	3.095 177	6.096 349
(041) Consulta Médica com Terapia	188.455 100	221.653 118	241.883 127
(039) Visita Domiciliar Prof. Nível Superior	2.374 100	4.335 182	4.483 183
(034) Atendimento Profis. Nível Médio	391.256 100	567.362 139	767.641 196

Fonte: SIA/SUS — Ministério da Saúde.

- A Atenção à Saúde Mental

Na área de atenção à Saúde Mental ocorreu após 1994, como se viu, uma expansão importante em termos de Unidades e recursos humanos, bem como um processo de capacitação e supervisão institucional através de terceiros e, ainda, uma organicidade institucional representada pela criação e implantação da Comissão e Comitê de Saúde Mental no município.

Aliás a construção de um novo Modelo de Atenção à Saúde Mental, no município de São José dos Campos, já vinha se dando dentro de um processo, sob a inspiração da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, visando reversão do Modelo Hospitalocêntrico que era hegemônico.

Assim no ano de 1976/1977, na então Coordenadoria de Saúde da Comunidade (CSC) foi desenvolvido um trabalho no sentido de implantar o atendimento ambulatorial de Saúde Mental, nos Centros de Saúde, com a atuação da equipe de saúde mental. Iniciativa pioneira que embora e apesar de toda a sorte de dificuldades, conseguiu a implantação desta atividade em quase 2 (duas) dezenas de Centros de Saúde do Estado, geralmente nos então denominados Centros de Saúde tipo I (CSI)⁴.

Também no âmbito da Secretaria Estadual de Saúde, por intermédio da então denominada Coordenadoria de Saúde Mental (CSM), no início dos anos 80, esta iniciativa de atendimento ambulatorial vai sendo ampliada, com a criação e instalação dos chamados Ambulatórios de Saúde Mental, através Divisão de Ambulatório da CSM, até então com reduzida atuação no âmbito da CSM, na medida em que a maioria dos recursos orçamentários e financeiros eram alocados na Divisão de Assistência Hospitalar, dada a concepção e prática que sustentava um Modelo de Atenção em Saúde Mental essencialmente Hospitalocêntrico, através de hospitais próprios do estado, mas também e principalmente de hospitais do setor privado, conveniados e contratados.

Ao final da década de 80, o ambulatório de Saúde Mental foi criado em São José dos Campos, sendo que até então o atendimento ambulatorial que existia era feito por clínicas do setor privado através de convênios com o então INAMPS, conferindo uma cobertura assistencial apenas à população previdenciária, dentro das normas vigentes.

O ambulatório, com uma equipe multiprofissional, iniciou suas atividades em 1991, tendo uma abrangência regional.

Em maio de 1993, em função de uma necessidade sentida pela ausência de um serviço de psiquiatria no pronto socorro municipal, inaugurou-se a Unidade de Emergência em Saúde Mental, acoplada ao Ambulatório referido.

Esta unidade tinha uma capacidade inicial de 15 (quinze) leitos e oferecia o atendimento às emergências psiquiátricas, inclusive com internações de curta duração, com posterior encaminhamento para seguimento e controle ambulatorial.

O fato é que com o decorrer do tempo, o crescimento populacional e o aumento da demanda, sem a devida expansão do serviço, veio acarretar uma sobrecarga de trabalho, com as conseqüentes insuficiências e distorções, forçando a busca de novos caminhos e soluções para o atendimento em Saúde Mental.

“O modelo que hegemonicamente predominava na Atenção à Saúde Mental se caracterizava por longas e repetidas internações, pela exclusividade e domínio da atuação do médico, pelo uso privilegiado e abusivo de medicamentos e pela desqualificação multiprofissional”⁸⁷.

A diretriz concebida, pois, para reverter este modelo excludente e estigmatizante de Atenção em Saúde Mental vai na direção ou na busca de participação, da equidade, da integridade, da descentralização, universalização, promoção e prevenção e desospitalização, neste atendimento, de modo que novas práticas possam ter um poder de transformação, para a conquista da inclusão social do indivíduo, que até então era um excluído.

Nesta perspectiva vai se procurar a descentralização/distritalização das ações de Saúde Mental, com a ampliação deste atendimento através da criação das Unidades de Atendimento Integral à Saúde Mental (UAISM) nas áreas do Distrito Sanitário Norte e do Distrito Centro, visto que já havia a UAISM funcionando no Distrito Leste. E no Distrito Sanitário Sul, o Ambulatório de Saúde Mental do Jardim Satélite foi transformado em UAISM — Sul.

Estas UAISM(s), tem funcionamento diário, no período de 12 horas, com 2 (dois) leitos de observação e tem uma equipe que é basicamente constituída por:

- 2 (dois) psiquiatras
- 3 (três) psicólogos
- 1 (um) assistente social
- 1(um) terapeuta ocupacional
- 1 (um) enfermeiro
- 2 (dois) auxiliares de enfermagem
- 6 (seis) auxiliares de saúde mental

Neste contexto foram criadas e implantadas as chamadas "**Oficinas**", cujo objetivo é desenvolver atividades de socialização, lazer, artísticas e de profissionalização, dirigidas a pacientes encaminhados pela equipe das UAISM(s), prioritariamente.

Este trabalho é integrado com a Secretaria de Educação, Desenvolvimento Social, Esporte e Lazer e com a Fundação Cultural Cassiano Ricardo.

Estas oficinas, já vêm funcionando desde 1996, como oficinas culturais intersetoriais.

Dentro das inovações imprimidas no Modelo de Atenção à Saúde Mental, “o Lar Abrigado” é um outro equipamento que visa a combater o Modelo

Manicomial asilar, para os pacientes confinados ao longo dos anos de internação e que tenham perspectivas reais de integração social.

Há uma população alvo do serviço que é aquela atendida nas UAISM(s) sem recursos econômicos, que será abrigada em prédio público e atendida por uma equipe de auxiliares de enfermagem e auxiliares de saúde, com limite máximo de 20 (vinte) pessoas.

Uma outra possibilidade é para aquelas pessoas com capacidade econômica e psíquica de se manter em casa própria (não pública). Cabendo ao poder público a coordenação e organização destas pessoas (3 a 5), que serão responsáveis por suas moradias e serão acompanhadas nos UAISM(s) e participarão das atividades de oficinas.

Esta atividade vem acontecendo de modo incipiente, e atualmente há processo de rediscussão junto com a Secretaria de Desenvolvimento Social (SDS), no sentido de melhor equacioná-la⁸⁷.

Para curta internação psiquiátrica, foi criado o Hospital/Dia junto à Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do Jardim Satélite, e está em fase de implementação.

Também foi implantado um Projeto, em parceria com a Comunidade Terapêutica Francisca Júlia, visando a desospitalização em Saúde Mental, e que está em fase de ampliação.

No mais, há um esforço para a manutenção das atividades de Saúde Mental a nível das Unidades Básicas, e no município o SUS dispõe dos leitos de retaguarda assim distribuídos:

- Leitos públicos — 16 leitos da U.P.A. do Jardim Satélite.
- Leitos privados — 324, sendo, 160 leitos do Centro de Valorização da Vida Francisca Júlia e 164 leitos do Instituto de Psiquiatria.

São José dos Campos é um polo regional como se viu, de uma maneira geral, e no caso específico de Saúde Mental é polo de Referência Regional para os demais municípios vizinhos e até de outros estados⁸⁷.

Na área de Saúde Mental, a avaliação feita tendo como fonte o SIH/SUS - Ministério da Saúde no ano de 1996, indica que foram realizadas 2553 internações, segundo o Capítulo V da Classificação Internacional de Doenças (CID-9), de um total de 23.071 internações.

E daqueles, teve-se que 1.725, ou seja 67,5%, foram de residentes em São José dos Campos e o restante, mais de 30%, de municípios vizinhos, principalmente de Jacareí (10,0%), conforme mostra a Tabela 14.

A invasão de 828 internações ocorridas em 1996 cujo custo médio foi de R\$ 757,34, representou o dispêndio de R\$ 605.236,00 para o município de São José dos Campos, no atendimento de pessoas não residentes no município.

É preciso lembrar que as internações psiquiátricas deste ano (1996) representaram a 2ª causa de internação, secundando a 1ª causa, que são aquelas referentes ao processo de gravidez, parto e puerpério, e que em termos do custo financeiro desta assistência, ele representou 30% do gasto total que se executou para Assistência Hospitalar do SUS no município naquele ano (1996), ocupando a primeira colocação e sendo secundada pelos gastos efetuados para a Atenção das Doenças do Aparelho Cardio-Circulatório que, consumiu 15,0%, e dos gastos com a 1ª Causa de Internação (Gravidez, Parto e Puerpério), que equívalem a 12,39% do total dos R\$ 7.352.489,96 que foram dispendidos nesta atenção, conforme a Tabela 9.

A Tabela 7 mostra a série histórica de 1992 a 1996 das internações realizadas pelo SUS de São José dos Campos, segundo os Capítulos da CID.

Destacando-se para esta análise o Capítulo V (Transtornos Mentais), pode se observar que a tendência é de se manter alto o número de internações em

relação as demais causas, ocupando em termos percentuais, a 2ª, a 3ª, a 3ª, a 2ª, e 2ª causa respectivamente em relação aos anos do período referido (1992 a 1996).

Para melhor esclarecimento e análise das internações psiquiátricas foram especificados nos Anexos 22.IV e 24.IV, para os anos de 1995 e 1997, os agravos da classificação da CID - 9 - 3 dígitos, referentes aos códigos 291, 292, 293, 294, 295, 296, 298 e 303, com a intenção de verificar a composição interna destas internações.

De modo geral pode-se constatar que a diferença positiva de invasão entre 1997 e 1995, foi de 1.157 internações na somatória geral de todas as causas. Mas no caso das Doenças Mentais, esta diferença positiva foi de 1.306 internações, isto é 840 em 1995 para 2.146, em 1997 foi havendo paralelamente a diminuição relativa da invasão para outros Capítulos da CID-9. Fazendo uma análise especificados grupos deste Capítulo da CID-9, para a maioria deles houve aumento destacando-se o grupo CID-295 - Psicoses Esquizofrênicas, no qual verificou-se um aumento de 347 invasões em 1995, 455 em 1996, e surpreendente, 1.277 em 1997.

Considerando que, como se viu no início desta análise, não houve aumento da oferta dos leitos para psiquiatria neste período, e que apesar de ter havido um aumento no total de internações, pode-se inferir que, considerando a invasão que houve no município de São José dos Campos, pode estar acontecendo desospitalização dos habitantes do município usuários do SUS, que são atendidos no âmbito do Programa de Saúde Mental, através daquelas diversas modalidades de atendimento que foram descritas anteriormente, conforme Anexo 31.IV.

Esta hipótese é corroborada pela análise dos Anexos 25.IV, 26.IV e 27.IV que demonstram que a Evasão de internações hospitalares de residentes do município de São José dos Campos para outros municípios, segundo a mesma variável, isto, doenças dos Capítulos da CID - 9ª código - 3 dígitos, é menor do que a "Invasão".

Nos três anos analisados, a Evasão dos agravos do Capítulo V somam o total de 336 apenas, sendo 116 em 1995, 121 em 1996 e 147 em 1997; sendo que em 1997, os pacientes encaminhados para tratamento fora do município, se enquadravam no grupo da CID-318 e 319, ou seja das Outras Oligofrenias Não especificadas e Oligofrenia Não Especificada.

– Atenção às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e AIDS – Centro de Orientação e Apoio Sorológico - COAS

Preliminarmente há que ser lembrado que na área da Atenção às Doenças Sexualmente Transmissíveis e particularmente da AIDS — a sinalização e referência das grandes inovações e mudanças que aconteceram, já foram descritas no capítulo que tratou do Desenvolvimento Organizacional da Secretaria Municipal de Saúde, especificamente na análise do Departamento de Vigilância à Saúde (DVS).

Assim, além do que já foi apresentado, far-se-á a indicação de outras variáveis, no sentido de aprofundar e conhecer inovações e intervenções praticadas nesta área de atenção, consideradas importantes.

Neste sentido a criação e a implantação do **Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS)**, representou um esforço político, administrativo e econômico, no sentido de dar atenção e resposta a um problema considerado prioritário no município.

Pois, segundo informação do Relatório de Gestão do município foi constatado que "No período de 1980 a setembro de 1994, ocorreram 353 casos de AIDS em São José dos Campos, correspondendo um Coeficiente de Incidência de 93,4 por 100.000 habitantes, o que representa a 15ª maior incidência de casos de AIDS no país e a 10ª no Estado de São Paulo"⁸⁹.

E apresenta uma incidência de crescimento progressivo, com uma proporção de 5 casos do sexo masculino para cada caso feminino, que tende a ser mudada, pelo grande aumento de casos no sexo feminino.

Segundo as informações da Vigilância Epidemiológica, no ano de 1995 foram notificados 185 (cento e oitenta e cinco) casos de pacientes com AIDS, residentes no município de São José dos Campos, sendo que destes, 135 (cento e trinta e cinco) eram do sexo masculino e 50 (cinquenta) eram do sexo feminino, ou seja uma relação masculino/feminino de quase 3/1.

Ainda segundo os dados de Vigilância Epidemiológica, a escalada de Incidência de AIDS no município pode ser considerada crescente dado que, em 1990 foram notificados 48 (quarenta e oito) casos, passando para 79, 94, 111, 132 e 185 casos nos anos seguintes.

A preocupação que ensejou a necessidade deste esforço, foi fundamentada, além da incidência relativamente alta referida, também no fato de que a rede municipal, através da sua U.E.S., tinha uma baixa eficácia de identificação de portadores assintomáticos (HIV+); pois a proporção que se constatou através da análise das informações era de 1/1, sendo que segundo as informações do Centro de Referência e Tratamento da AIDS, da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo esta proporção de "casos para infectados" tem uma variabilidade de 1/10 à 1/50.

E ainda, na série histórica de casos acumulados (84 a 96), a categoria de transmissão que predominava é aquela entre os Usuários de Drogas Injetáveis (37,7%), vindo a seguir os de categoria Heterossexual (23,85%).

No caso do sexo feminino, maior de 14 anos, nesta série histórica acumulada (84 — 96) a categoria de transmissão que predominou foi Heterossexual com 58,87% dos casos, vindo a seguir a de Usuários de Drogas Injetáveis — 23,39%.

Neste quadro epidemiológico foi, então, criado o COAS, que passou a funcionar em março/95 no Distrito Centro e tem como objetivo facilitar o acesso da população aos testes de HIV, de forma anônima e gratuita, orientando e encaminhando para a Unidade de Referência (UES) ou às Unidades Básicas (UBS), conforme a situação.

Atua com uma equipe técnica multiprofissional e uma equipe de apoio administrativo, e basicamente no interior do Serviço são desenvolvidas as atividades de:

- Recepção
- Aconselhamento Coletivo
- Aconselhamento Individual — Pré-Teste
- Coleta de sangue
- Aconselhamento Individual — Pós-Teste.

A recepção faz o acolhimento do paciente, isenta de preconceito e informando sobre o funcionamento e as possibilidades do Serviço, enfatizando os aspectos da gratuidade, confidencialidade e anonimato, e o encaminhamento para a atividade de aconselhamento coletivo.

No aconselhamento coletivo são dadas as informações gerais pertinentes à doença, o teste e o significado de seus resultados.

O aconselhamento individual Pré-Teste se destina a esclarecer as dúvidas e necessidades individuais, demandas adicionais e de outras informações. É potencialmente eficiente, enquanto uma estratégia para induzir as mudanças de comportamento de risco.

A coleta de sangue é por opção voluntária do paciente. E o aconselhamento individual Pós-Teste visa a comunicação do resultado.

Os soropositivos são encaminhados na UES (unidade de referência) ou UBS(s) mais próxima de sua residência.

O COAS tem um Coordenador e a equipe técnica é constituída pelos aconselhadores, médicos, enfermeiros, psicólogo e assistente social, 2 coletadores (agente de saúde ou auxiliares de enfermagem ou auxiliar de laboratório), e 2 recepcionistas, além do pessoal administrativo (limpeza e segurança).

É um programa desenvolvido em parceria com o Ministério da Saúde, no contexto do Programa Nacional de Controle das DST/AIDS, e portanto é financiado com recursos financeiros do Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde.

No que se refere a estas atividades, tem-se os dados de produção do COAS que, no período de março à dezembro de 1995, atendeu a 2.438 pessoas em aconselhamento individual, 2.424 em aconselhamento coletivo e realizou 1.375 testes anti-HIV.

Em 1996, no período de janeiro a agosto, atendeu a 3.370 pessoas no aconselhamento individual, 1.956 em aconselhamento coletivo e 1.429 testes anti-HIV, verificando-se pois uma leve tendência de aumento de cobertura.

O Anexo 15.IV mostra o fluxograma do COAS.

Além disto são desenvolvidas no âmbito da ação contra AIDS e DST as seguintes atividades:

- **Campanhas DST/AIDS: Ação Informativa e Educativa**

Estas campanhas visam promover adoção de práticas seguras relacionadas à transmissão sexual e parenteral de HIV, informando à população, principalmente aquela compreendida entre a faixa etária de 15 a 49 anos.

Destas campanhas participam as UBS(s), 2 (duas) Organizações Não Governamentais (ONGs), 21 escolas municipais, 20 escolas estaduais, 10 empresas e 1 empresa de transporte urbano.

São realizadas em períodos e datas comemorativas, como no carnaval e no dia mundial da luta contra AIDS, por exemplo.

Também foram desenvolvidas ações de caráter informativo e educativo junto à população de adolescentes do município, matriculados nas escolas municipais e estaduais, através de realização de oficinas supervisionadas, envolvendo 3.000 (três) mil adolescentes.

Esta ação é desencadeada tendo em conta a constatação de que na série histórica acumulada da Incidência de AIDS no município (84 a 96), na faixa etária de 15 a 19 anos, 2,49% apresentavam AIDS e 9,25% eram soropositivos assintomáticos.

Em parceria com as empresas do setor industrial, há a realização de palestras com objetivo de aumentar o nível de formação dos trabalhadores, sobre a forma de transmissão e prevenção de HIV/DST.

Atualmente este trabalho está sendo desenvolvido com envolvimento de 20 (vinte) Empresas, com a participação de 2.000 (dois mil) trabalhadores.

O trabalho consiste basicamente em:

- fazer contato com a equipe de Saúde da empresa.
- seleção dos trabalhadores que são alvo das palestras.
- realização de palestras e distribuição de folder.
- aplicação de questionários auto-aplicativos para aferir os conhecimentos adquiridos.

- **Criação e Implantação do Hospital/Dia para Tratamento de AIDS**

Em funcionamento desde início de 1996 foi construído junto ao Serviço de Ambulatório de Especialidades (SAE), com 14 (catorze) leitos, 108 (cento e oito) pacientes matriculados, num período de 8 meses (19/02 a 17/10/96), e uma média de 400 (quatrocentos) atendimentos por mês.

O SAE oferece serviços nas especialidades de Tisiologia, Hansenologia, Dermatologia, Neurologia, Endocrinologia, Otorrinolaringologia, Oftalmologia, Reumatologia, EEG, ECG, Rx e outras.

Esta proximidade física entre o Hospital/Dia e o SAE permite melhoria do cuidado e da assistência aos aidéticos, em função das intercorrências clínicas que ocorrem e exigem conhecimento especializado.

Os Anexos 16.IV, 17.IV e 18.VI mostram o fluxograma dos pacientes entre os Serviços da rede e o Hospital, e o fluxograma interno do paciente no Hospital/Dia.

- **A Implantação do Controle de Sífilis Congênita**

Foi implantado inicialmente em 2 (dois) hospitais conveniados com o SUS (Santa Casa e Antonio R. Marmo) e posteriormente no Hospital Municipal.

Fundamentalmente visa a eliminação da Sífilis Congênita até o ano 2.000, reduzindo inicialmente para 1997, a incidência a um número menor ou igual a 5 (cinco) casos a cada 1.000 (mil) nascidos vivos).

Há uma ação a nível das UBS(s) no sentido de que no Pré-Natal sejam triadas 80% das gestantes e tratadas 100% daquelas que forem diagnosticadas, bem como nos Hospitais, fazer a triagem de 80% das parturientes atendidas nos casos indicados e tratar 100% dos Recém-Nascidos que forem diagnosticados.

- **Vigilância da Co-Infecção por HIV e Tuberculose**

Consiste na realização do teste para detecção do HIV em pacientes portadores de Tuberculose.

No município há uma incidência de 250 casos por ano de Tbc, 50 casos para cada 100.000 habitantes e, portanto, esta atividade de Vigilância Epidemiológica visa conhecer a tendência da infecção no município.

- A Atenção à Saúde do Adulto

Em relação a Atenção à Saúde do Adulto não se verificou grandes inovações e/ou mudanças dentro do Modelo de Atenção que vinha se desenvolvendo já desde o início da década de 90.

Foram implantados no restante da rede da UBS(s), os Programas de Controle de Hipertensão Arterial que já vinham sendo desenvolvidos em algumas unidades.

Pode se dizer que, baseado nas informações contidas no relatório de avaliação da Secretaria Municipal de Saúde de São José dos Campos de outubro/97, havia um número acumulado de 1.856 pacientes inscritos no Programa até aquele mês, distribuídos pelas UBS(s) dos 4 Distritos Sanitários.

Considerando a prevalência da Hipertensão Arterial em torno de 12%, na população maior que 20 anos, que gira em torno de 300.000 habitantes, a cobertura seria em torno de 50%.

– A Atenção à Saúde a Pessoa Portadora de Deficiência

No município a questão da atenção à saúde das pessoas portadoras de deficiência, tal como na grande maioria dos municípios brasileiros, se restringia basicamente ao fornecimento de órteses e próteses, originado no âmbito da assistência que era dada pelo INAMPS, e as atividades de reabilitação, através das clínicas conveniadas com o INAMPS.

Havia também no município, atendimento de "reabilitação" para os hansenianos, através de um fisioterapeuta, no antigo C.S.I., atual Unidade de Especialidade de Saúde (UES).

Assim, em 1990 começou a ser discutido um atendimento mais abrangente e multidisciplinar aos portadores de deficiências e, deste modo, já no início de 1991 este modelo vigente começa a sofrer transformação, inicialmente com o funcionamento da Unidade de Prevenção e Tratamento da Deficiências (UPTD), que permaneceu como única unidade de reabilitação até 1995.

Nos primeiros anos de funcionamento da UPTD, até 1995, foram criados projetos específicos para determinados grupos de patologia, como os distúrbios

respiratórios, neurológicos com priorização de atendimento dos casos de bom prognóstico e ações para a faixa etária de 0 a 5 anos.

Mas, a situação do serviço com o desenrolar do tempo acabou se caracterizando por:

- poucos profissionais e desmotivados.
- ausência de diretrizes básicas para o atendimento das deficiências.
- grande demanda reprimida.
- elevada frequência de não comparecimento ao atendimento agendado.

Paralelamente havia também o atendimento para concessão de órteses, próteses e materiais auxiliares (OPM) e bolsas de colostomia, na Unidade de Especialidades de Saúde (UES) com uma equipe de assistente sociais, do quadro do então Instituto Nacional da Previdência Social (INAMPS).

A partir de abril/94, as assistentes sociais foram redistribuídas para o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) e a Secretaria Municipal de Saúde de São José dos Campos assume inteiramente o Programa dando um novo enfoque ao trabalho, com uma equipe multiprofissional, constituída de ortopedista, fisioterapeuta ocupacional, fonoaudióloga, enfermeira e assistente social.

No ano de 1995 as atividades deixam de ser desenvolvidas na UES e passam a ser feitas por uma nova Unidade que foi criada, o Serviço de Referência em Reabilitação.

Os recursos financeiros para a aquisição das órteses, próteses e equipamentos para os usuários são provenientes da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, (SES/SP), através da Diretoria Regional de Saúde XXI (DIR de São José dos Campos) e da Secretaria Municipal de Saúde e a proposta de sua utilização é aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde (COMUS).

Os usuários que procuram o Serviço de Referência são encaminhados pelas UBS(s), UES, Unidade de Prevenção e Tratamento de Deficientes, pelas

Secretarias Municipais de Educação e de Desenvolvimento Social e entidades sociais do município de São José dos Campos, havendo também o encaminhamento feito pelos municípios da área de abrangência da DIR-XXI.

Este sistema passa a ser questionado por deficiências internas e por escassa vinculação ao Sistema de Saúde como um todo.

As Conferências Municipais realizadas no período (III em 1994 e a IV em 1996), já sinalizavam para esta problemática e, assim, em junho de 1995, houve na Secretaria Municipal de Saúde um processo de discussão no sentido de formulação de uma nova política para a área, para estabelecimento de novas diretrizes.

Em maio/96 foi contratada junto à Universidade assessoria para realização deste trabalho, com a realização de uma oficina, onde se definiu os nós críticos, as funções e ações básicas para atenção à saúde da pessoa portadora de deficiência.

Estas atividades e as propostas de intervenção estão contidas no documento Modelo Assistencial voltado à Atenção para Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência e Reabilitação (1996), da Secretaria Municipal da Saúde de São José dos Campos, ressaltando a necessidade de uma abordagem mais ampla, biopsicossocial e uma inserção em todos os níveis de atendimento (e não apenas nas Unidades “terciárias”) e atuação de forma integrada.

Assim, no Sistema de Saúde de São José dos Campos, as atividades voltadas para o atendimento das pessoas com deficiência e de reabilitação foram implantadas também nos seguintes Serviços:

- Serviço de Referência de Reabilitação do Distrito Centro.
- Unidade de Especialidades de Saúde (UES).
- Unidade de Pronto Atendimento (UPA) São Francisco Xavier.
- Hospital Municipal.

- Projeto Casulo.

Na UES funciona o Serviço de Avaliação e Autorização dos Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT) de Fisioterapia. Ele avalia, autoriza e controla as solicitações de encaminhamento feito pela UES e UBS(s) do Centro para as clínicas do setor privado que são contratadas pelo município.

Também são desenvolvidas ações de reabilitação para os Hansenianos e ainda um Serviço de Audiometria que realiza os exames audiométricos de toda a rede pública do município e é referência para a região.

Na leitura do Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde de São José dos Campos, para o 1º semestre de 1997, consta que dentro desta área foi criada e implantada a Unidade de Reabilitação de Referência no Distrito Sanitário Leste.

As atividades de Prevenção e Reabilitação desenvolvidas no âmbito de Unidade de Prevenção de Tratamento de Deficiências (UPTD), no ano de 1995, atingiram o expressivo número de 14.726 atendimentos, segundo o documento Modelo Assistencial Voltado para Atenção da Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência e Reabilitação.

Estes atendimentos foram distribuídos nas seguintes categorias:

- Terapia Ocupacional - 2.137
- Fonoaudiologia — 6.184
- Psicologia — 680
- Serviço Social — 610
- Fisioterapia Neurológica — 1.522
- Fisioterapia Ortopédica e Respiratória — 3.593

É uma produção que, no conjunto das medidas que vêm sendo adotadas, expressam uma intencionalidade no sentido **de uma alteração no Modelo**

Assistencial, na medida em que "inclui" pacientes, que anteriormente eram praticamente excluídos ou atendidos de forma periférica ou marginal.

– Atenção à Saúde do Trabalhador

O município de São José dos Campos, como se viu apresenta um parque industrial instalado de grande magnitude e portanto com um grande potencial de ocorrência de agravos relacionados à acidente e doenças ocupacionais.

Em 1986 (setembro) começou a funcionar no então Centro de Saúde I, o Ambulatório de Saúde Ocupacional, sob a coordenação da SES/SP, com 1 (um)médico do trabalho e 1 (uma) enfermeira do trabalho.

Em março de 1991 o ambulatório passou a funcionar em prédio próprio, incorporando na sua estrutura o então chamado Setor de Acidente do Trabalho do antigo INAMPS, que funcionava na sede do ERSa (hoje DIR-XXI). Com esta municipalização foram "transferidos" para o município 3 (três) médicos do INSS e 2 (dois) escriturários da SES/SP.

O trabalho deste serviço era limitado ao atendimento do acidentado do trabalho, de demanda espontânea, fornecendo orientação e encaminhamento para tratamento nos hospitais, clínicas e especialistas conveniados.

No ano de 1991 a UES tornou-se também referência no atendimento aos casos de acidente do trabalho.

Em 1992 (janeiro) foi inaugurada a Unidade de Saúde do Trabalhador Dr. Álvaro Pinheiro (UST) que, a partir de 1995, recebe a denominação de Centro de Referência Especializado em Saúde Ocupacional (CRESO).

Em 1993 houve a ampliação do quadro de recursos humanos com a formação da Equipe de Fiscalização Ambiental (médico do trabalho, enfermeira do trabalho, engenheiro de segurança do trabalho e técnico de segurança do trabalho).

Em 1994 foi estabelecido o fluxo do atendimento ao acidentado do trabalho e em outubro daquele ano realizou-se o I Encontro Regional de Saúde do Trabalhador do Vale do Paraíba e Litoral Norte.

Em janeiro/95 foi criado o cargo de Coordenador da UST, especializado na área de Saúde Ocupacional, com referência técnica ao Programa de Saúde Ocupacional do Departamento de Vigilância à Saúde.

Dentro das ações/projetos novos desenvolvidos pelo CRESO podem ser citados: os estudos ergonômicos com a categoria dos carteiros e dos bancários; os estudos em parceria com a Fundação Hélio Augusto de Souza (FUNDHAS), sobre a avaliação dos principais riscos operacionais na atividade de panificação, com propostas da definição e uso de dispositivos de proteção e orientação da execução de trabalho. E ainda, parceria com o Sindicato de Indústria da Construção Civil (SINDUSCAN), participando das Comissões Paritárias, para fins de reconhecimento, avaliação e controle dos riscos de acidentes de trabalho e realização de palestras, instruções técnicas e análises estatísticas; controle de acidentes do trabalho com os fluidos corpóreos, analisando os riscos presentes na manipulação que envolve sangue, secreções purulentas, saliva e outras secreções; a realização de vistorias em diversas empresas, em conjunto com outros órgãos oficiais, como a Secretaria Especial de Relações do Trabalho (SERT), Delegacia Regional do Trabalho (DRT), a Vigilância Sanitária da SES/SP da DIR-XXI; a organização e controle da Ficha de Atendimento Ambulatorial (FAA), Emissão de Relatórios Financeiros e Técnicos; elaboração de proposta e encaminhamento da Lei de regulamentação das ações fiscalizatórias no município; informatização do Programa de Saúde do Trabalhador.

– Atenção à Saúde Bucal

Além do que já foi referido em termos da Saúde Bucal no município de São José dos Campos no capítulo anterior, há que se destacar ainda:

- A implantação da triagem odontológica nas UBS(s) no ano de 1997.
- Capacitação e reciclagem de THDs no ano de 1997.
- Implantação de Vigilância Sanitária de controle do Teor de Fluor nas águas de abastecimento público.
- Implantação de atividades de endodontia com Unidades de referência nos 4 (quatro) Distritos Sanitários.
- Implantação do odonto-bebê nos Distrito Sanitário Centro, Distrito Sanitário Sul e Distrito Sanitário Leste.
- Capacitação de Tratamento a 4 (quatro) mãos em algumas UBS(s).

E quantificando o que foi referido no capítulo da Saúde Bucal, teve-se, em 1997, a implantação de atividades odontológicas:

- Em 2 UBS(s) com atendimento curativo em Clínica Modular.
- Em 10 escolas da rede pública de ensino com atendimento curativo e preventivo.
- Sete escolas da zona rural com ações educativas.

Sendo que atualmente são 41 (quarenta e uma) unidades e 144 (cento e quarenta e quatro) escolas que desenvolvem as seguintes atividades:

- Saúde e Educação em Odontologia.
- Prevenção de cárie e doença periodontal.
- Vigilância Sanitária da fluoretação das águas de abastecimento público.
- Atenção odontológica para bebês.
- Assistência odontológica escolar, curativa e procedimentos coletivos.
- Assistência odontológica comunitária.
- Assistência odontológica na zona rural.
- Assistência odontológica aos funcionários municipais.
- Assistência odontológica a pacientes especiais.
- Diagnóstico Bucal.

- Referência para pacientes HIV positivo e sintomáticos.
- Referência em endodontia.
- Serviço de Prótese Total.
- Atendimento de Vigilância Buco-Maxilo Facial.

Na **discussão de Atenção à Saúde Bucal**, verificou-se que no município índice de C.P.O. (cariados, perdidos e obturados) aos 12 anos de idade, em 1989 um era de 8,05 e, em 1996 este índice era de 2,09, já abaixo do índice de 3,0 que a OMS recomenda para o ano 2.000.

E tomando por base o Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS), particularmente o grupo de procedimentos odontológicos (códigos 2011 a 298), em uma série histórica de 1992 a 1996, tem-se a seguinte seqüência, respectivamente: 2098.019, 2758.033, 3170.554 e 4075.868, ou seja um crescimento progressivo no período da municipalização em curso.

- O Programa de Atenção Domiciliar (PAD) e o Programa de Internação Domiciliar (PID)

O PAD foi implantado em 1995, com o objetivo de reforçar as ações de prevenção e promoção à saúde em todos os Distritos Sanitários.

Em 1996 a maioria das UBS(s) já realizava atendimento domiciliar. As atividades privilegiam o atendimento dos recém-nascidos de risco, atrasos de vacinação, atividades de grupo para prevenção da hepatite no contexto da Vigilância Epidemiológica, oxigênio terapia domiciliar, pessoa com seqüela de Acidente Vascular Cerebral (AVC).

O Programa de Internação Domiciliar (PID), também foi implantado em 1995, na região do Distrito Sul e no bairro São Francisco Xavier, com 2 (duas) equipes, e com uma média de internação diária de 8 (oito) pacientes, no mês de julho (1995).

Vale comentar que a introdução destes Programas no Modelo Assistencial de um Sistema de Saúde, já houvera sido introduzira anteriormente em outros municípios, sendo que o município de Santos foi um dos pioneiros.

Embora, do ponto de vista quantitativo pareça ser pequena ainda a capacidade de cobertura do Sistema para os casos que tenham indicação ou possibilidade para tanto, no que concerne a inovação ou mudanças não deixa de ser digno de registro, além do que, em termos de lógica de atuação e diretrizes, tanto o PAD como o PID, têm uma similitude grande com o chamado Programa de Saúde da Família (PSF), que é um Programa de abrangência nacional, estimulado pelo Ministério da Saúde, inclusive e principalmente com recursos financeiros.

Estes recursos financeiros estão estabelecidos como forma de incentivo à Atenção Básica de Saúde, nos termos da NOB SUS nº 1/96, como um dos componentes do Piso de Atenção Básica Variável, (PAB - Variável).

- Atendimento de Urgência/Emergência

A partir de 1995, o atendimento de Urgência e Emergência do município foi ampliado e melhorado no que se refere a sua resolubilidade.

Assim, em agosto/95 foram adquiridos 7 (sete) novas ambulâncias para o Sistema de Saúde, fundamentais para o processo de remoção e transporte, como também foi adquirida uma ambulância equipada com Unidade de Terapia Intensiva (UTI), que fica no Pronto Socorro Municipal, e foi a primeira ambulância com esta qualificação própria do setor público disponibilizada para o município. Esta aquisição representou um aumento de 30% da frota de ambulância que existia e as ambulâncias foram implantadas na rede de UBS(s), nos Serviços de Pronto Atendimento, funcionando 24 horas/dia e nos fins de semana e, ainda é de se ressaltar o que já se referiu, ou seja a construção do Hospital Municipal e reforma do

P.S.M., com a instalação das Unidades de Terapia Intensiva para Adultos, Crianças e Neo-Natal.

- A Vigilância Epidemiológica

Nesta importante área de um novo Modelo de Atenção à Saúde, a atuação da Secretaria Municipal de Saúde de São José dos Campos, pela leitura do Relatório de Gestão e conforme os depoimentos obtidos em entrevistas realizadas, está em processo de mudanças ou inovações no sentido do referencial de “Vigilância à Saúde”⁸⁹.

Há continuidade das ações que vinham sendo desenvolvidas antes, sob a diretriz e orientação do Sistema de Vigilância Epidemiológica da SES/SP. No dizer de um dos entrevistados, ainda restrita às doenças de caráter infecto-contagiosas⁴².

Entretanto, algumas outras medidas e ações no sentido das mudanças necessárias foram desencadeadas. Assim, houve como foi referido, treinamento básico em V.E., na informatização do Sistema e na estruturação melhor do Sistema de Vigilância Epidemiológica, com descentralização das atividades para os Distritos Sanitários.

Pode se considerar que houve alguma agilização e aperfeiçoamento no sistema de informação e de gestão e coordenação das ações e mesmo a potencialização e melhora na implantação de atividades e ações como as relatadas nos itens referentes ao Programa de DST/AIDS, Saúde do Trabalhador, Vigilância do Recém-Nascidos de Risco, Saúde Bucal, entre outros.

– Vigilância Sanitária

Como se sabe, a Norma Operacional Básica SUS nº 1/93, inclui também a Vigilância Sanitária como Responsabilidade e Prerrogativa do município, na medida que no seu item A refere que: "... . A Secretaria Municipal de Saúde assume

a completa responsabilidade sobre ... a execução das ações ..., de Vigilância Sanitária ... no seu Território ... ", o que é de ressaltar, continua sendo determinada nos termos da NOB SUS nº 1/96.

Neste sentido, devem ser contempladas as 4 (quatro) grandes áreas deste campo de Ações de Saúde:

- Estabelecimentos prestadores de Serviços de Saúde.
- Estabelecimentos Industriais e Comerciais de Produtos relacionados à Saúde.
- O Meio Ambiente.
- Condições relacionados à Saúde do Trabalhador.

Em São José dos Campos, a descentralização da Vigilância Sanitária teve o processo de discussão iniciado apenas em dezembro/95, embora a habilitação na gestão Semi-Plena tenha ocorrido ao final de 1994.

A grande dificuldade relatada, que é comum para a maioria dos municípios, era a ausência de uma legislação municipal específica e a falta de uma infra-estrutura administrativa e técnica.

Além do que, especificamente no Estado de São Paulo havia na época em tramitação na Assembléia Legislativa o Projeto de Lei que instituía um novo Código Sanitário para o Estado em substituição ao de 1978 o que, de certa maneira, restringia ou retardava o processo da formulação legal pelo município, visto que há uma hierarquia entre estes atos.

Assim, a grande maioria das ações sanitárias vinha sendo executadas pela Diretoria Regional de Saúde XXI (DIR-XXI) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Embora desde o final da década de 1980, o município já venha executando parte das ações, como a de fiscalização dos estabelecimentos que comercializa gêneros alimentícios, atendimento de reclamações do consumidor,

controle da qualidade da água e algumas ações sobre o meio ambiente, e tendo ainda o Serviço de Inspeção Municipal, que fiscaliza os produtos de origem animal.

A Tabela 3 a seguir demonstra a produtividade da Secretaria Municipal da Saúde e da DIR-XXI em termos de uma atividade, ou seja, as Inspeções Sanitárias, que foram realizadas.

TABELA nº 3 — NÚMERO DE INSPEÇÕES SANITÁRIAS REALIZADAS NO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS, SEGUNDO O PRESTADOR — 1995 a 1997.

ANO PRESTADOR	1995	1996	1997	TOTAL
Secretaria Municipal de Saúde de São José dos Campos	5.475	3.293	1.686	10.464
DIR — XXI SES/SP	3.756	2.639	2.084	8.479
TOTAL	9.231	5.932	3.770	18.933

Fonte: SIA/SUS — Ministério da Saúde, em 05/08/98.

Como pode ser percebido houve uma diminuição progressiva desta produção, para as 2 (duas) Instituições.

- O Atendimento Ambulatorial do Sistema de Saúde de São José dos Campos

Para este item, será apropriada e utilizada a lógica que embasou a estruturação do próprio Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS),

ou seja, a capitulação em grupos de procedimentos nas categorias de "procedimentos básicos", especializados e de alta complexidade e custo.

É necessário ser lembrado que, em termos das inovações e mudanças, muitas já foram consideradas nos itens anteriores, em termos dos projetos e ações apresentados, onde muitos continham ações e operações que se desenvolviam em nível ambulatorial, sendo que por isso iremos abordar mais os aspectos quantitativos, tendo em conta estes 3 (três) grupos de procedimentos referidos.

De qualquer modo, pela leitura e exame das fontes de informações referidas é possível antecipar que houve efetivamente um esforço do município, no sentido de imprimir as mudanças que pudessem servir como alavanca para aumentar e melhorar o atendimento à Saúde, neste componente da Atenção Ambulatorial.

Sendo que este esforço além de ser dirigido para a capacitação e atuação dos serviços e melhor execução das ações dos próprios serviços públicos, também foi dirigido para o setor privado de Saúde do SUS de São José dos Campos, lembrando-se e ressaltando-se as mudanças e alterações das relações estabelecidas entre o gestor público municipal e o prestador privado no âmbito do município, já foram apontadas em itens anteriores.

Neste sentido há que se registrar que embora o município de São José dos Campos, mesmo antes da implantação da NOB SUS nº 1/93, na forma de gestão semi-plena, tivesse hegemonia na prestação de serviços de caráter ambulatorial em função da capacidade física instalada de uma rede de UBS(s), havia pontos de estrangulamentos, com demanda reprimida de alguns procedimentos e serviços ambulatoriais que não eram disponibilizados pelo SUS de São José dos Campos, tanto neste setor público como privado, por falta de articulação e "parceria".⁸⁹

A partir da habilitação na gestão Semi-Plena e até o ano de 1997 foram "contratados", através de diversas modalidades (licitação, dispensa de licitação, subsidiado, termo aditivo e outros), os seguintes serviços:

- Fisioterapia
- Radiologia
- Laboratório — Patologia Clínica
- Endoscopia Digestiva
- Ultrasonografia, ampliado (desde 1990 já era comprado)
- Angiografia Digital
- Anatomia Patológica
- Oncologia Infantil
- Hemoterapia
- Ecocardiologia de Urgência
- Aquisição de Órteses e Próteses
- Tomografia Computadorizada — ampliado o contratado desde 1990
- Colonoscopia
- Doppler e Fluxometria
- Consultas Ambulatoriais especializadas, inclusive Oftalmologia e a Urgência Oftalmológica.

A Tabela 4 a seguir, registra a produção ocorrida segundo os serviços públicos municipais e privados do SUS, nos anos de 1995 a 1997, para alguns procedimentos que foram selecionados do SIA/SUS, pois representam grande volume ou demanda mais freqüente da rede ambulatorial de atenção, como se verifica em outros serviços⁴³.

Estes procedimentos são os seguintes:

A) Consulta Médica (código 040)

B) Consulta Médica com Terapia (código 041)

- C) Pequenas Cirurgias Ambulatoriais (código 050)
- D) Demais Pequenas Cirurgias e outros procedimentos Ambulatoriais (códigos 051 à 061)
- E) Cirurgia Ambulatorial de Tecido Subcutâneo e Partes Moles (código 062)
- F) Demais Cirurgias Ambulatoriais (códigos 063 à 073)
- G) Exames Radiológicos.

Pela análise da Tabela pode se verificar que a presença significativa do município como prestador de serviços e na realização dos referidos procedimentos, sendo que de todos eles, apenas no procedimento de código 062 - Cirurgia Ambulatorial de Tecido Subcutâneo e Partes Moles, houve a prevalência da atuação do Setor Privado. Neste procedimento o município tinha uma participação percentual de 2,65% em 1995, e embora tenha quase triplicado nestes 3 (três) anos, atingindo a casa dos 6,5%, é significantemente inferior a produção do Setor Privado.

Nos demais procedimentos a hegemonia foi mantida, podendo ainda ser percebido um progressivo avanço (embora discreto) ao longo desta série histórica. É o que se vê, por exemplo, no procedimento 041. Consulta com terapia, que parte de um percentual de 88 (oitenta e oito) em 1995, para alcançar 91,09% em 1997, assim como item D — "Demais Pequenas Cirurgias.....", que parte de uma base de 86,12% em 1995, para progressivamente alcançar 93,01% em 1996.

TABELA 4 – NÚMERO DE ALGUNS PROCEDIMENTOS REALIZADOS PELO SUS DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS, SEGUNDO O TIPO DE PRESTADOR – 1995-1997.

Serviços Procedimentos	1995				1996				1997			
	Serviços Públicos		Serviços Privados		Serviços Públicos		Serviços Privados		Serviços Públicos		Serviços Privados	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Consulta médica 040	528.493	86,17	57.110	9,31	639.605	88,54	52.806	7,31	658.610	89,26	45.996	6,23
Consulta médica c/ terapia 041	188.445	88,06	20.332	9,50	221.653	90,56	17.229	7,04	241.893	91,09	18.149	6,83
Pequenas cirurg ambulat. 050	10.654	85,65	1.785	14,35	14.735	91,37	1.392	8,63	15.160	95,08	785	4,92
Demais pequenas cirurg e proc. Amb. 051 a 061	1.632	86,12	263	13,88	2.099	89,36	250	10,64	2.290	93,01	172	6,99
Cirurg. Amb. P/Sa/M 062	13	2,65	441	97,35	12	3,29	353	96,71	13	6,50	187	93,50
Demais Cirurg. Amb. 063 a 073	137	64,32	76	35,68	146	76,78	44	23,16	131	85,62	22	14,38
Exames Radiológicos	56.220	58,86	39.294	41,14	60.339	53,88	51.646	46,12	59.206	54,44	49.539	45,55

Fonte – SIA/SUS - MS

Outra Tabela a ser utilizada para demonstrar ou caracterizar o Atendimento Ambulatorial no município, em termos da participação do setor público e o setor privado no SUS, é a Tabela 5, a seguir.

Esta Tabela revela o número de procedimentos de **Alto Custo** realizado em São José dos Campos, nos anos de 1995 à 1997, esclarecendo-se que os procedimentos de alto custo incluídos na Tabela são os seguintes, identificados a partir dos dados dos meses de novembro/dezembro de 1994, por seus percentuais de frequência:

- Radioterapia (62%)
- Diálise (23%)
- Angiografia (6,7%)
- Tomografia Computadorizada (4,71%)
- Quimioterapia (1,50%)
- Próteses (0,36%)
- Diagnóstico Oftalmológico (0,29%)
- Cirurgia Ambulatorial em Aparelho Visual (0,05%)
- Neuro Radiologia (0,06%)

Analisando-se a tabela, pode ser percebido que a participação do poder público municipal na prestação direta destes procedimentos é mínima. Embora tenha ocorrido uma expansão relativamente expressiva entre um ano e outro, ela fica em torno de 2,46% (1995), 3,51% (1996) a 4,00% (1997).

TABELA 5 - NÚMERO DE PROCEDIMENTOS DE ALGUNS PROCEDIMENTOS DE ALTO CUSTO REALIZADOS PELO SUS DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS, SEGUNDO O TIPO DE PRESTADOR – 1995-1997.

Ano	1995		1996		1997		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	Média anual
Privado Lucrativo	44.074	75,11	50.719	77,38	43.284	72,13	138.077	46.025
Privado Filantrópico	13.165	22.43	1.525	19,11	14.325	23,87	40.015	13.359
Público Municipal	1.443	2,46	2.301	3,51	2.402	4,00	6.146	2.049
Total	58.682	100,00	65.545	100,00	60.011	100,00	184.238	61.412

Fonte – SIA/SUS - MS

Assim, a grande presença na produção destes procedimentos é a do Serviço Privado lucrativo, em torno de 75% e o Filantrópico em torno de 21%.

Registre-se, segundo as informações dos relatórios de gestão e das entrevistas realizadas, a grande dificuldade do município em conseguir contratar e manter estes serviços à disposição do SUS de São José dos Campos, junto ao Setor Privado, devido os baixos preços estabelecidos na Tabela de procedimentos do SIA/SUS - Brasil, o que vem a exigir um esforço econômico financeiro para a contratação através de Tabela diferenciada, como já foi dito.

A Tabela 6 sintetiza ou expressa este esforço em termos dos prestadores contratados, segundo os procedimentos e o volume físico e financeiro movimentado nos contratos. Em termos médios, há um acréscimo de 30% no conjunto dos procedimentos constantes da Tabela, em relação aos preços do SUS.

Pelo valor do sub-total/mês da Tabela ou seja, um orçamento de R\$ 96.977,24, tem se para o ano, uma estimativa em torno de R\$ 1.200.000,00 o que representa um percentual de mais de 10% do valor faturado pelo Setor Privado, no Sistema SIA/SUS, no ano de 1997, que foi de R\$ 8.480.901,00.

Nesta discussão e análise observa-se que, não obstante a hegemonia da participação do Setor Público no volume (físico) das ações ambulatoriais, no aspecto de volume financeiro a participação do Setor Privado quase que se equívale ao Setor Público.

Isto pode ser confirmado quando se observa os dados do NAC/SUS da Secretaria Municipal de Saúde para o ano de 1997, no Resumo Financeiro apresentado no Relatório de Gestão, onde tem-se que do total de R\$ 18.431.898,00 que foram faturados no ano de 1997, R\$ 9.822.822,00 foram pelo chamado SIA/SUS - público e o restante pelo privado, o que é praticamente a metade, o que deriva da maior participação do Setor Privado nos procedimentos de maior custo.

**TABELA 6 – RELAÇÃO DE PRESTADORES/SERVIÇOS AMBULATORIAIS, IMPLANTADOS APÓS SEMI-
PLENA OU COM RECURSOS DO MUNICÍPIO, INCLUINDO TABELA DIFERENCIADA PARA
O MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS – 1997.**

Prestador	Cód. SUS	Descrição	Vi. SUS	Média Mês	Vi. Difer	Continua Vi. Total Mês
Hosp. Pio XII	646.7	Colonoscopia	19,50	3	150,00	450,00
	416.2	Doppler Flux. Fetal	12,01	3	60,00	180,00
	410.3	US. Transv.	4,33	2	22,00	44,00
Centrocor	416.2	Ecodopplercard.	12,01	10	76,00	760,00
	610.6	Holter 24H	6,85	5	60,00	300,00
Imed	410.3/418.9	US – Pélvico, ABD,	5,00	30	20,00	600,00
	412.0/424.3	Obst. Etc.				
	426.0	TC				
Oftalmo. Dr. José Guilherme O. Andrade Dr. Vanio P. Araujo Dr. Ricarte J. Ferreira Dr. Marcelo Tavares	040.0 +	Consulta +	2,04	500	9,70	4.850,00
	622.0	Diagnose	2,70			
Usmovale	410.3/418.9	US. Gin/Obt/Abd.	5,00	20	20,00	400,00
	412.0/424.3					
	426.0					
Dr. Ricardo Ferreira	621.1	Eletroneuromiog	3,24	25	60,00	1.500,00
Lab. Anal. Pat.	602.5	Punção Aspirativa	7,41	3	50,00	150,00
	638.6	Penioscopia	6,13	8	12,00	96,00
	065.5	Conização	15,07	3	80,00	240,00
	616.5	Colposcopia	1,35	3	12,00	36,00
	602.5	Biopsia	7,41	2	24,00	48,00
Dr. Shinzato	422.7	US olho	4,64	3	120,00	360,00
Oftalmovale	626.2	Retinografia	30,54	2	44,80	89,60
	625.4	Map. Retina	19,39	2	25,60	51,20

Prestador	Cód. SUS	Descrição	VL. SUS	Média Mês	VL. Difer	Conclusão VL. Total Mês
Dra Anabela G. Carvalho	410.3/412.0	US-Gin. Obst	5,00	564	9,96	5.617,44
Dra Heliane M. Cicarelli	424.3/426.0	Abd simples e total				
Dr. Fernando M. Castilho	418.9					
Convênios S/C	410.3/412.0	US – Gin. Obst.	5,00	300	11,00	3.300,00
Serviços Médicos	424.3/426.0	Abd. simples e total		75	15,00	1.125,00
	418.9			25	30,00	750,00
Dra Micelia O. Salgado	040.0	Consulta +	2,04	12	115,00	1.380,00
Cardiologia Infantil	416.2	Ecodoppler Car.	12,01			
CINEP	618.1	EEG	1,60	30	35,00	1.050,00
Oncologia Ped – Grupo	692.0	Quimioterapia VII	1.025,07	30		35.000,00
Angiocenter	430.8	Angiografia digital	143,56	40		5.600,00
Oftalmovale – Urgência		Contrato mensal				1.800,00
Hospital Pio XII		Contrastes – TC		185 frascos		15.000,00
SUB-TOTAL						96.977,24
UAISM – Norte/Sul/Leste/Centro						6.776,00
COAS						350,00
Hosp. Dia						1.656,00
Centro Reabilitação						1.340,00
Ortese/Prótese						14.730,00
Casulo						1.614,16
SUB-TOTAL						26.466,16
TOTAL GERAL						123.443,40

Fonte: DVS/NAC – SMS de SJC

A descrição apresentada permite a inferência de que houve um aumento de cobertura e, portanto, da acessibilidade ao menos, para alguns procedimentos específicos, bem como houve e está havendo um esforço para buscar uma ampliação da referência nas áreas de especialidades de procedimentos de alta complexidade, que ainda apresentam dificuldade de acesso.

É de ressaltar que, dada a estrutura e sistemática do SIA/SUS, não é possível um estudo mais apurado, no sentido de quantificar e qualificar a "Evasão" e a "Invasão" que ocorre no município em relação a determinados procedimentos, o que seria interessante, na perspectiva de instrumentalizar e subsidiar a Programação Pactuada Integrada (PPI) e equacionar reciprocamente e em bom termo os problemas e demandas desta natureza que emergem no cotidiano da operacionalização do Sistema.

– Atendimento Hospitalar

O Anexo 19.IV mostra as alterações da oferta de leitos públicos, comparando os anos de 1995 e 1997.

Assim, em 1995 havia 173 (cento e setenta e três) leitos e, em 1997, o setor público passa a oferecer 285 (duzentos e oitenta e cinco) leitos, sendo que a expansão mais significativa ocorreu na clínica médica, de 70 para 111 e na clínica obstétrica, com a disponibilização dos primeiros 32 leitos públicos no Hospital Municipal que foi inaugurado em 1996 e, nos demais, na clínica cirúrgica houve um aumento de 25 para 46, e na pediatria de 24 para 40 leitos. A distribuição destes leitos públicos por Instituição está apresentada no Anexo 20.IV, onde se vê a predominância do Hospital Municipal, com 148 leitos (52%).

Os leitos disponíveis para pacientes Fora de Possibilidade Terapêutica (F.P.T.) não se alteraram em termos do 40 existentes em 95; e os de psiquiatria aumentaram 2, passando para 16, no ano de 1997.

O Anexo 21.IV, traz um quadro demonstrativo de oferta dos leitos hospitalares, segundo os prestadores do setor privado que estavam cadastrados junto a Secretaria Municipal de Saúde de São José dos Campos em 1997.

Pode-se perceber que 457 estão cadastrados na Secretaria Municipal de Saúde, sendo que destes, 9 (nove) são de UTI, 25 de cirurgia, 38 obstetria, 41 de clínica médica, 29 de pediatria e 324 de psiquiatria, o que dá base à grande demanda por internação em “doença mental”; particularmente por “invasão” de outros municípios.

Assim, levando-se em conta os 285 leitos públicos e estes 457 privados, havia, em 1997, 742 leitos “SUS” no município, sendo 38,4% e 61,6%, respectivamente do setor público e privado.

A Tabela 7, apresenta para a série histórica de 1992 - 1996, o número e respectiva porcentagem das internações que ocorreram em cada um dos anos acima referidos, segundo os Capítulos das Doenças da Classificação Internacional das Doenças, Nona Revisão (CID-9), identificando a morbidade hospitalar no período.

Assim, como na Região de Saúde da DIR, no Estado de São Paulo e no Brasil, a 1ª causa de internação, correspondendo uma média de 28% do total, em cada um dos anos, é a do Capítulo XI (Gravidez, Parto e Puerpério).

Como pode ser observado ao longo do período, não há variações significativas em torno da média do número e da porcentagem.

A seguir alternando entre si, nas 2ªs e 3ªs colocações, enquanto causas mais freqüentes, vêm aquelas referentes aos Capítulos V e VIII, os Transtornos Mentais e as Doenças do Aparelho Respiratório, estas em percentuais e números (freqüência) muito semelhantes, com um máximo de 12,49%, com 3.819 internações para o ano de 1993 - e um mínimo de 10,38% com 2.570 internações em 1992.

As "internações psiquiátricas" tiveram um mínimo de 10,60%, com 2.616 internações em 1993 e um máximo de 13,01% e de 3.008 internações, em 1996.

TABELA 7 – MORBIDADE HOSPITALAR DAS INTERNAÇÕES PELO SUS, CAPÍTULOS DA CID (9ª REVISÃO) E ANO DE INTERNAÇÃO. SÃO JOSÉ DOS CAMPOS – 1992-1996.

Capítulos da CID	1992		1993		1994		1995		1996	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
I - Infec/Paras	772	3,38	757	2,96	713	2,89	703	2,92	602	2,60
II - Neoplasmas	869	3,81	896	3,51	952	3,86	779	3,23	1.208	5,22
III - End/Nutr/Im	537	2,35	924	3,62	885	3,59	972	4,03	680	2,94
IV - Sang/Hematop	124	0,54	152	0,60	135	0,55	143	0,59	130	0,56
V - Transt Ment	2.652	11,62	2.892	11,32	2.616	10,60	2.879	11,95	3.008	13,01
VI - Nerv/Sentid	369	1,62	384	1,50	390	1,58	346	1,44	334	1,44
VII - Ap. Circulat.	2.100	9,20	2.225	8,71	2.171	8,80	2.020	8,38	1.934	8,36
VIII - Ap. Respirat.	2.370	10,38	3.189	12,49	2.804	11,36	2.652	11,00	2.675	11,57
IX - Ap. Digest.	1.562	6,84	1.867	7,31	1.689	6,84	1.650	6,85	1.713	7,41
X - Ap. Genitourin	1.331	5,83	1.470	5,76	1.231	4,99	1.080	4,48	1.171	5,06
XI - Grav/Par/Pue	6.815	29,86	7.139	27,95	7.361	29,83	7.065	29,32	6.367	27,53
XII - Pele/Subcut	210	0,92	278	1,09	314	1,27	263	1,09	209	0,90
XIII - Osteo/Conjun	405	1,77	343	1,34	377	1,53	357	14,8	337	1,46
XIV - Congenitas	167	0,73	162	0,63	157	0,64	160	0,66	122	0,53
XV - Perinatal	389	1,70	398	1,56	353	1,43	568	2,36	340	1,47
XVI - Mal Definid	324	1,42	394	1,54	525	2,13	708	2,94	872	3,77
XVII - Nat. Lesao/Env.	1.653	7,24	1.860	7,28	1.789	7,25	1.580	6,56	1.275	5,51
E - Causas Ext. L/E	80	0,35	124	0,49	146	0,59	93	0,39	92	0,40
V - Cont Serviço	63	0,28	79	0,31	62	0,25	80	0,33	57	0,25
Fora da CID	32	0,14	9	0,04	8	0,03	2	0,01	0	0,00
TOTAL	22.824	100,00	25.542	100,00	24.678	100,00	24.100	100,00	23.126	100,00

Fonte: Sistema SIH/SUS

Em seguida, nesta série histórica da Morbidade Hospitalar, tem-se que a 4ª causa das internações que preponderou foi a referente as Doenças do Aparelho Cardio-Circulatório (Capítulo VI — CID 9) variando de 9,2% com 2.100 internações, no ano de 1992 para 8,36% e 1.934 internações no ano de 1996.

A 5ª e a 6ª causas internação na série histórica são representadas alternadamente pelas causas referentes aos Capítulos IX e XVII (CID 9), as Doenças do Aparelho Digestivo e as Lesões e Envenenamentos, girando estas em torno de 5,51% em 1996 e 7,28% em 1993, e aquelas de 6,84% em 1992 a 7,41 em 1996.

As 7ª e 8ª causas são respectivamente as Doenças do Capítulo X (Aparelho Gênito Urinário) as Neoplasias (Capítulo II), em torno de 5% e 3,5% do total das causas de internações.

Fazendo, pois uma leitura geral da série histórica da Morbidade se verifica que houve após 1995 a tendência de um decréscimo, exceção feita aos Capítulos II (Neoplasia), V (Transtorno Mental), VIII (Aparelho Respiratório), IX (Aparelho Digestivo) e X (Aparelho Gênito Urinário), estas últimas com aumentos discretos.

Conforme mostra ainda a Tabela 8 houve um total de 138.728 internações SUS (AIHs pagas) no município de São José dos Campos, no período de 1993 a 1997, com uma média anual de 27.746, notando-se que nos anos de 1993, 1994 e 1995 a frequência está acima da média e, em 1996 e 1997 ela passa a ser menor do que a média. Em verdade, nota-se a tendência de redução progressiva de internação SUS (número físico de AIHs pagas) no município, decrescendo de 29.355 em 1993 para 26.527 em 1997, o equívale a redução de 2.828 AIHs nestes dois anos, o que representa uma redução de 9,64%.

TABELA 8 – NÚMERO E GASTOS FINANCEIROS SUS EM INTERNAÇÕES (VOLUME DE AIHs E AIHs PAGAS), SEGUNDO TIPO DE PRESTADOR, NO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS, NO PERÍODO DE 1993 A 1997.

Ano	Contratado				Filantrópico				Municipal				Total			
	Frequência		Valor		Frequência		Valor		Frequência		Valor		Frequência		Valor	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1993	6.124	20,86	...	...	15.992	54,48	...	...	7.239	24,66	...	...	29.355	100,0	...	...
1994	5.861	20,69	1.217.907.119,41	26,14	15.489	54,62	2.398.737.170,19	51,48	6.973	24,62	1.042.917.488,42	22,38	28.323	100,0	4.659.561.778,02	100,0
1995	5.552	19,97	2.107.401,03	29,20	15.312	55,08	3.501.648,21	48,51	6.938	24,96	1.609.050,38	22,29	27.802	100,0	7.218.099,62	100,0
1996	5.461	20,44	2.104.162,30	28,62	13.565	50,77	3.464.493,72	47,12	7.695	28,80	1.783.833,94	24,26	26.721	100,0	7.352.489,96	100,0
1997	5.205	19,62	2.119.724,88	28,09	9.379	35,36	2.738.620,15	36,30	11.943	45,02	2.687.070,99	35,61	26.527	100,0	7.545.416,02	100,0
TOTAL	28.203	20,32	6.331.288,11*	28,63	69.737	50,26	9.704.762,08*	43,88	40.788	29,40	6.079.955,31	27,49	138.728	100,0	22.115.005,60*	100,0

Fonte: Dados DATA/SUS

* O Total Financeiro só engloba o período de 1995 a 1997 devido ao uso de diferentes unidades monetárias.

** Apenas 1995, 1996 e 1997.

A mesma Tabela indica ainda que esta redução não se deu igualmente entre os Prestadores de Serviços, notando-se uma progressiva redução das internações no Setor Privado, em todos os anos; no Prestador Filantrópico há ligeiro aumento em 1994 e 1995, com redução em 1996 (cerca de 5%), que se acentua em 1997, caindo cerca de 15% em relação a 1996 e cerca de 20% em relação a 1993, o que é explicado pelo acentuado aumento na participação do Prestador Público Municipal que, de cerca de 25% do total de 1993 a 1995, passa a cerca de 29% em 1996 e tem significativa elevação em 1997, quando chega a 45% do total das internações.

É interessante observar ainda na referida Tabela 8 a tendência apresentada, quanto aos valores financeiros pagos pelas referidas internações, chamando a atenção de que apesar da redução do número de AIHs emitidas e internações realizadas, há um crescimento no dispêndio financeiro, equivalente a R\$ 327.316,40 entre 1995 e 1997, equivalente a um acréscimo de 4,5%.

É interessante observar ainda que esta tendência de aumento está presente no Prestador Privado, justamente o que teve maior redução no número de internações e está presente também no Prestador Filantrópico pois, embora tenha havido diminuição no valor financeiro, ela é menor do que a diminuição ocorrida no quantitativo de internações, ao contrário do que ocorreu no Prestador Público Municipal, no qual se observa que o acréscimo dos valores financeiros são proporcionalmente menores que o acréscimo ocorrido no quantitativo das AIHs.

A explicação pode estar no fato de, entre outros, os hospitais privados (lucrativos e filantrópicos) tenham mudado o perfil dos procedimentos hospitalares, adotando e realizando procedimentos cujos valores financeiros são maiores (mais caros) na Tabela de procedimentos e deixando de realizar procedimentos cujos valores são menores, seja por opção administrativa, seja por incorporação tecnológica e por mudança no perfil da demanda¹⁰³.

TABELA 9 – MORBIDADE HOSPITALAR DAS INTERNAÇÕES PELO SUS. TOTAL DE INTERNAÇÕES, Nº DE AIH, TEMPO DE PERMANÊNCIA, CUSTO-DIA E GASTO POR INTERNAÇÃO POR CAPÍTULO DA CID. SÃO JOSÉ DOS CAMPOS – 1996.

Capítulos da CID	INTERNAÇÕES		Nº DE AIH		TEMPO DE PERMANÊNCIA			GASTOS*			
	Nº	%	Nº	%	TMP**	DIAS TOTAIS	%	TOTAL EM R\$	%	CDM***	CMi****
I – Infec/Paras	602	2,60	602	2,25	5,40	3.251	1,47	125.030,54	1,70	38,46	207,69
II – Neoplasmas	1.208	5,22	1.523	5,70	18,01	21.757	9,83	659.800,66	8,97	30,33	546,19
III – End/Nutr/Im	680	2,94	680	2,54	6,45	4.383	1,98	111.374,56	1,51	25,41	163,79
IV – Sang/Hematop	130	0,56	130	0,49	5,49	714	0,32	23.371,11	0,32	32,73	179,78
V – Transt Ment	3.008	13,01	6.246	23,37	39,59	119.083	53,81	2.217.910,84	30,17	18,62	737,34
VI – Nerv/Sentid	334	1,44	334	1,25	6,96	2.325	1,05	91.303,69	1,24	39,27	273,36
VII – Ap. Circulat.	1.934	8,36	1.934	7,24	6,60	12.767	5,77	1.107.416,79	15,06	86,74	572,60
VIII – Ap. Respirat.	2.675	11,57	2.675	10,01	5,19	13.875	6,27	573.165,36	7,80	41,31	214,27
IX – Ap. Digest.	1.713	7,41	1.713	6,41	3,89	6.668	3,01	388.657,72	5,29	58,29	226,89
X – Ap. Genitourin	1.171	5,06	1.171	4,38	3,55	4.156	1,88	192.033,15	2,61	46,21	163,99
XI – Grav/Par/Pue	6.367	27,53	6.367	23,83	1,89	12.038	5,44	910.655,72	12,39	75,65	143,03
XII – Pele/Subcut	209	0,90	209	0,78	5,16	1.078	0,49	30.656,91	0,42	28,44	146,68
XIII – Osteo/Conjun	337	1,46	337	1,26	6,34	2.135	0,96	77.483,97	1,05	36,29	229,92
XIV – Congenitas	122	0,53	122	0,46	5,01	611	0,28	84.330,95	1,15	138,02	691,24
XV – Perinatal	340	1,47	340	1,27	11,29	3.838	1,73	176.535,44	2,40	46,00	519,22
XVI – Mal Definid	872	3,77	914	3,42	3,44	3.002	1,36	79.068,90	1,08	26,34	90,68
XVII – Nat. Lesao/Env.	1.275	5,51	1.275	4,77	7,13	9.093	4,11	489.499,68	6,66	53,83	383,92
E – Causas Ext. L/E	92	0,40	92	0,34	4,59	422	0,19	7.849,38	0,11	18,60	85,32
V – Cont Serviço	57	0,25	57	0,21	2,12	121	0,05	6.344,59	0,09	52,43	111,31
TOTAL	23.126	100,00	26.721	100,00	9,57	221.317	100,00	7.352.489,96	100,00	33,22	317,93

* Os valores pagos são referentes à tabela SUS, sem abonos, fatores de recomposição e complementação do município

** Tempo médio de permanência

*** Custo-dia médio

**** Custo médio por internação

Fonte: Sistema SIH/SUS

A Tabela 9 apresenta dados sobre o **Tempo Médio de Permanência (TPM)**, Dias Totais e o percentual destes dias em relação ao Total de leitos/dias ocupados, bem como o **Total de Gastos**, o **Percentual dos Gastos** de cada um dos capítulos em relação ao total de gastos, o **Custo Médio Dia (CMD)**, isto é o custo em média de cada dia de internação por capítulo, e o **Custo Médio de Internação (CMI)**.

Vale destacar que:

- O gasto mais alto correspondeu as internações psiquiátricas, que consumiram 30,1% dos Gastos Totais.
- As internações do Capítulo XI (Gravidez, Parto e Puerpério) embora fossem a 1ª causa de todas as internações (27,5%) do total), consumiu 12,39% do total de gastos, com um CMI de 143,03.
- As Doenças Congênitas, Capítulo XIV, que em 1996, corresponderam a 0,53% do total das internações, consumiram 1,15% do total dos gastos, com CMI de R\$ 691,00 e um CDM de R\$ 138,02, o mais elevado de todos.

Vale destacar que em termos de TMP, o item "os partos" (Capítulo XI), teve o menor índice em 1996 (1,89), o que pode estar relacionada a todo o esforço que o município vem fazendo na Atenção Pré-Natal e ao Parto, no contexto do Projeto Casulo, especificamente através da Casa das Gestante e das Unidades Básicas de Saúde.

Nas Tabelas 10 e 11 estão expostos os dados de "invasão" e "evasão" das internações hospitalares, nas quais nota-se que nos serviços hospitalares do município, no período, predomina o atendimento de residentes, que representam cerca de 78% nos primeiros anos, subindo para 87% em 1997, com aumento de cerca de 2.100 no número de atendimentos de 1996 para 1997. Por outro lado, há um crescimento também na "invasão", com a internação de residentes de outros

municípios subindo cerca de 5%, alcançando 12% do total de internações em 1997. É de ressaltar, nesta análise, o alto percentual de 14% de procedência "ignorada" nos três primeiros anos, o que pode indicar que esta invasão já estava em patamar mais elevado nos anos anteriores.

Pela Tabela 11 pode-se ver que as internações SUS dos residentes no município, são feitas basicamente no próprio município, na medida em que elas representam cerca de 91% das internações SUS dos habitantes de São José dos Campos, com cerca de 9% sendo atendidas em outros municípios.

De qualquer modo é de ressaltar que a "invasão" predomina sobre a "evasão" com ambas representando valores absolutos significativos, respectivamente de 3.158 e 2.201, em 1997.

Estes dados representam um índice de internação habitante/ano de cerca de 5,97% em 1994 que diminui progressivamente nos anos seguintes, com 5,72%, 5,39% e 5,13%, abaixo do índice de 9% estimado pelo SUS segundo Portaria MS/SAS/15/95; e que são compatíveis com a redução observada no número de internações registradas no município. É de ressaltar, entretanto, que estes dados são referentes apenas às internações SUS (AIHs pagas) e, assim, não representam o real índice de internação da população do município.

Em termos de valores financeiros gastos com estas internações, já se observou um aumento do total de gastos, apesar da diminuição do total de internações. Pelas Tabelas 12 e 13 pode-se verificar o ocorrido, levando-se em conta a "invasão" e "evasão".

TABELA 10 – FREQUÊNCIA DE INTERNAÇÕES SUS (Nº DE AIHs) NO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS, SEGUNDO PROCEDÊNCIA, NO PERÍODO DE 1994 A 1997.

Ano	São José dos Campos		Outros		Ignorado		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1994*	1811	79,36	146	6,39	325	14,24	2.282	100,0
1995	21.801	78,63	2.001	7,21	3.925	14,16	27.727	100,0
1996	21.026	78,88	1.892	7,09	3.738	14,02	26.656	100,0
1997	23.115	87,14	3.158	11,90	254	0,96	26.527	100,0
TOTAL**	65.942	81,50	7.051	8,71	7.917	9,78	80.910	100,0

Fonte: SIH/SUS-MS

* Apenas o mês de dezembro.

** Não inclui dezembro/94. É referente ao período 1995 a 1997.

TABELA 11 – FREQUÊNCIA DE INTERNAÇÃO SUS (Nº DE AIHs) DE HABITANTES DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS, SÃO PAULO, SEGUNDO LOCAL DE OCORRÊNCIA, NO PERÍODO DE 1994 A 1997.

Ano	S. J. Campos		Outros		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1994*	1.811	91,14	176	8,86	1.987	100,0
1995	21.801	91,21	2.102	8,79	23.903	100,0
1996	21.026	92,20	1.781	7,80	22.807	100,0
1997	23.115	91,31	2.201	8,69	25.316	100,0
TOTAL**	65.942	91,55	6.084	8,45	72.026	100,0

Fonte: SIH/SUS -MS

* Apenas o mês de dezembro.

** Não inclui dezembro/94. É referente ao período 1995 a 1997.

TABELA 12 – GASTOS FINANCEIROS DAS INTERNAÇÕES SUS (AIHs PAGAS) NO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS, SÃO PAULO, SEGUNDO A PROCEDÊNCIA, NO PERÍODO DE 1994 A 1997.

Ano	São José dos Campos		Outros		Ignorado		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1994*	443.044,22	69,37	55.538,53	8,69	140.123,91	21,94	638.706,69	100,0
1995	4.943.011,08	68,86	714.716,26	9,96	1.520.404,12	21,18	7.178.131,46	100,0
1996	5.106.593,21	69,77	716.467,17	9,79	1.496.462,95	20,44	7.319.523,33	100,0
1997	6.106.205,77	80,93	1.322.174,68	17,52	117.035,57	1,55	7.545.416,02	100,0
TOTAL**	16.155.810,06	73,29	2.753.358,11	12,49	3.133.902,64	14,21	22.043.070,81	100,0

Fonte: SIH/SUS -MS

* Apenas o mês de dezembro.

** Não inclui dezembro/94. É referente ao período 1995 a 1997.

TABELA 13 – GASTOS COM INTERNAÇÃO HOSPITALAR SUS (AIHs PAGAS) DE HABITANTES DO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS, SÃO PAULO, SEGUNDO LOCAL DE OCORRÊNCIA, NO PERÍODO DE 1994 A 1997.

Ano	São José dos Campos		Outros		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1994*	443.044,22	79,57	113.753,38	20,43	556.801,60	100,0
1995	4.943.011,08	81,78	1.101.078,76	18,22	6.044.089,84	100,0
1996	5.106.593,21	84,00	971.941,31	16,00	6.078.534,52	100,0
1997	6.106.205,77	82,32	1.311.044,35	17,68	7.417.250,12	100,0
TOTAL**	16.155.810,06	82,69	3.384.064,48	17,31	19.539.874,48	100,0

Fonte: Dados DATA/SUS.

* Apenas o mês de dezembro de 1994.

** Não inclui dezembro de 1994. Corresponde ao período de 1995 a 1997.

Assim, pode-se ver que, do total de AIHs pagas aos serviços de saúde localizados no município, o referente às internações de residentes representava cerca de 69%, nos primeiros anos, alcançando 81% em 1997 e, deste modo, as AIHs de "invasão" equivalem a 17,5%, neste mesmo ano, ficando os de procedência "ignorada" com apenas 1,5% do total. Considerando somente as internações SUS de residentes do município, nota-se que do total gasto, em 1997, cerca de 83% foram pagos a serviços no próprio município e cerca de 17% a serviços de outros municípios, observando-se que no período 1995/1996 há aumento no percentual pago aos serviços locais e diminuição ao de outros municípios o que, entretanto, é invertido no período 1996/1997.

A Tabela 14 especifica a análise da Morbidade Hospitalar em São José dos Campos, na medida em que informa sobre a "Invasão" em termos de Internações Hospitalares de São José dos Campos em 1996, conforme as "causas" (Capítulos da CID 9ª).

Por ela observa-se que do total de internações ocorridas em 1996, 91,9% são de residentes do próprio município havendo, então, uma "invasão" de 8,1%. A Invasão maior e pelas causas, do Capítulo V (Transtornos Mentais), com cerca de 33,4%, muito acima da média. De modo geral o principal município que encaminha para São José dos Campos é o de Jacareí, em quase todos os Capítulos da CID, exceto os Capítulos II (Neoplasia), que se iguala com o município de Caçapava, que tem população menor que Jacareí, e o Capítulo XI (Gravidez, Parto e Puerpério) onde Paraibuna supera todos os demais municípios, encaminhando 90 casos por ano.

Os Anexos 22.IV, 23.IV e 24.IV, especificam estas invasões, segundo a Frequência e o Valor Total pela CID-9, com três Dígitos do Código da Nomenclatura Classificatória e os Anexos 25.IV, 26.IV e 27.IV especificam as "Evasões", no período 1995/1997.

TABELA 14 – MORBIDADE HOSPITALAR DAS INTERNAÇÕES PELO SUS. INTERNAÇÕES POR CAPÍTULOS DA CID (9ª REVISÃO) E MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA II. SÃO JOSÉ DOS CAMPOS – 1996. *

GRUPOS DE CAUSAS		S.J.Campos	Jacarei	Paraibuna	Caraguat.	Caçapava	Ubatuba	S.Sebastião	M.Lobato	Taubaté	São Paulo	Outros	Total
I - Infec/Paras	Nº	618	13	3	3	5	2	0	2	2	1	15	664
	%	93,1	2,0	0,5	0,5	0,8	0,3	0,0	0,3	0,3	0,2	2,3	100,0
II – Neoplasmas	Nº	1.152	16	7	13	16	5	8	4	4	1	50	1.276
	%	90,3	1,3	0,5	1,0	1,3	0,4	0,6	0,3	0,3	0,1	3,9	100,0
III - End/Nutr/Im	Nº	688	25	2	1	8	5	1	1	4	0	30	765
	%	89,9	3,3	0,3	0,1	1,0	0,7	0,1	0,1	0,5	0,0	3,9	100,0
IV - Sang/Hematop	Nº	120	7	1	0	4	1	0	0	0	0	8	141
	%	85,1	5,0	0,7	0,0	2,8	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	5,7	100,0
V - Transt Ment	Nº	1.725	278	27	141	79	77	73	7	16	22	108	2.553
	%	67,6	10,9	1,1	5,5	3,1	3,0	2,9	0,3	0,6	0,9	4,2	100,0
VI - Nerv/Sentid	Nº	327	9	1	4	4	2	3	1	0	0	4	355
	%	92,1	2,5	0,3	1,1	1,1	0,6	0,8	0,0	0,0	0,0	0,1	100,0
VII - Ap. Circulat.	Nº	1.869	39	12	15	8	0	6	4	9	1	37	2.000
	%	93,5	2,0	0,6	0,8	0,4	0,0	0,3	0,2	0,5	0,1	1,9	100,0
VIII - Ap. Respirat.	Nº	2.621	36	22	9	12	3	2	5	3	4	24	2.741
	%	95,6	1,3	0,8	0,3	0,4	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,9	100,0
IX - Ap. Digest.	Nº	1.690	21	21	4	3	0	1	5	0	2	24	1.771
	%	95,4	1,2	1,2	0,2	0,2	0,0	0,1	0,3	0,0	0,1	1,4	100,0
X - Ap. Genitourin	Nº	1.142	10	7	15	4	7	0	7	2	1	7	1.202
	%	95,0	0,8	0,6	1,2	0,3	0,6	0,0	0,6	0,2	0,1	0,6	100,0
XI - Grav/Par/Pue	Nº	5.863	10	90	1	1	0	0	18	2	1	9	5.995
	%	97,8	0,2	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,2	100,0
XII - Pele/Subcut	Nº	204	3	1	2	1	2	0	0	0	0	1	214
	%	95,3	1,4	0,5	0,9	0,5	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	100,0
XIII - Osteo/Conjun	Nº	336	7	3	0	1	0	0	0	0	1	6	354
	%	94,9	2,0	0,8	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	1,7	100,0
XIV – Congenitas	Nº	114	4	2	3	0	0	1	1	0	0	5	130
	%	87,7	3,1	1,5	2,3	0,0	0,0	0,8	0,8	0,0	0,0	3,8	100,0
XV – Perinatal	Nº	374	0	9	0	0	0	4	1	0	0	2	390
	%	95,9	0,0	2,3	0,0	0,0	0,0	1,0	0,3	0,0	0,0	0,5	100,0
XVI - Mal Definid	Nº	878	13	2	6	2	0	0	2	0	0	10	913
	%	96,2	1,4	0,2	0,7	0,2	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	1,1	100,0
XVII – Nat. Lesao/Env.	Nº	1.324	26	30	16	2	7	7	6	1	7	24	1.450
	%	91,3	1,8	2,1	1,1	0,1	0,5	0,5	0,4	0,1	0,5	1,7	100,0
E – Causas Ext. L/E	Nº	101	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	105
	%	96,2	1,0	1,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	1,0	100,0
V – Cont Serviço	Nº	49	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	52
	%	94,2	0,0	1,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,8	100,0
TOTAL	Nº	21.195	518	242	233	150	111	107	64	43	41	367	23.071
	%	91,9	2,2	1,0	1,0	0,7	0,5	0,5	0,3	0,2	0,2	1,6	100,0

Fonte: Sistema SIH/SUS

* O número de internações é diferente do número de internações da tabela 7 para o mesmo ano de 1996, em função da atualização que o Sistema (SIH) faz com suas críticas, assim o faturamento de muitos AIHs são contemporizados, daí haver esta diferença em função dos tempos diferentes que as tabelas são elaboradas.

Comparando-se as possíveis mudanças entre 1995 e 1997, pode se destacar que, houve de um modo geral um aumento de invasão nestes anos referidos, com 2.001 no ano de 1995; 1.892 em 1996, e 3.198 em 1997.

Nestes aumentos predominaram as Internações por Neoplasias, principalmente devido o conjunto da CID-154 — Tumor do Reto, CID-116 — Tumor da Laringe, CID-180 — Colo do Útero, CVID-186 — Neo de Testículo, CID-199 - Neoplasia Maligna em local especificado, além da CID-295 - Psicose Esquizofrênica, já referidas.

Comparando agora de um modo geral os quantitativos gerais, de Invasão e Evasão nos anexos referidos, pode-se montar uma Tabela que ilustra esta dinâmica "de troca", de uma forma geral.

A Tabela 15 mostra, então, que para os anos de 1995 e 1996 em termos quantitativos, não houve diferença significativa em relação ao número de Invasões e Evasões, havendo uma discretíssima maioria de Evasão sobre a Invasão.

TABELA 15 — BALANÇO DA INVASÃO E EVASÃO HOSPITALAR — MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS, SEGUNDO VALORES FÍSICOS E FINANCEIROS. 1995 A 1997.

CATEG. ANOS	INVASÃO		EVASÃO		SALDO	
	Nº	VALOR R\$	Nº	VALOR R\$	Nº	VALOR R\$
1995	2.001	714.716,00	2.082	1.057.851,00	+ 81	+ 343.135,00
1996	1.892	716.467,00	1.781	971.941,00	+ 111	+ 255.474,00
1997	3.158	1.322.174,00	2.201	1.311.044,00	- 957	- 11.130,00
TOTAL	7.051	2.753.347,00	5.964	3.340.841,00	- 765	+ 587.494,00

Fonte: SIH/SUS — MS.

Já no ano de 1997 há uma inflexão ou alteração brusca neste comportamento, visto que a Invasão passa a superar a Evasão em uma quantidade quase que nove vezes maior ao saldo da Evasão que predominou em 1996 (saldo de 111), dado que a Invasão teve um acréscimo de 66%, enquanto na Evasão o aumento foi de cerca de 23%.

Em relação ao aspecto financeiro, os valores referentes tanto para a Invasão como para a Evasão tiveram um comportamento semelhante para 1995 e 1996, não sofrendo variação brusca. Todavia, em 1997, o valor financeiro quase que duplica no item Invasão, aumentou cerca de 84%, enquanto na Evasão o aumento foi de cerca de 34,8%, mas os valores nominais efetivamente pagos são praticamente equivalentes no ano de 1997. No período, o valor financeiro da Evasão supera em R\$ 587.494,00.

Deve-se, então, avaliar com clareza e de forma definitiva este fenômeno de Invasão e Evasão, pois o modo, a forma e as características que ele ocorre está refletindo como o Sistema de referência e contra referência está estabelecido com seus acertos e ou distorções. Como o Sistema de Saúde de base municipal e regionalizado, com hierarquia dos seus níveis de complexidade, e deve garantir a acessibilidade, estes dados são importantes para que os gestores municipais, exercendo suas prerrogativas e responsabilidades e em articulação com o nível estadual e federal^{39,41} possam corrigir as distorções, inequidades e desigualdades eventualmente presentes.

A Tabela 16, apresenta os dados das internações realizadas no município, segundo as especialidades, nas quais nota-se o predomínio da "Obstetria", com cerca de 25% do total, seguindo-se a Clínica Médica e a Psiquiatria, com cerca de 23%. A Cirurgia e a Pediatria representam um patamar menor, com cerca de 16% e de 13%, respectivamente, sendo o último grupo representado pelo de "Crônica/FPT", em torno de 2%. Em termos de tendência, pode-se ver pequena

diminuição em Cirurgia e aumento no grupo "Crônica/FPT", com os demais apresentando pequenas oscilações no período sendo que, de 1996 para 1997, ela foi de aumento em Obstetrícia, Clínica Médica e Pediatria, e de redução em Psiquiatria.

Em relação às médias anuais, há valores menores de que a média total (de 27.279), em 1996 e 1997, sendo que Obstetrícia e a Clínica Médica têm valor inferior em 1996 e 1997; a Cirurgia em 1995 e 1997; a Psiquiatria e a Pediatria em 1994 e 1997, enquanto o grupo de Crônica/FPT só tem valor inferior em 1994.

A Tabela 17 apresenta os Tempos Médios de Permanência das internações, com tendência de elevação na média do grupo de especialidades, particularmente em relação à Cirurgia e Obstetrícia.

A Tabela 18 registra os valores médios das AIHs pagas nas internações referentes ao município de São José dos Campos, onde se observa uma tendência de alta nos valores, nos três grupos de análise, em cerca de 14,38% de 1995 a 1997, que é tendência estadual^{5.93}. É interessante observar que o valor médio das internações de residentes de São José dos Campos, ocorridas nos serviços do próprio município, é menor do que o valor médio observado quando se agrega às internações locais destes habitantes, os dados de "invasão" e "evasão".

TABELA 16- FREQUÊNCIA DE INTERNAÇÃO SUS (Nº DE AIHs) NO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS, SÃO PAULO, POR ESPECIALIDADE, NO PERÍODO DE 1994 A 1997.

Clínicas	1994		1995		1996		1997		Total		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Geral	% anual	Média Anual
Obstetrícia	7.303	25,78	7.042	25,33	6.301	23,58	6.575	24,79	27.221	24,94	6.805
Clínica Médica	6.414	22,65	5.937	21,35	5.522	20,67	5.853	22,06	23.726	21,74	5.931
Psiquiatria	6.095	21,52	6.275	22,57	6.262	23,43	5.981	22,55	24.613	22,55	6.153
Cirurgia	4.853	17,13	4.337	16,32	4.694	15,57	4.217	15,90	18.101	16,58	4.525
Pediatria	3.303	11,66	3.387	12,18	3.249	12,16	3.319	12,51	13.258	12,15	3.314
Crônica/FPT	355	1,25	624	2,24	639	2,58	582	2,19	2.200	2,01	550
TOTAL	28.323	100,0	27.602	100,0	26.667	100,0	26.527	100,0	109.119	100,0	27.279

Fonte: SIH/SUS -MS

TABELA 17 – TEMPO MÉDIO DE INTERNAÇÃO SUS POR ESPECIALIDADE, NO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS, SÃO PAULO, NO PERÍODO DE 1994 A 1997.

	1994	1995	1996	1997
Cirurgia	4,8	4,7	5,1	6,1
Obstetrícia	1,8	1,9	1,9	2,3
Clínica Médica	6,0	6,0	6,0	5,9
Psiquiatria	19,9	18,8	19,0	20,0
Pediatria	5,3	5,5	5,1	5,4
Crônico/FPT	24,6	24,6	24,3	25,2
Média Total	7,9	8,0	8,3	8,6

Fonte: Dados DATA/SUS.

TABELA 18 – VALORES MÉDIOS DAS AIHs PAGAS, RELATIVAS A SÃO JOSÉ DOS CAMPOS, SÃO PAULO, NO PERÍODO DE 1995 A 1997.

	Valor médio de habitantes de S.J.C. atendidos no município	Valor médio com invasão	Valor médio com evasão
1995	226,73	258,89	252,85
1996	242,87	274,59	266,52
1997	264,17	284,44	292,99

Fonte: Dados DATA/SUS.

Assim, enquanto no 1º grupo (o de habitantes do município atendidos em serviços locais) o valor médio é de R\$ 226,00, R\$ 242,00 e R\$ 264,00; no 2º grupo (atendimento total no município, inclusive os procedentes de outros municípios) varia de R\$ 258,00, R\$ 274,00 e R\$ 284,00 e, no 3º grupo (habitantes de São José dos Campos atendidos no município e em outros municípios) é de R\$ 252,00, R\$ 266,00 e R\$ 293,00. O que pode significar que tanto os atendimentos de "invasão", como os de "evasão", sejam de patologias e procedimentos mais complexos e, assim, mais caros, embora o maior percentual de aumento nesses valores médios tenha ocorrido no 1º grupo (16,81%). E isto é o que de certa forma indicam os valores extremos encontrados nestes grupos, como por exemplo, na "invasão" onde alguns municípios apresentam valores de R\$ 1.000,00 a R\$ 4.000,00 e na "evasão" onde são encontrados valores até R\$ 5.200,00.

A Tabela 19 demonstra uma progressiva redução da participação dos gastos com internações (gastos SIH/SUS), de 41,69% para 39,64% e, em paralelo, um progressivo aumento na participação dos gastos com procedimentos ambulatoriais (gastos SIA/SUS), que vai de 58,31% a 60,36%, o que pode indicar, ao lado de outros dados já analisados, uma tendência de atuação do Sistema Municipal na inversão do modelo "hospitalocêntrico". Entretanto, é de ressaltar que a diminuição da participação dos gastos hospitalares no total dos gastos, não se deu por diminuição do volume de gastos financeiros nesta área que, ao contrário, se manteve em elevação conforme os dados desta e outras Tabelas referentes a estas variáveis.

TABELA 19 – ESTRUTURA DE GASTOS SIH/SUS E SIA/SUS, NO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS, SÃO PAULO, NO PERÍODO DE 1995 A 1997.

	SIH/SUS		SIA/SUS		Total	
	Valor	%	Valor	%	Valor	%
1995	7.218.099,62	41,69	10.093.762,16	58,31	17.311.861,78	100,0
1996	7.352.489,96	39,30	11.353.928,76	60,70	18.706.418,72	100,0
1997	7.545.416,02	38,15	12.228.025,59	61,85	19.773.441,61	100,0
TOTAL	22.116.005,60	39,64	33.675.716,51	60,36	55.791.722,11	100,0

Fonte: Dados DATA/SUS.

Expostas essas medidas e atividades que foram identificadas e consideradas relevantes para a análise do “EFEITO” Mudança do Modelo de Atenção à Saúde, a questão básica que se apresenta é a de qualificar a ocorrência deste “EFEITO” na Política e no Sistema Municipal de Saúde de São José dos Campos, em decorrência da habilitação na gestão Semi-Plena estabelecida pela NOB SUS 01/93.

Entende-se por Modelo de Atenção, em síntese o modo como são formuladas uma Política e um Sistema de Saúde, produzidas e distribuídas as ações de saúde – as práticas sanitárias – para determinada população em determinado espaço em determinado tempo. A proposta da Reforma Sanitária, com a implantação do SUS, colocou, como já referido, a construção de um novo Modelo de Atenção, tendo como base uma análise crítica do Modelo então vigente. Foi considerado que este Modelo está baseado em um paradigma centrado na doença, com predomínio do fator biológico e, a partir disto as práticas sanitárias são centradas no doente, na assistência médica curativa, hospitalocêntrica, levando a um Sistema dicotomizado, excludente, ineficaz e ineficiente.

O novo Modelo proposto, assume um paradigma centrado na saúde, considerando um processo saúde-doença no qual o fator biológico está incluído numa determinação mais ampla e complexa de Produção Social.

A Saúde é considerada como um Direito e como componente de qualidade de vida e as práticas sanitárias devem enfocar o coletivo, não serem apenas “curativas”, mas também de promoção e de prevenção com um sistema integrado, de inclusão, com eficácia e eficiência técnica e social. Portanto, com intervenção no processo Saúde/Doença e, deste modo, serem intersetoriais, ultrapassando os limites do setor saúde senso estrito.

Há várias concepções e referenciais sobre esta abordagem e suas implicações no processo de trabalho em saúde como, entre outras, Ação Programática, Vigilância à Saúde, Técnico-Assistencial^{6,36,44,45,63,64,68,72,74,85,86}.

A análise e discussão feita neste sentido, com os dados disponíveis indicam que, assumindo a gestão Semi-Plena e atuando, então, como Gestor do Sistema, o Município potencializou mudanças que já vinham ocorrendo na direção de um Modelo de Atenção compatível com esta abordagem referida.

Entretanto, sobretudo pela natureza e complexidade da mudança, ela ainda não se completou; ainda está em fase de transição, tanto no âmbito do Sistema de Saúde, como em sua articulação intersetorial.

V - CONCLUSÕES

- O presente estudo avaliou a implantação da gestão semi-plena do SUS no município de São José dos Campos.
- A avaliação contemplou a implantação desta intervenção trabalhando com duas categorias de análise, dentro do referencial da pesquisa avaliativa: A análise da Implantação e a Análise dos Efeitos.
- Na “Análise da Implantação” procurou-se verificar a extensão e qualificação da intervenção, tendo como eixo de análise as mudanças estruturais e relacionais, bem como as políticas setoriais implementadas no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, na perspectiva de um novo Modelo de Gestão.
- Na “Análise do Efeitos”, procurou-se verificar mudanças e alterações que ocorreram na perspectiva de um novo Modelo de Atenção.
- Pode-se concluir que a opção por este desenho metodológico foi apropriado ao desenvolvimento do Estudo e pode subsidiar a realização de outros Estudos.
- Houve um efetivo desenvolvimento organizacional, com uma reforma administrativa, criando-se novas estruturas e estabelecendo-se novas relações funcionais e sociais no corpo da Secretaria Municipal de Saúde, que convergem na sua intencionalidade para a viabilização dos princípios e diretrizes do SUS. Das novas estruturas se destacam os Departamentos de Apoio (Relações do Trabalho, Administração e Vigilância à Saúde) e os Distritos Sanitários.
- Ampliação significativa do seu quadro de pessoal, com a celebração de concursos públicos para contratação de profissionais técnicos da área de saúde, principalmente para as atividades fins, no componente da Atenção Básica de Saúde (UBSs e UPAs) e na área de Urgência.

- Uma política salarial de recomposição dos vencimentos a preços competitivos de mercado e sua manutenção ao longo destes anos para os servidores do próprio município e também para os outros profissionais do SUS que foram municipalizados.
- Um esforço de capacitação e reciclagem para a maioria dos seus quadros neste período, com destaque para o Projeto Larga Escala, com formação de ACD-THD, Auxiliares de Enfermagem e Gestores de Unidades Básicas, utilizando-se a metodologia do “Projeto GERUS”.
- Um processo de criação e transformação de cargos para a nova estrutura advinda do processo de reforma administrativa.
- A implantação do Fundo Municipal de Saúde, conferindo-lhe maior organicidade e ampliando através dele a autonomia e participação do dirigente municipal de saúde na gestão orçamentária financeira.
- A ampliação e aperfeiçoamento do controle social do SUS de São José dos Campos, com o funcionamento efetivo, paritário e deliberativo do Conselho Municipal de Saúde (COMUS) e a criação e implantação na maioria dos serviços públicos de saúde dos Conselhos Gestores de Unidades (CGUs).
- Descentralização de atividades administrativas de outras Secretarias para a Secretaria da Saúde e dentro da própria Secretaria da Saúde, levando, por exemplo, o aperfeiçoamento e agilização no Sistema de Compras dos materiais e insumos para o Setor Saúde, principalmente de medicamentos, evitando as freqüentes soluções de continuidade que existiam e à melhor dinâmica do Sistema de Transportes.

- A efetiva e substancial alocação de recursos orçamentários do Tesouro Municipal para o Setor Saúde, ao longo do período, com significativo aumento no último período, equivalendo a cerca de 18% do orçamento.
- A criação de um sistema municipal de auditoria e controle, operado pelo Núcleo de Avaliação e Controle (NAC), do Departamento de Vigilância à Saúde.
- A informatização do Sistema de Saúde Municipal e a compatibilização das áreas de abrangência das UBS com os setores censitários do IBGE.
- Mudança no relacionamento com o setor privado, incluindo o estabelecimento de tabela diferenciada do SIH/SUS e SIA/SUS — para a contratação de serviços, para atendimento de necessidades/demandas que estavam reprimidas.
- Foi possível perceber, o caráter de "inclusão" que está se processando em relação à grupos populacionais “excluídos”, que não tinham acesso ao sistema de saúde.
- Está havendo a estratégia de identificar e trabalhar agravos e ou grupos populacionais que apresentam maior gravidade e necessidade de atenção, destacando-se, entre outros, gestantes de risco; recém-nascidos, com ênfase naqueles de risco; pacientes com AIDS, DST e portadores de HIV assintomáticos; pacientes com transtornos mentais; pacientes portadores de deficiências (prevenção e reabilitação); acidentes e doenças relacionadas ao trabalho; controle visando erradicação da sífilis congênita; controle da tuberculose e grupo populacional de hipertensos e diabéticos.
- Manutenção e potencialização das práticas de atenção à da Saúde Bucal.
- Implantação do Programa de Internação Domiciliar (PID) e do Programa de Atendimento Domiciliar (PAD)

- O aumento da oferta em determinadas especialidades médicas e de determinados procedimentos de diagnóstico ou terapêuticos
- Melhoria na extensão e qualidade da Atenção de Urgências e Emergências.
- Manutenção e potencialização da rede de Atenção Básica, com hegemonia de atuação da Secretaria Municipal da Saúde no SUS do município.
- Aumento da oferta de leitos, comparando-se o ano de 1995 e 1997, através da Secretaria Municipal da Saúde, visando o atendimento às necessidades acumuladas nas clínicas obstétrica, traumato-ortopedia e neuro-cirúrgica, principalmente.
- Redução no número de internações, a ser analisada em sua natureza, determinações e pertinência.
- Em síntese está ocorrendo um processo de mudança visando a construção do novo Modelo de Atenção à Saúde no município, sob o referencial dos princípios e diretrizes do SUS, através de efetivas medidas no processo de trabalho em Saúde, buscando base epidemiológica e práticas sanitárias integradas e universais, que intervenham no processo Saúde-Doença, no sentido da melhoria das condições de saúde e de vida da população do município.
- O estudo reforça o já indicado inicialmente por ALMEIDA⁴ (1995), que a NOB SUS Nº 1/93 foi uma "NORMA ESTRATÉGICA", no sentido de potencializar o processo de implantação do SUS no seu princípio de descentralização da gestão para o poder municipal.

- O estudo indica que a implantação da gestão Semi-Plena representou avanço no processo de implantação do SUS no município de São José dos Campos, não apenas político-institucional mas também como indutor de mudanças no Modelo de Atenção e de potencialização de sua efetiva implantação.

VI - BIBLIOGRAFIA

1. Almeida CM. Os atalhos da mudança na saúde do Brasil: uma análise comparativa. Rio de Janeiro: OPAS/OMS; 1989. (Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde, 10).
2. Almeida ES. Estudio de las tendencias de las investigaciones en Servicios de Salud en Brasil. In: **Memorias del Seminario de Investigación de Servicios de Salud**; 1984; Cocoyoc, México.
3. Almeida ES. Ações integradas de saúde em São Paulo. In: **Anais AIS Seminário de Avaliação**; 1986; São Paulo. p.11-9.
4. Almeida ES. **Contribuição à implantação do SUS: estudo do processo com a Estratégia Norma Operacional Básica 01/93**. São Paulo; 1995. [Tese de Livre-Docência - Faculdade de Saúde Pública da USP].
5. Almeida ES, Castro CGJ, Rocha ES, Vieira, CAL. Estudo da evolução das internações e dos gastos com AIH no Estado de São Paulo 1994-1996. In: **Resumos do 5º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva**. 1997; Águas de Lindóia, São Paulo/Rio de Janeiro: Abrasco; 1997. p. 6.
6. Almeida ES, Castro CGJ, Vieira CAL. **Distritos sanitários: concepção e organização**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1998. v. 1. (Série Saúde & Cidadania)
7. Almeida MJ. Leis orgânicas municipais e a saúde. **Saúde Debate**. 1989; (24): 26-8.
8. Braga JCS, Paula SG. **Saúde e Previdência: estudos de política social**. São Paulo: Cebes/Hucitec; 1981.
9. Brasil. Ministério da Saúde. **Anais da 3ª Conferência Nacional da Saúde**; 1963; Brasília (DF).
10. Brasil. Ministério da Saúde. **Anais da 5ª Conferência Nacional da Saúde**; 1975. Brasília (DF).
11. Brasil. Leis, etc. Lei n.6229 de 17 de julho de 1975: Dispõe sobre a organização do Sistema de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 18 jul 1975. Seção I, p.8921.
12. Brasil. Ministério da Saúde. **Anais da 7ª Conferência Nacional da Saúde**; 1980; Brasília (DF).
13. Brasil. Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Assistência Social, Ministério do Interior, Secretaria de Planejamento da Presidência da República.

Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde. PREV-Saúde. Brasília, 1980.

14. Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social. Reorientação da assistência à saúde no âmbito da previdência social. Brasília, 1982.
15. Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social. Portaria SSM/MPAS - nº 215. Dispõe sobre a Integração do Setor Público - Regionalização e Hierarquização. **Diário Oficial da União**, Brasília, 22 nov 1982. Seção I, p.21781.
16. Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social. Ministério da Saúde, Ministério da Educação e Cultura. **Ações integradas de saúde.** Brasília, 1984.
17. Brasil. Resolução CIPLAN nº 6/84: aprova a estratégia de reorientação do modelo assistencial de prestação de serviços de saúde, consubstanciada nas "Ações Integradas de Saúde", entre os governos federal, estaduais e municipais, MS/MPAS. Brasília, 1984.
18. Brasil. Ministério da Saúde. **Anais da 8ª Conferência Nacional da Saúde**; 1986; Brasília (DF).
19. Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social/MPS-AIS. Atendimento ambulatorial e hospitalar integrado seminário de avaliação. São Paulo, 1986.
20. Brasil. Comissão Nacional de Reforma Sanitária. Rio de Janeiro; 1987 [texto impresso para o componente de Saúde da Nova Constituição Brasileira, 8ª Revisão de 30 a 31 de março de 1987]. Brasília.
21. Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social. Decreto nº 94.657, de 20 de julho de 1987: Dispõe sobre a criação de Sistemas Unificados de Saúde nos Estados (SUDS) e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 21 jul 1987. Seção I, p. 11503.
22. Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social. Portaria MPAS nº 4090 de 28 de setembro de 1987: Aprova a estrutura básica transitória da Direção Geral do INAMPS e das Direções Regionais, para os Estados, nos quais venha a ser instituído o SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, 21 out 1987. Seção I, p. 17411.
23. Brasil. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília: Senado Federal; 1988.

24. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 896 de 29 de junho de 1990: dispõe sobre a implantação do SIH-SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2 jul 1990. Seção I, p. 12656.
25. Brasil. Lei n.8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 set 1990. Seção I, p. 18055-18059.
26. Brasil. Lei n.8142, de 28 de dezembro de 1990: Dispõe sobre a participação da Comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intra-governamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 31 dez 1990. Seção I, p. 25694.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Norma operacional básica. INAMPS nº 1/91. Resolução nº 273/91. **Diário Oficial da União**, Brasília, 18 jul 1991. Seção I, p. 14216-9.
28. Brasil. Ministério da Saúde. A municipalização é o caminho. In: **Cadernos da 9ª Conferência Nacional da Saúde**; 1992; Brasília (DF).
29. Brasil. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica - SUS nº 1/92, Portaria nº 234/92. **Diário Oficial da União**, Brasília. 1992.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Instrução Normativa nº 1 de 23/9/93. Disciplina os fluxos e conteúdos no processo de habilitação de municípios e estados às novas condições de gestão previstas na NOB/SUS/1/93. Brasília. 1993.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de saúde. Resolução 50, de 15 de abril de 1993. **Diário Oficial da União**, Brasília, 21 maio 1993.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 545 de 20 de maio de 1993: estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização e gestão das ações de serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica SUS 1/93. **Diário Oficial da União**, Brasília, 24 maio 1993. Seção I, p. 6961-65.
33. Brasil. Ministério da Saúde. **Descentralização das ações e serviços de saúde. A ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei**. Brasília: Ministério da Saúde; 1993.
34. Brasil. Leis, etc. Decreto nº 1232 de 30 de agosto de 1994: Dispõe sobre a transferência regular de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os Estados, Municípios e Distrito Federal. **Diário Oficial da União**, Brasília, 31 ago 1994. Seção I, p. 13093.

35. Brasil. Ministério da Saúde. Definição de Sistemática sobre os tetos financeiros. Portaria 1827/94. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1 nov 1994. Seção I, p. 16458.
36. Campos CR, Malta DC, Reis AT, Santos AF, Merhy EE, organizadores. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã; 1998.
37. Campos GWS. Um balanço do processo de municipalização dos serviços de saúde no Brasil. **Saúde Debate** 1990; (28): 24-7.
38. Carvalho GCM. O caos no financiamento da descentralização dos serviços de saúde. In: **Cadernos da 9ª Conferência Nacional da Saúde**; 1992; Brasília (DF); p.61-72.
39. Carvalho GCM. A implantação do SUS: nós críticos a nível estadual. **Saúde Debate** 1994; (45): 4-8.
40. Carvalho GCM. **Avaliação das condições de saúde e dos serviços de saúde de São José dos Campos**. São Paulo; 1995. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].
41. Carvalho GCM. **Funções e papéis da Secretaria de Estado da Saúde no SUS**. São José dos Campos (SP), 1995.
42. Carvalho GCM. **O controle social em São José dos Campos**. São Paulo; 1998. [Entrevista].
43. Castro CGJ. **O estudo da demanda do serviço de Pronto Atendimento de um hospital, como subsídio ao modelo assistencial do Sistema Nacional de Saúde**. São Paulo; 1991. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP].
44. Castro CGJ. A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil e o modelo de atenção à saúde: uma questão de decisão-compromisso e iniciativa. São Paulo; 1993. [Trabalho apresentado na disciplina HSP-700 Sistemas de Saúde, do Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública sob responsabilidade do Prof. Aldo da Fonseca Tinôco - Faculdade de Saúde Pública da USP]
45. Cecílio LCO, organizador. **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec; 1994.
46. Chioro A, Almeida ES, Zioni, F. **Políticas públicas e organização do sistema de saúde: antecedentes, reforma sanitária e o SUS**. São Paulo; 1997. [Apostila]

do Curso de Capacitação de Gestores Municipais de Saúde - Faculdade de Saúde Pública da USP].

47. CONASEMS. **Semi-Plena é um sucesso.** **J CONASEMS**, 1995; 19:
48. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA, organizador. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação dos programas.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 29-47
49. Dallari SG. **Municipalização de serviços de saúde.** São Paulo: Editora Brasília; 1985.
50. Denis JL, Champagne F. A análise da implantação. In: Hartz ZMA, organizador. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação dos programas.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 49-88
51. Donabedian A. La investigación sobre la calidad de la atención médica. **Salud Publica Mex** 1986; 28:324-7.
52. Figueiredo Dominguez QD. **O controle social em São José dos Campos.** São Paulo; 1998. [Entrevista].
53. Fleury S. Equidade e reforma sanitária: Brasil. **Saúde Debate** 1994; (43): 44-59.
54. Frenk J, Bobadilla JL, Sepúlveda J, Rosenthal J, Ruelas E. A conceptual model for public health research. **Bull Pan Am Health Org** 1988; 22: 60-71.
55. Fundação SEADE. **Sistema de acompanhamento contínuo de mortalidade materna e características do recém-nascido. Nascidos vivos segundo características selecionadas.** São Paulo; 1996.
56. Gentile CM. **Saúde e assistência médica no Brasil.** São Paulo: Cebes/Hucitec; 1977.
57. Gentile CM. **O Sistema de Saúde em crise.** São Paulo: Cebes/Hucitec; 1981.
58. Goulart FAR. **Municipalização: veredas, caminhos do movimento municipalista de saúde no Brasil.** Brasília: CONASEMS; 1995.
59. Kisil M, colaboração de Pupo TRGB. **Gestão da mudança organizacional.** São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1998. v. 4. p. 5-7, 29 (Série Saúde & Cidadania)

60. Lebrão ML. **A evolução da morbidade hospitalar: Vale do Paraíba, 1975 e 1988.** São Paulo; 1994. [Tese de Livre Docência - Faculdade de Saúde Pública da USP].
61. Matus C. **Adios, señor Presidente. Planificacion, ontiplanificacion y gobierno.** Caracas: Editorial Pomaire Venezuela; 1987.
62. Mendes EV. O consenso do discurso e o dissenso da prática social. Notas sobre a municipalização da saúde no Brasil. In: **Anais da 2ª Conferência Municipal de Saúde de São Paulo** 1991; maio, São Paulo.
63. Teixeira CF, Unglert CVS, Grego C, Araújo EC, Mendes EV, Villarosa FN di. et al **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde.** São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco; 1993.
64. Mercadante OA. **Modelo assistencial: conceito e operacionalização.** São Paulo; 1987.
65. Mercadante AO, Yunes J, Chorny AH. Descentralizacion de los servicios de salud en São Paulo, Brasil. **Bol Oficina Sanit Panam** 1994; 116: 381-96.
66. Merhy EE. A mutilação da lei Orgânica da Saúde. **Saúde Debate** 1990; (30): 8-9.
67. Merhy EE. **A saúde pública como política: São Paulo de 1920 a 1948, os movimentos sanitários, os modelos tecno-assistenciais e a formação das políticas governamentais.** Campinas; 1990. [Tese de Doutorado - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas].
68. Merhy EE. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Campos CR, Malta DC, Reis AT, Santos AF, Merhy EE, organizadores. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público.** São Paulo: Xamã; 1998. p. 103-120.
69. Muller Neto JS. Políticas de saúde no Brasil: a descentralização e seus atores. **Saúde Debate** 1991; 31: 54-66.
70. Nascimento CAL. **O controle social em São José dos Campos.** São Paulo; 1998. [Entrevista].
71. Oliveira Junior M. **O controle social em São José dos Campos.** São Paulo; 1998. [Entrevista].

72. Paim, J.S. Perspectivas do sistema público de saúde no Brasil. **Rev Assoc Saúde Pública Piauí** 1998; 1(2): 121.
73. Ramos R. O problema da avaliação em saúde pública. **Rev Saúde Pública** 1974; 8: 305-14.
74. Rivera FJU. **Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico**. São Paulo: Cortez; 1989.
75. Rocha JSY. Sistema Único de Saúde: avaliação e perspectivas. **Saúde Soc** 1994; 3(1): 3-10.
76. Santos L. **Sistema Único de Saúde: repasse direto dos recursos da União para os estados, Distrito Federal e municípios: estudo minuta da portaria ministerial**. São Paulo; 1990.
77. Santos L. A ilegalidade das normas baixadas pelo INAMPS de financiamento do SUS para 1991. **Saúde Debate** 1991; 31: 14-8.
78. Santos L. **Breve comentário sobre as normas baixadas pelo INAMPS sobre o financiamento do SUS para 1991**. São Paulo; 1991.
79. Santos NR. **A saúde vista do município: bases doutrinárias, políticas, programáticas e propostas**. Campinas (SP); 1984.
80. Santos NR. O SUDS, o SUS, os vetos e a sanção do projeto. **Saúde Debate** 1990; 30: 5-7.
81. Santos NR. Os repasses federais e a descentralização da gestão, controle e avaliação. **Saúde Debate** 1991; 31: 11-4.
82. São Paulo (Estado). As normas de operacionalização do Ministério da Saúde para o SUS e sua implantação no Estado de São Paulo. São Paulo; 1994.
83. São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde: os desafios da Secretaria da saúde na construção do SUS, 1995-99. Documento da Ass. Com. Social, 1995.
84. São Paulo (Estado). Decreto n.28.410, de 20 de maio de 1988. Dispõe sobre o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde do Estado de São Paulo (SUDS-SP) e dá providências correlatas. **Diário Oficial do Estado**, São Paulo, 25 maio 1988. Seção I, p. 3.
85. Schraiber LB, organizadora. **Programação em saúde hoje**. São Paulo: Hucitec; 1990.

86. Secretaria da Saúde do Município de São José dos Campos. Modelo Assistencial voltado à Atenção da saúde da pessoa Portadora de Deficiência e Reabilitação. São José dos Campos; 1996.
87. Secretaria da Saúde do Município de São José dos Campos. **Projetos em andamento**. São José dos Campos; 1996.
88. Secretaria da Saúde do Município de São José dos Campos. **Propostas para 1997**. São José dos Campos; 1996.
89. Secretaria da Saúde do Município de São José dos Campos. **Relatório de gestão - 1993 a 1996**. São José dos Campos; 1996.
90. Secretaria da Saúde do Município de São José dos Campos. **Relatório da gestão - 1997**. São José dos Campos; 1997.
91. Secretaria da Saúde do Município de São José dos Campos. **Plano Municipal da Saúde - 1998**. São José dos Campos; 1997.
92. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Coordenadoria de Planejamento em Saúde – CPS. Classificação da mortalidade infantil neonatal e pós-neonatal por grupos de causas de morte. São Paulo; 1996.
93. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Participação percentual dos valores financeiros das internações segundo as clínicas das internações realizadas pelo SUS no Estado de São Paulo, no período de 1995 a 1998. São Paulo; 1998.
94. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Comunicação Social de São José dos Campos. Saúde. **Devolta para o Futuro** 1996; fev: 30-5.
95. Vieira CAL. **Descentralização do Setor Saúde no Estado de São Paulo: aspectos e impacto na organização e funcionamento do ERSa - Escritório Regional de Saúde - 12 de Itapeverica da Serra/São Paulo**. São Paulo; 1992. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP].

ROTEIRO DE ENTREVISTA

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE PRÁTICA DE SAÚDE PÚBLICA
Av. Dr. Arnaldo, 715 - CEP 01246-904 - São Paulo - Brasil
Telefone (011) 3066-7792 - Fax (011) 883-3501

São Paulo, julho de 1998

Ilustríssimo Senhor

Vimos solicitar a colaboração de Vossa Senhoria no sentido de que seja respondido o questionário em anexo, que deverá servir de subsídio para o estudo que estamos realizando sobre o processo de Descentralização/ Municipalização no Município de São José dos Campos, no período de 1994 a 1998, tendo como referência a implantação das NOB(s) SUS nº 1/93 e SUS nº 1/96 NOB/96, que será objeto de Tese, a ser apresentada na Faculdade de Saúde Pública.

Considerando a sua militância e participação na luta pela Implantação do SUS, temos certeza de vossa compreensão sobre a importância deste trabalho, que extrapola a natureza meramente de uma "Tese".

Daí porque, ao lado das informações deste questionamento, solicitamos também a V.S^a, a disponibilidade para o agendamento de uma entrevista, como complemento e esclarecimento dos temas em análise.

Informamos ainda que a resposta de Vossa Senhoria poderá ser encaminhada no seguinte e-mail: **leth@usp.br**, pessoalmente, ou via correio, no seguinte endereço: Av. Dr. Arnaldo, 715 - Cerqueira Cesar - CEP 01246-904, São Paulo, SP, para Dr. Claudio Gastão Junqueira de Castro.

Solicitamos ainda, a fineza da maior brevidade da resposta de Vossa Senhoria, em função dos prazos regimentais a que estamos submetidos para realização desta tarefa.

Na expectativa de vosso apoio e compreensão, atentamente,

Subscrevemo-nos,

Eurivaldo Sampaio de Almeida
Professor Titular – Orientador

Claudio Gastão Junqueira de Castro
Deptº Prática de Saúde Pública

ROTEIRO DA ENTREVISTA REALIZADA COM OS ATORES MAIS IMPORTANTES DESTACADOS NA GESTÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS, NO PERÍODO DE 1993 A 1998

I. Nome: .....

– Profissão: .....

– Cargo(s) que exerceu no período (1993 - 1998):

a) Na Secretaria Municipal de Saúde:

– Cargo: .....

Período: .....

b) Na Prefeitura de São José dos Campos (exceto item a):

– Cargo: .....

– Período: .....

c) Na DIR da Secretaria de Estado da Saúde em São José dos Campos:

– Cargo: .....

– Período: .....

d) Na(s) Secretarias de Saúde de outro(s) município(s) da região:

– Cargo: .....

– Período: .....

II. Considerando as informações e conhecimentos que você tem acumulado em função de sua experiência vivida no exercício de seu(s) cargo(s) no período referido, aponte (de forma sintética e resumida) as principais mudanças que ocorreram no Sistema de Saúde de São José dos Campos na dimensão da gestão do sistema de saúde, com destaque para:

II.1 - Na organização e relações das estruturas da Prefeitura com/e Secretaria de Saúde.

.....

.....

.....

II.2 - A organização e relações das estruturas da/na própria Secretaria de Saúde.

.....

.....

.....

II.3 - A participação e o controle social do sistema de saúde de São José dos Campos (incluindo os serviços próprios do município).

.....

.....

.....

II.4 - A descentralização da gestão/planejamento e execução (orçamentária e financeira dos recursos para o sistema de saúde de São José dos Campos

.....

.....

.....

II.5 - A política de recursos humanos da Secretaria de Saúde e dos recursos humanos do SUS (públicos) municipalizados. (Quantitativo e qualitativo).

.....

.....

.....

II.6 - A expansão física da rede de serviços de saúde próprios do município.

.....

.....

.....

II.7 - A modernização tecnológica da rede de serviços de saúde (equipamentos novos, renovados ou recuperados).

.....

.....

.....

II.8 - As relações da Secretaria Municipal de Saúde de São José dos Campos com as demais secretarias, por áreas sociais, da Prefeitura (exceto II.1).

.....

.....

.....

II.9 - As fontes de financiamento (qualitativo e quantitativo) para o sistema de saúde de São José dos Campos.

.....

.....

.....

II.10 - As relações com o setor privado prestador de serviços para o SUS em São José dos Campos (contratação, auditoria, controle, cooperação técnica, apoio material e financeiro).

.....

.....

.....

II.11 - Outros aspectos que você julga importante para serem citados.

.....

.....

.....

III. Considerando as informações e conhecimentos que você tem acumulado em função de sua experiência vivida no exercício de seu(s) cargo(s) no período referido, aponte (de forma sintética e resumida) as principais mudanças que ocorreram no Sistema de Saúde de São José dos Campos na dimensão do Modelo de Atenção, com destaque para:

**III.1 - Atenção Básica em Atenção Primária da Saúde -
Vigilância Sanitária - Vigilância Epidemiológica**

.....

.....

.....

III.2 - Atenção Ambulatorial Especializada.

.....

.....

.....

III.3 - Procedimentos de Alto Custo.

.....

.....

.....

III.4 - Atenção Hospitalar.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

[illegible]

ANEXOS

ANEXO 1.IV – ORGANOGRAMA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS

ANEXO 1.IVa

ORGANOGRAMA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Fonte: SMS-SJC – Relatório de Gestão, 1993-1996.

ANEXO 2.IV – ORGANOGRAMA DO DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE (D.V.S.) DA SMS-SJC/1996.

Fonte: SMS-SJC - Relatório de gestão, 1996.

ANEXO 3.IV – ORGANOGRAMA DO DEPARTAMENTO DE RELAÇÕES DO TRABALHO DA SMS-SJC/1996.

Fonte: SMS-SJC - Relatório de gestão, 1996.

ANEXO 4.IV – ORGANOGRAMA DO DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO DA SMS-SJC/1996.

Fonte: SMS-SJC - Relatório de gestão, 1996.

**ANEXO 5.IV – ANEXO ÚNICO A QUE SE REFERE O ARTIGO 1º DA LEI Nº
4422/93 DO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS –
RELAÇÃO DE CARGOS, QUANTIDADE E DEPARTAMENTO
DE LOTAÇÃO PARA A SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE.**

Departamento de Lotação	Cargo	Quantidade
Serv. Emergenciais / Hospitalares	Médico	64
	Enfermeiro	03
	Auxiliar Enfermagem	74
	Técnico de Enfermagem	09
	Técnico de Raio-X	09
	Técnico Manutenção	02
	Recepcionista	03
	Auxiliar Serviços Gerais	13
	Cozinheira	02
	Sub-Total	179
Serviços Especializados de Saúde	Médico	35
	Médico	02
	Bioquímico	04
	Biomédico	04
	Auxiliar Enfermagem	15
	Enfermeira	06
	Fisioterapeuta	07
	Terapeuta Ocupacional	04
	Técnico Laboratório An. Clín.	01
	Fonoaudiólogo	04
	Auxiliar Laboratório An. Clín.	04
	Engenheiro Seg. Trabalho	01
	Técnico Segurança Trabalho	01
	Enfermeiro(a) do Trabalho	01
	Citotécnica	01
	Psicólogo(a)	10
	Assistente Social	04
	Sub-Total	104
Serviços Básicos de Saúde	Médico	116
	Médico	15
	Auxiliar de Enfermagem	90
	Enfermeiro	10
	Sub-Total	231
Saúde Bucal	Auxiliar Odontológico	53
	Higienista Dental	32
	Dentista	28
	Sub-Total	113
	Total Geral	627

Fonte: SMS-SJC – Relatório de Gestão

ANEXO 6.IV – ANEXO III LEI Nº 4600/94 DO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS– RELAÇÃO DE CARGOS, QUANTIDADE E DEPARTAMENTO DE LOTAÇÃO PARA A SECRETARIA MUNICIAP DE SAÚDE.

Departamento de Lotação	Cargo	Quantidade
Serv. Emergenciais / Hospitalares	Médico	104
	Enfermeiro	19
	Auxiliar Enfermagem	179
	Técnico de Enfermagem	09
	Técnico de Raio-X	09
	Técnico Manutenção	02
	Recepcionista	03
	Auxiliar Serviços Gerais	13
	Cozinheira	02
	Sub-Total	340
Serviços Especializados de Saúde	Médico	35
	Médico	02
	Bioquímico	04
	Biomédico	04
	Auxiliar Enfermagem	15
	Enfermeira	06
	Fisioterapeuta	07
	Terapeuta Ocupacional	04
	Técnico Laboratório An. Clín.	01
	Fonoaudiólogo	04
	Auxiliar Laboratório An. Clín.	04
	Engenheiro Seg. Trabalho	02
	Técnico Segurança Trabalho	01
	Enfermeiro(a) do Trabalho	01
	Citotécnica	01
	Psicólogo(a)	10
	Assistente Social	04
	Sub-Total	105
Serviços Básicos de Saúde	Médico	81
	Médico	40
	Médico	10
	Auxiliar de Enfermagem	90
	Enfermeiro	10
	Sub-Total	231
Saúde Bucal	Auxiliar Odontológico	53
	Higienista Dental	32
	Dentista	17
	Dentista	04
	Dentista	07
	Sub-Total	113
Total Geral		789

* Fonte: SMS-SJC – Relatório de Gestão

**ANEXO 7.IV – ANEXO ÚNICO A QUE SE REFERE O ARTIGO 1º DA LEI Nº
4676/94 DO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS -
RELAÇÃO DE CARGOS, QUANTIDADE E DEPARTAMENTO
DE LOTAÇÃO PARA A SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE.**

Departamento de Lotação	Cargo	Quantidade
Serv. Emergenciais / Hospitalares	Enfermeiro	08
	Técnico de Enfermagem	07
	Técnico Radiologia	10
	Agente Administrativo II	15
	Auxiliar Serviços Gerais	06
	Cozinheira	02
	Assistente Social	08
	Laboratór. Clínico	05
	Técnico Patologia Clínica	04
	Auxiliar Patologia Clínica	05
	Armazenista	03
	Estoquista	06
	Porteiro Zelador	12
	Secretária Júnior	02
	Auxiliar de Radiologia	02
	Sub-Total	95
Serviços Especializados de Saúde	Laboratór. Clínico	02
	Enfermeira	03
	Técnico Patologia Clínica	04
	Citotécnica	01
	Assistente Social	06
	Auxiliar Patologia Clínica	04
	Agente Administrativo II	13
	Estoquista	01
	Cozinheira	03
	Psicólogo(a)	02
	Sub-Total	39
Serviços Básicos de Saúde	Enfermeiro	05
	Agente Administrativo II	07
	Sub-Total	12
Saúde Bucal	Auxiliar Odontológico	12
	Dentista	07
	Dentista	15
	Sub-Total	34
	Total Geral	180

* Fonte: SMS-SJC – Relatório de Gestão

**ANEXO 8.IV – ANEXO A LEI N º 4642/94 DO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ
DOS CAMPOS – RELAÇÃO DE CARGOS, QUANTIDADE E
DEPARTAMENTO DE LOTAÇÃO PARA A SECRETARIA
MUNICIPAL DE SAÚDE.**

Departamento de Lotação	Cargo	Quantidade
Serv. Emergenciais / Hospitalares	Médico	64
	Enfermeiro	03
	Auxiliar de Enfermagem	74
	Técnico de Enfermagem	09
	Técnico de Raio-X	09
	Técnico de Manutenção	02
	Recepcionista	03
	Auxiliar Serviços Gerais	13
	Cozinha	02
	Sub-Total	179
Serviços Especializados de Saúde	Médico	35
	Médico	02
	Bioquímico	04
	Biomédico	04
	Auxiliar Enfermagem	15
	Enfermeira	06
	Fisioterapeuta	07
	Terapeuta Ocupacional	04
	Técnico Laboratório An. Clínicas	01
	Fonoaudiólogo	04
	Auxiliar Lab. Análises Clínicas	04
	Engenheiro Seg. Trabalho	02
	Técnico Segurança Trabalho	01
	Enfermeiro do Trabalho	01
	Citotécnico	01
	Psicólogo	10
	Assistente Social	04
	Sub-Total	105
Serviços Básicos de Saúde	Médico	61
	Médico	40
	Médico	10
	Médico	20
	Auxiliar de Enfermagem	60
	Agente de Saúde Hospitalar	30
	Enfermeiro	10
	Sub-Total	231
Saúde Bucal	Auxiliar Odontológico	53
	Higienista Dental	32
	Dentista	17
	Dentista	04
	Dentista	07
	Sub-Total	113
	Total Geral	628

* Fonte: SMS-SJC – Relatório de Gestão

ANEXO 9.IV – ANEXO ÚNICO À LEI 4737/95 DO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS.

Situação Anterior	Situação Atual
Diretor de Serviços Especializados	Secretário Adjunto
Chefe de Divisão de Unidades de Especialidades I	Consultor Especializado
Chefe de Divisão de Saúde Mental	Consultor Especializado
Chefe de Divisão de Saúde - Sul	Chefe de Divisão do Distrito Sanitário
Chefe de Divisão Hospitalar	Chefe de Divisão do Distrito Sanitário
Chefe de Divisão de Odontologia Comunitária	Chefe de Divisão do Distrito Sanitário
Chefe de Departamento de Serviços Básicos	Diretor do Departamento de Vigilância em Saúde
Chefe de Divisão de Saúde - Norte	Chefe de Divisão do Núcleo de Apoio Técnico
Chefe de Divisão de Saúde - Centro	Chefe de Divisão de Unidade de Avaliação e Controle
Assessor Chefe	Diretor de Departamento de Administração
Chefe de Divisão de Unidades de Especialidades II	Chefe de Divisão do Fundo Municipal de Saúde
Chefe de Divisão de Saúde - Leste	Chefe de Divisão de Apoio Administrativo
Diretor de Departamento de Saúde Bucal	Diretor de Departamento de Relações do Trabalho
Chefe de Divisão de Odontologia Escolar	Chefe de Divisão do Núcleo de Desenvolvimento Funcional
Chefe de Divisão de Serviços de Diagnóstico	Chefe de Divisão do Núcleo de Formação e Qualificação Profissional
Diretor de Departamento de Serviços Emergenciais	Diretor de Departamento de Serviços Hospitalares
Supervisor de Controle e Avaliação de Conta SUS	Supervisor Técnico
Supervisor Médico Regional Sul	Supervisor Técnico
Supervisor Médico do Hospital Geral Municipal	Supervisor Técnico
Supervisor Médico da UPA do Jardim Satélite	Supervisor Técnico
Supervisor Médico da UPA do Campo dos Alemães	Supervisor Técnico

Fonte: SMS-SJC-Relatório de Gestão. 1996.

**ANEXO 10.IV – PROTOCOLO DE RELAÇÃO COLETIVA DE TRABALHO
CELEBRADO ENTRE A SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS E OS
TRABALHADORES DA SAÚDE.**

I - Princípios, Regras e Procedimentos :

- Considerando que a negociação é uma instituição democrática pela qual os empregadores, diretamente ou através de suas representações sindicais, procuram estabelecer, em bases paritárias normas com o fim de :
  - a) Fixar as condições de trabalho ou emprego;
  - b) Regular as relações entre empregadores e trabalhadores; ou lograr todos esses fins, tudo conforme preceitua a Convenção número 154/81, da O.I.T. sobre o "Fomento da Negociação Coletiva".
- Considerando que a exploração de todo o potencial das negociações coletivas, quer como eficiente mecanismo de solução de divergências, quer como meio para estreitar e fortalecer as relações entre os atores sociais envolvidos, tem como pressupostos básicos:
  - a) Reconhecimento mútuo da representatividade;
  - b) Aceitação da legitimidade das demandas;
  - c) Reconhecimento da predisposição das partes de estabelecer um processo de comunicação fundado no diálogo franco, leal e objetivo, orientado para o fim de se conciliar.
- Considerando finalmente que a administração de São José dos Campos, o Sindicato dos Trabalhadores Públicos da Saúde no Estado de São Paulo - SINDSAÚDE e o Sindicato dos Servidores Municipais de São José dos Campos tencionam e primam pelo postulado máximo da ampla representação e atendimento dos fins sociais da administração pública e entidades sindicais, organizadas a luz do artigo 8º da Constituição Federal de 1988.
- Inspirados em tais fundamentos, bem como no disposto nas recomendações da Organização Internacional do Trabalho (O.I.T.), Constituição Federal, Lei Orgânica do Município e Estatutos dos Servidores Públicos, resolvem instituir no âmbito da Administração Pública Municipal em São José dos Campos, o presente.

Protocolo de Relações Coletivas do Trabalho

Conforme autoriza a Portaria nº 001/93 de 10 de dezembro de 1993 e a Resolução nº 001/94 de 17 de janeiro de 1994 do Excelentíssimo Senhor Secretário Municipal de Saúde, cujo instrumento é firmado ao final pelos representantes das partes legalmente a solução, estudo e encaminhamento das questões aqui suscitadas pelas partes e que consiste nos seguintes títulos e cláusulas, que se obrigam mutuamente a respeitar :

II - Da Mesa de Negociações, sua constituição e objetivos :

A) Introdução

Este trabalho traz as primeiras deliberações da Mesa de Negociação entre a Secretaria Municipal de Saúde e os servidores da área da saúde e suas entidades sindicais acordantes.

O trabalho da mesa nortear-se-á pelas pautas apresentadas pela Administração Municipal e a dos Servidores da Saúde.

Objetivando sistematizar as discussões foram os itens, elencados na pauta, agrupados conforme a complexidade dos temas a serem analisados.

Como resultado dessa prática, objetivemos os seguintes grupos de tópicos:

GRUPO “A”

- Autonomia para o representante da Unidade
- Mesa Permanente de Negociação
- Direito a Organização Sindical

GRUPO “B”

- Isonomia sobre 1/3 de férias
- Isonomia sobre a Licença Saúde
- Diárias
- Vale Transporte com desconto no próximo pagamento
- Convênio Médico / Dentário (FAMME)
- Refeição
- Salário Família (Isonomia
- Convênio Médico / Dentário (FAMME)
- Transferência a pedido do funcionário para outra cidade e ou Unidade
- Pagamento em datas coincidentes com o pagamento dos funcionários municipais
- Disponibilidade do funcionário sob decisão da Mesa de negociações.

GRUPO “C”

- Cargos de Chefia
- Isonomia sobre o Plano de Carreira
- Redução de Carga Horária e Salário
- Licença por 2 anos sem remuneração
- Cursos de Especialização

Isto posto, passamos as deliberações sobre os temas do **GRUPO “A”** obtida sob consenso.

B) - Autonomia para o representante da Unidade

A autonomia pleiteada, traduz-se na possibilidade de que o membro da Comissão de Negociação possa exercer sua representatividade sem embargos. Tal coisa se dará mediante atos administrativos comunicando às Chefias de Unidades.

C) Mesa Permanente de Negociação

As possibilidades de negociações ocorrem em planos diversos. Num primeiro momento tivemos a instância de negociação “de fato” traduzida no chamamento dos servidores para a administração para que juntos analisem seus problemas e busquem as soluções. Num segundo momento tivemos a instância “de direito” instituída por portaria do Senhor Secretário Municipal de Saúde criando a **Mesa Permanente de Negociação**.

D) Direito a Organização Sindical

Trata-se de assunto de suma importância, e como tal, consagrado pelo Legislador Constituinte na Constituição Federal (artigo 8º).

É assegurado assim pelo presente instrumento normativo regras par a manutenção e procedimento para o livre exercício sindical, observado o seguinte: livre acesso de dirigentes sindicais aos locais de trabalho com prévia comunicação à direção da unidade para contatar trabalhadores, distribuir materiais sindicais: locais para realizar reuniões e local para fixação de materiais (mural) sindicais em todas as unidades de trabalho em local de livre acesso de todos os trabalhadores. Aos dirigentes sindicais com prévia comunicação à direção da unidade.

E) Procedimentos para opção dos servidores e sua aplicação aos municipalizados

Esta mesa permanente de negociações deliberou-se sobre o Item 1 da pauta de reivindicações, ou seja: "Livre opção pela assinatura ou não do protocolo de relação do trabalho, permitindo que o funcionário que opte por não assiná-lo, mantenha-se em atividade na Unidade onde haja desempenho das funções", desde que haja interesse de ambas as partes. No caso de transferência, segue-se as regras estabelecidas.

Inicialmente, cumpre-se clarificar desde logo o objetivo do protocolo de relação de trabalho a ser celebrado entre a administração municipal e o servidor da Saúde.

Com o advento da Lei Federal nº 8080/92, uma nova situação instalou-se na área da Saúde. Idéias bravamente defendidas por grandes figuras como o Professor Hely Lopes Meireles, relativas à municipalização passam a se enraizar no setor saúde. Como consequência os municípios passam a realizar determinadas tarefas e funções. Até então privativas dos Estados. Surgem graves problemas de Recursos Humanos, pois, servidores estaduais detentores de direitos e obrigações assegurados por um estatuto próprio têm agora um novo gestor, os Secretários Municipais de Saúde.

As soluções dos problemas surgidos passam pela tese, antítese e finalmente a síntese tendo nas mesas de negociações seu mais legítimo Foro de Discussão.

O protocolo de relações do trabalho a ser firmado entre a Administração Municipal de São José dos Campos e os servidores da Saúde, será de livre adesão, ocorrendo de forma tácita. A não concordância com o protocolo deverá ser de forma expressa (escrita) em impresso próprio, protocolado na Prefeitura Municipal num prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar de data da publicação da norma regulamentadora.

Aos concordes serão garantidos algumas vantagens, as quais não serão extensivas aos não concordes. Independentemente da adesão ou não, todos irão cumprir suas obrigações contratuais, nem mais, nem menos.

O servidor, que de forma expressa se colocar contrário ao protocolo poderá solicitar sua transferência para o ERSA ou manter-se na unidade, seguindo-se o contrato de origem.

A não adesão ao protocolo pode ser revertida a qualquer tempo, havendo interesse das partes podendo inclusive o servidor solicitar seu retorno à Unidade a qual ficará vinculada à análise de conveniência da Secretaria Municipal de Saúde.

III - Das demais garantias sociais entre os servidores municipalizados

É assegurado ainda pelo presente instrumento normativo, os itens a seguir alencados, constantes das questões alencadas na introdução, no Grupo "B".

São questões de média complexidade que podem ser resolvidas no âmbito da administração, onde os princípios básicos da legalidade, moralidade, razoabilidade e do bem comum (artigo. 37º e 39º da Constituição Federal e artigo 111º da Constituição Estadual) e que são os seguintes:

- Vale Transporte com desconto no próximo pagamento dos servidores estaduais;
- Isonomia sobre 1/3 de férias;
- Isonomia sobre a licença saúde;
- Diárias;
- Convênio médico/dentário (FAMME);

- Vale Refeição;
- Salário Família (Isonomia);
- Transferência a pedido do funcionário para outra cidade ou unidade;
- Pagamento em datas coincidentes com o pagamento dos servidores municipais;
- Disponibilidade do funcionário.

III - Das garantias recíprocas, asseguradas pelos servidores a Administração

Item 1 - Vale Transporte: O proposto foi discutido com Setor de Benefícios da Prefeitura, o qual impôs qualquer restrição sendo que a concessão do mesmo só fica vinculado a regulamentação, a ser elaborada conjuntamente entre a Secretaria Municipal de Saúde e Secretaria de Administração.

Item 2 - Isonomia sobre 1/3 de férias. O pagamento da Isonomia Salarial como um todo é uma necessidade, pois ele busca uma melhor maneira das disparidades salariais, imprimindo assim, uma igualdade entre os servidores dos dois vínculos. Esta Isonomia já incide sobre o 13º salário, podendo-se portanto, por analogia, estender seu pagamento a remuneração de férias.

Item 3 - Isonomia sobre a licença saúde. Trata-se o pretendido do pagamento da Isonomia durante o pagamento da licença saúde. Quanto a este fato alguns problemas se apresentam. A licença do servidor Estadual após consulta, percorre alguns caminhos, os quais são palmedados pelos espinhos da burocracia e as pedras da morosidade. Vezes pode ocorrer que o período da licença já se expirou e só então quando da publicação, o servidor fica a saber que ela fora diminuída. Tais problemas dificultam em muito a gestão de recursos humanos e sua resolução depende de revisão da sistemática aplicada e adoção de medidas que possibilitem uma melhor agilidade. Acordou a mesa que o pagamento de Isonomia seguirá os princípios adotados para os próprios, ou seja: Será ela devida durante 60(sessenta) primeiros dias da licença, sendo após este período suspensa. Deliberou ainda a mesa sobre a licença para tratamento (acompanhamento) de saúde de familiar.

Novamente seguiu-se o disposto no Estatuto Municipal, sendo a Isonomia devida nos primeiros 15 (quinze) dias.

Sobre a realização de perícias acordou-se que caberá ao CEAMA as vistorias médicas, sendo facultativo a Administração Municipal a avaliação social.

Item 4 - Cursos de Especialização. É o tema regulamentado pela Portaria 001/SMS/91 sendo que as disposições ali contidas passam a valer para os servidores estaduais municipalizados.

Item 5 - Diárias. A evolução das relações possibilitaram o pagamento de diárias, acordando a Administração e Servidores que na oportunidade em que o servidor se ausentar do município, por determinação da Secretaria Municipal de Saúde, ou para participação em Cursos e Congressos observada a normatização pertinente será a diária devida, sendo a mesma paga junto a Isonomia.

Item 6 - Cargos de Chefia. Trata-se o pleito do acesso de servidores estaduais a cargos de chefia, para tanto algumas regras devem ser observadas, a saber :

- **Monitoria:** Possibilidade de ocupação, com pagamento de gratificação do cargo, via Isonomia.
- **Supervisão:** Ocupação vetada face o disposto na Lei nº 3939/91 e no Estatuto de Servidores. O acesso a estes cargos fica vinculado a reforma das Legislações citadas.
- **Cargos de livre provimento:** Acesso possível via nomeação do chefe executivo.

Item 7 - Convênio Médico / Dentário (FAMME). Poderá os servidores estaduais aderir ao convênio, submetendo-se ao desconto de praxe, porém sujeitos às Normas Disciplinares da própria unidade.

Item 8 - Refeição. Após definição do sistema a ser adotado pelos servidores municipais discutiu-se e acordou-se a possibilidade do mesmo também servirem-se do "documento refeição", sendo que para tanto faz-se necessário uma alteração do instrumento contratual, a qual já tramita junto a Secretaria da Administração. Definiu-se ainda a mesa a sistemática a ser adotada quando do fornecimento do documento refeição, obedecendo-se o princípio de escalonamento salarial.

Item 9 - Salário Família (Isonomia). Aplica-se a este tema da pauta os princípios adotados no Item 2, ou seja, sua aplicação e concessão dependerá apenas da regulamentação.

Item 10 - Transferência a pedido do funcionário para outra cidade serão mantidos os procedimentos já adotados pelo ERSA, com anuência da Secretaria Municipal de Saúde com imposição de prazos ou não.

Item 11 - Pagamento em datas coincidentes com o pagamento dos servidores municipais. Para a consecução dos fatos, formou-se um grupo especial de trabalho que contou com a participação de membros da Administração, servidores estaduais, membros do Departamento Financeiro e do Setor de Informática. Concluiu o grupo ser o pleito lícito e de execução possível.

Item 12 - Transferências e Remanejamentos de funcionários no âmbito municipal conforme decisão da mesa de negociações, seguirão as regras adotadas pela Secretaria Municipal de Saúde já acordadas com o Sindicato dos Servidores Públicos Municipais.

IV - Das garantias recíprocas, asseguradas pelos servidores a Administração

Item 1 - Cumprimento das Obrigações Contratuais : Tal propositura "A Priori" enseja redundância, pois o cumprimento das obrigações contratuais é a "Conditio Sine Qua No" da própria relação de trabalho. Sua inobservância propicia a parte lesada a adoção de medidas corretivas. Na atual relação trabalhista, identificamos um híbrido, pois, fora o contrato celebrado com um poder, e hoje com o advento da Lei Orgânica

da Saúde, cabe a outro Poder a gestão contratual. Tal situação não deve gerar abusos ou excessos, deve sim servir de estímulo para que sempre se busque o aperfeiçoamento da relação, afinal ela existe e os abusos devem ser contidos.

Item 2 - Calendário. Se o serviço é hoje prestado ao Município, lógico nos parece que se siga o calendário da Prefeitura Municipal, observando-se os feriados e dias sem expediente, tendo-se entretanto como contra-partida o cumprimento dos 15 (quinze) minutos diários a título de compensação.

Item 3 - Procedimentos Uniformizados. A Administração Municipal tornou-se a gestora do serviço de Saúde, imprimindo através da Secretaria Municipal de Saúde, suas práticas, rotinas, normas técnicas e administrativas. Tais procedimentos devem ser seguidos pelo conjunto de servidores (próprios e municipalizados). Entre as práticas destaca-se :

- a) **Remanejamento Interno.** Tópico já abordado e normatizado (Item 10 pauta dos Servidores Municipais);
- b) **Jornada.** Possibilidade de pagamento de isonomia até o limite de 60 (sessenta) horas, desde que obrigatoriamente um dos vínculos seja cumprido em sistema de plantão, em conformidade com a legislação vigente;
- c) **Ausência Abonada.** Regra idêntica ao conjunto de servidores;
- d) **Atestado Médico/licença para tratamento de saúde.** Tópico já analisado no Item 3 da pauta anterior;
- e) **Férias.** Devem as mesmas serem marcadas em conjunto com servidores e não isoladamente por vínculo;
- f) **Liberação para Cursos e Congressos.** Já analisado o tema no Item, 4 da pauta anterior;
- g) **Registro de Frequência.** Será uniforme, embora não havendo consenso quanto à forma.

Item 4 - Processos Administrativos. Deverá ser observado, como condição de validade o rito processual próprio de cada esfera de poder. Fica criado uma instância de análise dos processos, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde a ser regulamentada.

V - Do Direito de Greve

A partir da entrada em vigor do presente instrumento normativo, e sem prejuízo do livre à Greve, previsto na Constituição Federal, as partes tem justo e acertado, sobre o tema o seguinte :

- a) **Servidores Estaduais** - Comunicação com antecedência ao Município, destacando-se o pessoal envolvido e a sistemática de negociação. Se a deliberação pela adoção da greve for definitiva, o prazo de comunicação será de 48 (quarenta e oito) horas.
- b) **Direitos dos Grevistas** - Assegurado pela Administração Municipal as decisões resultantes das negociações, respeitando-se a autonomia Administrativa pelas condições mais favoráveis aos trabalhadores.
- c) Em caso de greve do servidor próprio, caberá a base municipal a comunicação expressa da adesão ou não. Não ocorrendo a adesão dos servidores estaduais na greve dos servidores municipais, estes participarão através da representação sindical local do processo de discussão com os servidores municipais em greve.
- d) A Administração sem desprezo ao lícito direito de greve e consciente de suas obrigações e funções institucionais, compromete-se quanto a greve ocorrer apenas entre os servidores estaduais ou entre os servidores municipais, estabelecer com as representações sindicais dos servidores que não paralisaram suas atividades o encaminhamento do trabalho destes durante a greve e seu envolvimento no atendimento de suas obrigações funcionais, sem que com isso resulte em interferência na greve.

Item 6 - Vida funcional. Trata com a chefia administrativa da Unidade no âmbito de sua competência. A proposta vem de encontro ao processo de descentralização defendido e praticado pela Administração, é válido, lógico, prioritário.

VI - Conclusão :

A - Compromisso e Vigência

As partes concordam que as disposições deste protocolo incorporam-se ao patrimônio jurídico, social e político da Administração e dos servidores, visando o atendimento do bem comum e o perfeito equacionamento das justas aspirações da comunidade, pois a "Saúde é um direito de todos e um dever do Estado".

Comprometem-se assim a respeitar e fazer cumprir, integralmente o presente, competindo à Administração operacionalizar imediatamente sua regulamentação, por via dos competentes instrumentos legislativos, com sua conseqüente à honrosa apreciação da Câmara de Vereadores e, onde couber, a edição de Decretos e Portarias.

Na conclusão deste primeiro "Protocolo" que terá continuidade no processo permanente de negociação através das questões ainda a serem importante registrar e parabenizar a todos pelo denodo, seriedade e profissionalismo que se dedicaram ao trabalho fazendo dessa mesa das primeiras a nível nacional um marco. Que o resultado desse trabalho seja profícuo e duradouro, pois assim, ganhamos todos nós.

Assim, por estarem certas, justas e acordadas as partes, subscrevem este "Protocolo", recomendando que seja dado a mais ampla divulgação e conhecimento das autoridades e servidores.

ABR/94

**ANEXO 11-IV – GASTOS COM SAÚDE POR ELEMENTO DE DESPESA EM RELAÇÃO À FONTE DE RECURSOS.
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS, 1995.**

US\$ 0,9198

ELEMENTO DE DESPESA		RECURSOS PRÓPRIOS			RECURSOS ESTADUAIS			RECURSOS FEDERAIS			TOTAL		
		R%	US\$	%	R%	US\$	%	R%	US\$	%	R%	US\$	%
CUS-TEIO	Pessoal												
	Material de Consumo												
	Serviços de Terceiros												
	SUB-TOTAL												
IN-VESTI-MEN-TO	Obras												
	Material Permanente												
	Outros Investimentos												
	SUB-TOTAL												
TOTAL GERAL		39.679.276	43.137.233	66,56				19.934.985	21.591.413	33,44	59.614.261	64.728.646	100,00

Fonte: SMS-SJC-Relatório de Gestão, 1996.

**ANEXO 12-IV – GASTOS COM SAÚDE POR ELEMENTO DE DESPESA EM RELAÇÃO À FONTE DE RECURSOS.
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS, 1994.**

US\$ 0,6771

ELEMENTO DE DESPESA		RECURSOS PRÓPRIOS			RECURSOS ESTADUAIS			RECURSOS FEDERAIS			TOTAL		
		R%	US\$	%	R%	US\$	%	R%	US\$	%	R%	US\$	%
CUS- TEIO	Pessoal												
	Material de Consumo												
	Serviços de Terceiros												
	SUB-TOTAL												
IN- VESTI- MEN- TO	Obras												
	Material Permanente												
	Outros Investimentos												
	SUB-TOTAL												
TOTAL GERAL		15.778.107	23.302.609	62,13	5.000	7.384	0,02	9.612.289	6.508.481	37,35	25.390.486	29.811.090	100,0

Fonte: SMS-SJC-Relatório de Gestão, 1996.

**ANEXO 13-IV – GASTOS COM SAÚDE POR ELEMENTO DE DESPESA EM RELAÇÃO À FONTE DE RECURSOS.
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS, 1993.**

US\$ 1,2715

ELEMENTO DE DESPESA		RECURSOS PRÓPRIOS			RECURSOS ESTADUAIS			RECURSOS FEDERAIS			TOTAL		
		R%	US\$	%	R%	US\$	%	R%	US\$	%	R%	US\$	%
CUS- TEIO	Pessoal												
	Material de Consumo												
	Serviços de Terceiros												
	SUB-TOTAL												
IN- VESTI- MEN- TO	Obras												
	Material Permanente												
	Outros Investimentos												
	SUB-TOTAL												
TOTAL GERAL		14.643.785	18.620.838	77,15	96.956	123.280	0,51	4.239.751	5.390.843	22,34	18.980.472	24.134.961	100,0

Fonte: SMS-SJC-Relatório de Gestão, 1996.

**ANEXO 14-IV – GASTOS COM SAÚDE POR ELEMENTO DE DESPESA EM RELAÇÃO À FONTE DE RECURSOS.
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS, 1992.**

US\$ 0,7458

ELEMENTO DE DESPESA		RECURSOS PRÓPRIOS			RECURSOS ESTADUAIS			RECURSOS FEDERAIS			TOTAL		
		R%	US\$	%	R%	US\$	%	R%	US\$	%	R%	US\$	%
CUS- TEIO	Pessoal												
	Material de Consumo												
	Serviços de Terceiros												
	SUB-TOTAL												
IN- VESTI- MEN- TO	Obras												
	Material Permanente												
	Outros Investimentos												
	SUB-TOTAL												
TOTAL GERAL		8.369.393	11.220.174	77,18				2.475.173	3.318.816	22,82	10.844.566	14.538.990	100,00

Fonte: SMS-SJC-Relatório de Gestão, 1996.

ANEXO 15.IV

FLUXOGRAMA DO COAS

ANEXO 16.IV

HOSPITAL DIA - FLUXOGRAMA EXTERNO DO DOENTE

Fonte: SMS-SJC – Relatório de Gestão, 1996.

ANEXO 17.IV

Fonte: SMS-SJC – Relatório de Gestão, 1996.

ANEXO 18.IV

HOSPITAL DIA FLUXOGRAMA INTERNO DO DOENTE

ANEXO 19.IV

TOTAL DE LEITOS PÚBLICOS CADASTRADOS NO SIH - SUS SÃO JOSÉ DOS CAMPOS - 1995/1997

LEITOS	1995	1997
CIRURGIA	25	46
CL. MEDICA	70	111
CL. OBSTETRICA	0	32
F.P.T.	40	40
PSIQUIATRIA	14	16
PEDIATRIA	24	40
TOTAL	173	285

UTI	1995	1997
ADULTO	5	18 *
INFANTIL	0	6
NEONATAL	0	8
TOTAL	5	32

* (09) NOVE LEITOS EQUIPADOS, AGUARDANDO RECURSOS FINANCEIROS P/ SEREM ATIVADOS

Fonte: NAC/DVS/SMS-SJC.

ANEXO 20.IV

LEITOS HOSPITALARES PÚBLICOS POR CLÍNICA - 1997 - SÃO JOSÉ DOS CAMPOS

ESPECIALIDADE	HOSPITAL MUNICIPAL	VICENTINA ARANHA ****	HOSPITAL DIA / AIDS	UPA SAÚDE MENTAL	UPA ALTO DA PONTE	UPA PARQUE INDUSTRIAL	UPA SÃO FRANCISCO	UPA EUGÊNIO DI MITEO	TOTAL
CIRURGIA	46								46
OBSTETRÍCIA	42 *								42
CLÍNICA MÉDICA	46 **	10	14		10	21 ***	4	6	111
F.P.T. CRÔN.		40							40
PSIQUIATRIA				16					16
PEDIATRIA	24				5	7	1	3	40
TOTAL	148	50	14	16	15	28	5	9	285

DE 1996 ATÉ 1997

* ALOJAMENTO CONJUNTO

** 12 LEITOS PARA AIDS

*** 02 LEITOS PARA AIDS

**** CONTRATO COM MUNICÍPIO DESDE JAN/94

U.E.L.	HOSPITAL MUNICIPAL
ADULTO	18
PEDIATRIA	6
NEONATAIS	8

Fonte: NAC/DVS/SMS-SJC

ANEXO 21.IV

LEITOS HOSPITALARES - S.U.S. CADASTRO - 1997

	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA		HOSPITAL PIO XII		ANTONINHO DA ROCHA MARMO		CENTRO DE VALORIZAÇÃO DA VIDA CVV		ASSOCIAÇÃO INSTITUTO CHUI DE PSIQUIATRIA		TOTAL	
	DATASUS	CADASTRO	DATASUS	CADASTRO	DATASUS	CADASTRO	DATASUS	CADASTRO	DATASUS	CADASTRO	DATASUS	CADASTRO
U.T.I.	8	4	5	5							13	9
CIRURGIA	30	4	15	17	4	4					49	25
OBSTETRÍCIA	20	15	13		16	23					49	38
CLÍNICA MÉDICA	17	11	24	28	2	2					43	41
PEDIATRIA	8	6	1	1	31	22					40	29
PSIQUIATRIA							160	160	164	164	324	324
TOTAL (SEM U.T.I.)	75	36	53	46	53	51	160	160	164	164	505	457

Fonte: NAC/DVS/SMS-SJC

INVASÃO HOSPITALAR SJC 1995

Frequência Valor Total por CID 9 3 dígitos

CID 9 3 dígitos	Frequência	%Frequência	Valor Total	%Valor Total
009 - Infecções Intestinais Mal Definidas	26	1,30	3.137,94	0,44
038 - Septicemia	20	1,00	7.685,21	1,08
150 - Neoplasma Maligno do Esôfago	6	0,30	2.158,88	0,30
162 - Neopl Maligna Traqueia Bronquios e Pulmão	6	0,30	3.255,57	0,46
174 - Neoplasma Maligno da Mama Feminina	10	0,50	4.748,95	0,66
191 - Neoplasma Maligno do Encefalo	6	0,30	6.727,08	0,94
218 - Leiomioma Uterino	7	0,35	1.907,72	0,27
250 - Diabetes Mellitus	14	0,70	3.583,99	0,50
276 - Transt Equil Hidroeletról e Ácido-Básico	31	1,55	2.490,52	0,35
291 - Psicoses Alcoólicas	197	9,85	67.539,92	9,45
292 - Psicoses por Drogas	24	1,20	6.750,00	0,94
293 - Quadros Psicóticos Orgânicos Transitórios	9	0,45	2.686,79	0,38
294 - Outros Quadros Psicóticos Orgânicos	56	2,80	21.336,28	2,99
295 - Psicoses Esquizofrênicas	347	17,34	134.933,39	18,88
296 - Psicoses Afetivas	52	2,60	18.599,04	2,60
298 - Outras Psicoses não Orgânicas	128	6,40	37.306,83	5,22
303 - Síndrome da Dependência do Alcool	13	0,65	1.488,07	0,21
331 - Outras Degenerações Cerebrais	7	0,35	5.238,98	0,73
345 - Epilepsia	7	0,35	498,61	0,07
394 - Doenças da Valvula Mitral	12	0,60	52.009,63	7,28
410 - Infarto Agudo do Miocárdio	7	0,35	3.536,80	0,49
411 - Out Form Agud e Subag Doenc Isquem Cor	7	0,35	23.624,95	3,31
426 - Transtornos da Condutividade	13	0,65	40.109,46	5,61
428 - Insuficiência Cardíaca	18	0,90	5.715,74	0,80
434 - Oclusão das Arterias Cerebrais	7	0,35	1.901,54	0,27
443 - Outras Doenças Vasculares Periféricas	6	0,30	650,52	0,09
444 - Embolia e Trombose Arteriais	6	0,30	5.198,18	0,73
485 - Broncopneumonia Microorganismo não Específico	29	1,45	6.628,57	0,93
486 - Pneumonia Microorganismo não Específico	29	1,45	5.752,13	0,80
493 - Asma	6	0,30	1.268,82	0,18
518 - Outras Doenças do Pulmão	6	0,30	3.334,13	0,47
550 - Hernia Inguinal	30	1,50	5.808,14	0,81
560 - Obstrução Intestinal sem Menção de Hernia	6	0,30	3.588,63	0,50
574 - Colelitíase	8	0,40	2.315,16	0,32
575 - Outros Transtornos da Vesícula Biliar	10	0,50	2.172,20	0,30
585 - Insuficiência Renal Crônica	11	0,55	3.155,27	0,44
590 - Infecções do Rim	9	0,45	1.144,55	0,16
600 - Hiperplasia da Prostata	9	0,45	4.448,12	0,62
605 - Hipertrofia do Prepúcio e Fimose	8	0,40	473,16	0,07
626 - Transt Menstr e Out Hemor Anor T Gen Fe	10	0,50	840,24	0,12
634 - Aborto Espontâneo	33	1,65	2.210,58	0,31
640 - Hemorragia do Início da Gravidez	8	0,40	230,06	0,03
642 - Hipertensão Compl Gravidez Part e Puérp	6	0,30	685,20	0,10
644 - Trabalho de Parto Prematuro ou Falso	11	0,55	318,56	0,04
650 - Parto Normal	187	9,35	22.985,25	3,22
653 - Desproporção	8	0,40	1.617,89	0,23
654 - Anomalia dos Órgãos Tecidos Moles da Pelve	29	1,45	5.766,58	0,81
656 - Out Probl Fet Placenta Que Afet Cond Mãe	10	0,50	1.909,24	0,27
658 - Out Probl Assoc Cavidade Amniótica e Memb	8	0,40	1.641,69	0,23
669 - Out Compl Trabalho Parto e Parto NCOP	34	1,70	6.739,67	0,94
682 - Outras Celulites e Abscessos	11	0,55	2.040,66	0,29
745 - Anomalia do Bulbo Card e do Fecham Sept Carc	7	0,35	27.058,18	3,79

AS FREQUÊNCIAS < 6 FORAM SUPRIMIDAS

Fonte: SIH/SUS/MS.

INVASÃO HOSPITALAR SJC 1995

Frequência Valor Total por CID 9 3 dígitos

CID 9 3 dígitos	Frequência	%Frequência	Valor Total	%Valor Total
765 - Trans Ges Curt Dur Pes Baix Nasc Tip NE	10	0,50	4.201,20	0,59
788 - Sintomas Relativos ao Aparelho Urinário	7	0,35	664,95	0,09
789 - Out Sint Relativos ao Abdomen e a Pelve	11	0,55	754,74	0,11
802 - Fratura dos ossos da face	7	0,35	1.357,96	0,19
813 - Fratura do rádio e do cubito	9	0,45	1.707,43	0,24
820 - Fratura do colo do fêmur	8	0,40	3.681,89	0,52
850 - Concussão do cérebro	19	0,95	4.728,02	0,66
879 - Ferim out localiz e n/espec exceto membros	13	0,65	8.621,35	1,21
V54 - Out cuidados de seguim em ortopedia	7	0,35	703,07	0,10
Total	2.001	100,00	714.716,26	100,00

AS FREQUÊNCIAS < 6 FORAM SUPRIMIDAS

Fonte: SIH/SUS/MS.

ANEXO 23.IV

INVASÃO HOSPITALAR SJC 1996

Frequência Valor Total por CID 9 3 digitos

CID 9 3 digitos	Frequência	%Frequência	Valor Total	%Valor Total	Quociente
009 - Infecções Intestinais Mal Definidas	12	0,63	1.304,56	0,18	108,71
038 - Septicemia	19	1,00	10.381,73	1,45	546,41
162 - Neopl Malig Traqueia Bronquios e Pulmao	6	0,32	4.442,80	0,62	740,47
174 - Neoplasma Maligno da Mama Feminina	11	0,58	5.254,16	0,73	477,65
191 - Neoplasma Maligno do Encefalo	7	0,37	7.258,53	1,01	1.036,93
199 - Neopl Malig sem Especificacao de Local	9	0,48	3.661,30	0,51	406,81
250 - Diabetes Mellitus	8	0,42	1.015,88	0,14	126,98
262 - Out Formas Desnutric Prot-Caloric Grav	10	0,53	1.645,13	0,23	164,51
276 - Transt Equil Hidroeletrol e Acido-Basic	29	1,53	1.387,26	0,19	47,84
288 - Doencas dos Leucocitos	9	0,48	2.788,49	0,39	309,83
290 - Quadr Psicotic Organ Senis e Pre-Senis	6	0,32	2.507,10	0,35	417,85
291 - Psicoses Alcoolicas	162	8,56	49.305,83	6,88	304,36
292 - Psicoses por Drogas	55	2,91	16.078,66	2,24	292,34
293 - Quadros Psicoticos Organicos Transitor	8	0,42	2.525,85	0,35	315,73
294 - Outros Quadros Psicoticos Organicos	50	2,64	21.650,70	3,02	433,01
295 - Psicoses Esquizofrenicas	455	24,05	189.131,11	26,40	415,67
296 - Psicoses Afetivas	36	1,90	13.008,56	1,82	361,35
298 - Outras Psicoses nao Organicas	158	8,35	49.557,93	6,92	313,66
303 - Sindrome da Dependencia do Alcool	15	0,79	1.754,59	0,24	116,97
401 - Hipertensao Essencial	7	0,37	1.544,02	0,22	220,57
410 - Infarto Agudo do Miocardio	8	0,42	6.695,67	0,93	836,96
413 - Angina do Peito	8	0,42	8.605,78	1,20	1.075,72
426 - Transtornos da Conducao	15	0,79	38.352,89	5,35	2.556,86
428 - Insuficiencia Cardiaca	9	0,48	3.517,36	0,49	390,82
430 - Hemorragia Subaracnoidiana	7	0,37	8.388,52	1,17	1.198,36
432 - Out Hemorr Intracranianas e nao Especif	6	0,32	3.113,28	0,43	518,88
434 - Oclusao das Arterias Cerebrais	9	0,48	2.581,32	0,36	286,81
443 - Outras Doencas Vasculares Perifericas	6	0,32	853,21	0,12	142,20
482 - Outras Pneumonias Bacterianas	9	0,48	1.275,40	0,18	141,71
485 - Broncopneumonia Microorgan nao Especif	32	1,69	7.219,38	1,01	225,61
486 - Pneumonia Microorganismo nao Especific	22	1,16	5.873,51	0,82	266,98
490 - Bronquite nao Especif se Aguda ou Cron	6	0,32	1.302,83	0,18	217,14
493 - Asma	16	0,85	3.181,99	0,44	198,87
496 - Obstucacao Cronica Vias Respirat NCOP	10	0,53	2.890,70	0,40	289,07
540 - Apendicite Aguda	9	0,48	1.688,69	0,24	187,63
550 - Hernia Inguinal	9	0,48	1.705,86	0,24	189,54
560 - Obstrucao Intestin sem Mencao de Hernia	7	0,37	4.220,70	0,59	602,96
574 - Colelitase	6	0,32	1.907,00	0,27	317,83
578 - Hemorragia Gastrointestinal	8	0,42	1.449,50	0,20	181,19
585 - Insuficiencia Renal Cronica	16	0,85	3.417,82	0,48	213,61
590 - Infecções do Rim	6	0,32	2.568,86	0,36	428,14
634 - Aborto Espontaneo	10	0,53	642,30	0,09	64,23
640 - Hemorragia do Inicio da Gravidez	10	0,53	289,60	0,04	28,96
644 - Trabalho de Parto Prematuro ou Falso	7	0,37	202,72	0,03	28,96
650 - Parto Normal	86	4,55	10.937,44	1,53	127,18
653 - Desproporcao	13	0,69	2.652,14	0,37	204,01
654 - Anormalid Orgaos Tecidos Moles da Pelve	15	0,79	3.568,93	0,50	237,93
658 - Out Probl Assoc Cavidad Amniotic e Memb	6	0,32	1.212,54	0,17	202,09
669 - Out Compl Trabalho Parto e Parto NCOP	15	0,79	3.104,45	0,43	206,96
682 - Outras Celulites e Abscessos	9	0,48	1.961,27	0,27	217,92
730 - Osteom Periost Out Infec Atingem Ossos	6	0,32	1.632,44	0,23	272,07
737 - Desvio da Coluna Vertebral	6	0,32	3.980,58	0,56	663,43

23/07/98

Página 1 de

AS FREQUÊNCIAS < 6 FORAM SUPRIMIDAS

Fonte: SIH/SUS/MS.

INVASÃO HOSPITALAR SJC 1996

Frequência Valor Total por CID 9 3 dígitos

CID 9 3 dígitos	Frequência	%Frequência	Valor Total	%Valor Total	Quociente
789 - Out Sint Relativos ao Abdomen e a Pelve	13	0,69	978,25	0,14	75,25
796 - Outros Achados Anormais nao Espec	11	0,58	346,88	0,05	31,53
802 - Fratura dos ossos da face	7	0,37	964,52	0,13	137,79
821 - Fratura out partes e partes n/especif. femur	6	0,32	2.792,54	0,39	465,42
850 - Concussao do cerebro	12	0,63	3.762,62	0,53	313,55
879 - Ferim out localiz e n/espec exceto membros	20	1,06	24.553,26	3,43	1.227,66
998 - Out complic de proced, n/classf em out parte	7	0,37	1.514,27	0,21	216,32
Total	1.892	100,00	716.467,17	100,00	378,68

AS FREQUÊNCIAS < 6 FORAM SUPRIMIDAS

Fonte: SIH/SUS/MS.

ANEXO 24.IV

INVASÃO HOSPITALAR SJC 1997

Frequência Valor Total CID 9 3 digitos

CID 9 3 digitos	Frequência	Valor Total	%Frequência	%Valor Total	Quociente
009 - Infecções Intestinais Mal Definidas	13	1.366,83	0,41	0,10	105,14
038 - Septicemia	25	11.549,74	0,79	0,87	461,99
154 - Neopl Mal Reto Juncao Reto-Sigm e Anus	11	5.377,45	0,35	0,41	488,86
161 - Neoplasma Maligno da Laringe	8	4.017,15	0,25	0,30	502,14
162 - Neopl Malig Traqueia Bronquios e Pulmao	9	3.125,87	0,28	0,24	347,32
174 - Neoplasma Maligno da Mama Feminina	12	4.935,18	0,38	0,37	411,27
180 - Neoplasma Maligno do Colo do Utero	6	3.256,92	0,19	0,25	542,82
186 - Neoplasma Maligno do Testiculo	6	2.288,09	0,19	0,17	381,35
191 - Neoplasma Maligno do Encefalo	11	10.978,80	0,35	0,83	998,07
199 - Neopl Malig sem Especificacao de Local	12	5.499,66	0,38	0,42	458,31
276 - Transt Equil Hidroeletrol e Acido-Basic	12	756,83	0,38	0,06	63,07
281 - Outras Anemias por Deficiencia	10	1.353,84	0,32	0,10	135,38
290 - Quadr Psicotic Organ Senis e Pre-Senis	19	8.031,26	0,60	0,61	422,70
291 - Psicoses Alcoolicas	256	82.093,38	8,11	6,21	320,68
292 - Psicoses por Drogas	59	15.600,15	1,87	1,18	264,41
294 - Outros Quadros Psicoticos Organicos	180	73.736,74	5,70	5,58	409,65
295 - Psicoses Esquizofrenicas	1.277	545.019,17	40,44	41,22	426,80
296 - Psicoses Afetivas	108	42.291,90	3,42	3,20	391,59
298 - Outras Psicoses nao Organicas	233	85.834,42	7,38	6,49	368,39
303 - Síndrome da Dependencia do Alcool	13	1.354,81	0,41	0,10	104,22
322 - Meningite de Causa nao Especificada	6	2.796,95	0,19	0,21	466,16
401 - Hipertensao Essencial	7	513,43	0,22	0,04	73,35
410 - Infarto Agudo do Miocardio	6	2.987,32	0,19	0,23	497,89
411 - Out Form Agud e Subag Doenc Isquem Cor	6	20.820,89	0,19	1,57	3.470,15
413 - Angina do Peito	7	8.193,19	0,22	0,62	1.170,46
426 - Transtornos da Conducao	29	87.098,45	0,92	6,59	3.003,39
428 - Insuficiencia Cardiaca	18	6.106,35	0,57	0,46	339,24
430 - Hemorragia Subaracnoidiana	6	5.985,81	0,19	0,45	997,64
432 - Out Hemorr Intracranianas e nao Especif	10	8.056,72	0,32	0,61	805,67
434 - Oclusao das Arterias Cerebrais	12	4.112,87	0,38	0,31	342,74
444 - Embolia e Trombose Arteriais	12	6.859,27	0,38	0,52	571,61
482 - Outras Pneumonias Bacterianas	9	1.612,73	0,28	0,12	179,19
485 - Broncopneumonia Microorgan nao Especif	18	4.332,44	0,57	0,33	240,69
486 - Pneumonia Microorganismo nao Especific	13	4.388,25	0,41	0,33	337,56
493 - Asma	7	1.504,85	0,22	0,11	214,98
496 - Obstrucao Cronica Vias Respirat NCOP	6	1.474,32	0,19	0,11	245,72
518 - Outras Doencas do Pulmao	7	6.415,24	0,22	0,49	916,46
540 - Apendicite Aguda	10	2.011,23	0,32	0,15	201,12
550 - Hernia Inguinal	7	1.696,98	0,22	0,13	242,43
558 - Out Gastroenterites e Colites nao Infec	37	1.964,02	1,17	0,15	53,08
560 - Obstrucao Intestin sem Mencao de Hernia	9	6.039,37	0,28	0,46	671,04
578 - Hemorragia Gastrointestinal	10	2.136,20	0,32	0,16	213,62
585 - Insuficiencia Renal Cronica	21	5.108,59	0,66	0,39	243,27
590 - Infecções do Rim	6	704,49	0,19	0,05	117,42
634 - Aborto Espontaneo	14	1.010,34	0,44	0,08	72,17
650 - Parto Normal	77	9.935,90	2,44	0,75	129,04
653 - Desproporcao	12	2.461,95	0,38	0,19	205,16
654 - Anormalid Orgaos Tecidos Moles da Pelve	11	2.309,80	0,35	0,17	209,98
669 - Out Compl Trabalho Parto e Parto NCOP	21	4.317,63	0,66	0,33	205,60
682 - Outras Celulites e Abscessos	7	451,45	0,22	0,03	64,49
789 - Out Sint Relativos ao Abdomen e a Pelve	17	2.706,00	0,54	0,20	159,18
802 - Fratura dos ossos da face	7	1.093,93	0,22	0,08	156,28

23/07/98

Página 1 de 2

AS FREQUÊNCIAS < 6 FORAM SUPRIMIDAS

Fonte: SIH/SUS/MS.

INVASÃO HOSPITALAR SJC 1997

Frequência Valor Total CID 9 3 dígitos

CID 9 3 dígitos	Frequência	Valor Total	%Frequência	%Valor Total	Quociente
820 - Fratura do colo do fêmur	11	4.185,21	0,35	0,32	380,47
850 - Concussão do cérebro	25	5.744,79	0,79	0,43	229,79
879 - Ferim ou localiz e n/espec exceto membros	11	10.947,79	0,35	0,83	995,25
Total	3.158	1.322.174,68	100,00	100,00	418,67

AS FREQUÊNCIAS < 6 FORAM SUPRIMIDAS

Fonte: SIH/SUS/MS.

ANEXO 25.IV

EVASÃO HOSPITALAR SJC 1995

Frequência Valor Total CID 9 3 dígitos

CID 9 3 dígitos	Frequência	%Frequência	Valor Total	%Valor Total	Quociente
650 - Parto Normal	304	14,60	37.523,44	3,55	123,43
669 - Out Compl Trabalho Parto e Parto NCOP	138	6,63	28.001,04	2,65	202,91
749 - Fissura Abobada Palatina e Labio Lepor	78	3,75	33.096,83	3,13	424,32
295 - Psicoses Esquizofrenicas	60	2,88	23.950,76	2,26	399,18
318 - Outras Oligofrenias Especificadas	52	2,50	23.242,26	2,20	446,97
294 - Outros Quadros Psicoticos Organicos	49	2,35	18.616,42	1,76	379,93
644 - Trabalho de Parto Prematuro ou Falso	48	2,31	1.386,84	0,13	28,89
360 - Transtornos do Globo Ocular	45	2,16	11.459,16	1,08	254,65
763 - Out Comp Trab Par ou Par Afet Feto RN	41	1,97	7.880,56	0,74	192,21
411 - Out Form Agud e Subag Doenc Isquem Cor	41	1,97	95.360,00	9,01	2.325,85
011 - Tuberculose Pulmonar	36	1,73	14.920,97	1,41	414,47
204 - Leucemia Linfóide	25	1,20	48.448,02	4,58	1.937,92
654 - Anormalid Orgaos Tecidos Moles da Pelve	24	1,15	4.761,22	0,45	198,38
634 - Aborto Espontaneo	24	1,15	1.605,56	0,15	66,90
640 - Hemorragia do Inicio da Gravidez	21	1,01	605,73	0,06	28,84
789 - Out Sint Relativos ao Abdomen e a Pelve	20	0,96	4.462,30	0,42	223,11
642 - Hipertensao Compl Gravidez Part e Puerp	20	0,96	1.380,96	0,13	69,05
621 - Afeccoes do Utero n Classif Outra Parte	18	0,86	5.303,10	0,50	294,62
550 - Hernia Inguinal	18	0,86	4.414,01	0,42	245,22
959 - Outros traumatismos e os nao especificados	17	0,82	7.454,85	0,70	438,52
585 - Insuficiencia Renal Cronica	16	0,77	26.475,86	2,50	1.654,74
379 - Outros Transtornos do Olho	16	0,77	5.295,88	0,50	330,99
343 - Paralisia Cerebral Infantil	15	0,72	8.193,24	0,77	546,22
618 - Prolapso Genital	15	0,72	3.447,42	0,33	229,83
366 - Catarata	15	0,72	5.774,83	0,55	384,99
428 - Insuficiencia Cardiaca	15	0,72	13.563,18	1,28	904,21
729 - Outros Transtornos dos Tecidos Moles	15	0,72	10.577,68	1,00	705,18
528 - Doenc Tec Mol Boc Exc Les Gengiv e Ling	14	0,67	3.699,08	0,35	264,22
820 - Fratura do colo do femur	13	0,62	17.481,69	1,65	1.344,75
656 - Out Probl Fet Placen Que Afet Cond Mae	12	0,58	2.507,66	0,24	208,97
218 - Leiomioma Uterino	12	0,58	4.260,87	0,40	355,07
745 - Anomal Bulbo Card e do Fecham Sept Card	11	0,53	30.256,38	2,86	2.750,58
319 - Oligofrenia nao Especificada	11	0,53	4.891,04	0,46	444,64
575 - Outros Transtornos da Vesicula Biliar	11	0,53	3.163,61	0,30	287,60
486 - Pneumonia Microorganismo nao Especific	11	0,53	2.258,68	0,21	205,33
480 - Pneumonia Viral	11	0,53	8.552,43	0,81	777,49
616 - Doenc Inflamat Colo Utero Vagina e Vulv	11	0,53	2.367,03	0,22	215,18
599 - Out Afeccoes da Uretra e Trato Urinario	11	0,53	2.104,47	0,20	191,32
765 - Trans Ges Curt Dur Pes Baix Nasc Tip NE	10	0,48	10.918,49	1,03	1.091,85
V59 - Doadores	10	0,48	3.156,02	0,30	315,60
345 - Epilepsia	9	0,43	9.685,80	0,92	1.076,20
653 - Desproporcao	9	0,43	1.790,78	0,17	198,98
553 - Out Hem Cav Abdom s Menc Obstr ou Gang	9	0,43	2.187,02	0,21	243,00
784 - Sint Relativos a Cabeça e ao Pescoco	8	0,38	182,64	0,02	22,83
474 - Doenca Cronica Amigdalas e Adenoides	8	0,38	745,55	0,07	93,19
285 - Outras Anemias e as nao Especificadas	8	0,38	1.032,82	0,10	129,10
180 - Neoplasma Maligno do Colo do Utero	8	0,38	3.489,42	0,33	436,18
643 - Vomitos Excessivos na Gravidez	8	0,38	2.146,00	0,20	268,25
620 - Transt n Infl Ovar Tr Falop e Lig Larg	8	0,38	1.434,39	0,14	179,30
170 - Neopl Malig Ossos e Cartilag Articulare	8	0,38	7.796,44	0,74	974,55
239 - Neoplasma de Natureza nao Especificada	7	0,34	3.152,51	0,30	450,36
317 - Oligofrenia Leve	7	0,34	3.493,82	0,33	499,12

23/07/98

Página 1 de 1

AS FREQUÊNCIAS < 6 FORAM SUPRIMIDAS

Fonte: SIH/SUS/MS.

EVASÃO HOSPITALAR SJC 1995

Frequência Valor Total CID 9 3 digitos

CID 9 3 digitos	Frequência	%Frequência	Valor Total	%Valor Total	Quociente
823 - Fratura da tibia e do peronio	7	0,34	3.449,24	0,33	492,75
298 - Outras Psicoses nao Organicas	7	0,34	3.302,26	0,31	471,75
605 - Hipertrofia do Prepucio e Fimose	7	0,34	462,61	0,04	66,09
485 - Broncopneumonia Microorgan nao Especif	7	0,34	1.171,36	0,11	167,34
670 - Infeccao Puerperal	7	0,34	398,23	0,04	56,89
652 - Ma Posicao Ma Apresentacao do Feto	7	0,34	1.412,98	0,13	201,85
626 - Transt Menstr e Out Hemor Anor T Gen Fe	7	0,34	484,87	0,05	69,27
738 - Outras Deformidades Adquiridas	7	0,34	2.281,65	0,22	325,95
401 - Hipertensao Essencial	7	0,34	2.907,21	0,27	415,32
779 - Out Afec e Mal Def Origin Period Perin	7	0,34	2.112,02	0,20	301,72
478 - Out Doen Vias Respiratorias Superiores	7	0,34	3.291,10	0,31	470,16
173 - Outros Neoplasmas Malignos da Pele	6	0,29	8.059,39	0,76	1.343,23
009 - Infeccoes Intestinais Mal Definidas	6	0,29	652,40	0,06	108,73
711 - Artropatias Associadas a Infeccoes	6	0,29	580,04	0,05	96,67
730 - Osteom Periost Out Infec Atingem Ossos	6	0,29	1.588,57	0,15	264,76
821 - Fratura out partes e partes n/especif. femur	6	0,29	4.710,25	0,45	785,04
710 - Doencas Difusas do Tecido Conjuntivo	6	0,29	1.550,63	0,15	258,44
250 - Diabetes Mellitus	6	0,29	813,53	0,08	135,59
447 - Outras Doencas de Arterias e Arteriolas	6	0,29	10.480,62	0,99	1.746,77
590 - Infeccoes do Rim	6	0,29	528,58	0,05	88,10
Total	2.082	100,00	1.057.851,86	100,00	508,09

AS FREQUÊNCIAS < 6 FORAM SUPRIMIDAS

Fonte: SIH/SUS/MS.

ANEXO 26.IV

EVASÃO HOSPITALAR SJC 1996

Frequência Valor Total por CID 9 3 digitos

CID 9 3 digitos	Frequência	%Frequência	Valor Total	%Valor Total	Quociente
650 - Parto Normal	221	12,41	28.155,50	2,90	127,40
763 - Out Comp Trab Par ou Par Afet Feto RN	132	7,41	26.867,15	2,76	203,54
749 - Fissura Abobada Palatina e Labio Lepor	89	5,00	30.075,22	3,09	337,92
411 - Out Form Agud e Subag Doenc Isquem Cor	54	3,03	132.313,47	13,61	2.450,25
318 - Outras Oligofrenias Especificadas	47	2,64	23.293,72	2,40	495,61
295 - Psicoses Esquizofrenicas	39	2,19	17.235,24	1,77	441,93
585 - Insuficiencia Renal Cronica	37	2,08	126.863,47	13,05	3.428,74
644 - Trabalho de Parto Prematuro ou Falso	36	2,02	1.042,56	0,11	28,96
294 - Outros Quadros Psicoticos Organicos	34	1,91	15.662,00	1,61	460,65
011 - Tuberculose Pulmonar	28	1,57	10.162,34	1,05	362,94
379 - Outros Transtornos do Olho	26	1,46	8.421,75	0,87	323,91
550 - Hernia Inguinal	21	1,18	4.603,23	0,47	219,20
654 - Anomaliad Orgaos Tecidos Moles da Pelve	18	1,01	3.674,49	0,38	204,14
780 - Sintomas Gerais	18	1,01	4.397,55	0,45	244,31
653 - Desproporcao	16	0,90	3.307,18	0,34	206,70
428 - Insuficiencia Cardiaca	15	0,84	5.501,74	0,57	366,78
632 - Aborto Retido	14	0,79	951,54	0,10	67,97
656 - Out Probl Fet Placen Que Afet Cond Mae	14	0,79	2.879,20	0,30	205,66
343 - Paralisia Cerebral Infantil	14	0,79	6.950,28	0,72	496,45
218 - Leiomioma Uterino	12	0,67	3.209,50	0,33	267,46
298 - Outras Psicoses nao Organicas	12	0,67	6.017,96	0,62	501,50
642 - Hipertensao Compl Gravidez Part e Puerp	12	0,67	1.226,82	0,13	102,24
626 - Transt Menstr e Out Hemor Anor T Gen Fe	12	0,67	637,47	0,07	53,12
605 - Hipertrofia do Prepucio e Fimose	11	0,62	939,43	0,10	85,40
366 - Catarata	11	0,62	3.796,79	0,39	345,16
319 - Oligofrenia nao Especificada	11	0,62	5.059,06	0,52	459,91
765 - Trans Ges Curt Dur Pes Baix Nasc Tip NE	11	0,62	7.064,17	0,73	642,20
519 - Outras Doencas do Aparelho Respiratorio	10	0,56	9.231,26	0,95	923,13
850 - Concussao do cerebro	10	0,56	1.318,57	0,14	131,86
528 - Doenc Tec Mol Boc Exc Les Gengiv e Ling	10	0,56	2.594,94	0,27	259,49
789 - Out Sint Relativos ao Abdomen e a Pelve	10	0,56	230,57	0,02	23,06
401 - Hipertensao Essencial	10	0,56	1.628,97	0,17	162,90
486 - Pneumonia Microorganismo nao Especific	10	0,56	1.841,52	0,19	184,15
729 - Outros Transtornos dos Tecidos Moles	10	0,56	7.251,75	0,75	725,17
618 - Prolapso Genital	10	0,56	2.303,52	0,24	230,35
996 - Complic peculiares a alguns proced especif	10	0,56	17.823,07	1,83	1.782,31
669 - Out Compl Trabalho Parto e Parto NCOP	10	0,56	1.937,60	0,20	193,76
375 - Transtornos do Aparelho Lacrimal	9	0,51	2.867,30	0,30	318,59
485 - Broncopneumonia Microorgan nao Especif	9	0,51	2.371,45	0,24	263,49
643 - Vomitos Excessivos na Gravidez	8	0,45	231,68	0,02	28,96
250 - Diabetes Mellitus	8	0,45	1.358,94	0,14	169,87
745 - Anomal Bulbo Card e do Fecham Sept Card	8	0,45	24.245,66	2,49	3.030,71
345 - Epilepsia	8	0,45	2.146,78	0,22	268,35
180 - Neoplasma Maligno do Colo do Utero	8	0,45	3.343,86	0,34	417,98
959 - Outros traumatismos e os nao especificados	8	0,45	4.156,66	0,43	519,58
340 - Esclerose Multipla	8	0,45	3.098,78	0,32	387,35
820 - Fratura do colo do femur	7	0,39	5.232,35	0,54	747,48
939 - Corpo estranho no trato geniturinario	7	0,39	1.681,89	0,17	240,27
V59 - Doadores	7	0,39	6.744,93	0,69	963,56
813 - Fratura do radio e do cubito	7	0,39	841,37	0,09	120,20
365 - Glaucoma	7	0,39	1.722,82	0,18	246,12
578 - Hemorragia Gastrointestinal	7	0,39	1.560,03	0,16	222,86

AS FREQUÊNCIAS < 6 FORAM SUPRIMIDAS

Fonte: SIH/SUS/MS.

EVASÃO HOSPITALAR SJC 1996
Frequência Valor Total por CID 9 3 dígitos

CID 9 3 dígitos	Frequência	%Frequência	Valor Total	%Valor Total	Quociente
738 - Outras Deformidades Adquiridas	7	0,39	1.475,12	0,15	210,73
172 - Melanoma Maligno da Pele	7	0,39	2.523,24	0,26	360,46
640 - Hemorragia do Início da Gravidez	7	0,39	202,72	0,02	28,96
599 - Out Afecções da Uretra e Trato Urinário	7	0,39	1.113,05	0,11	159,01
149 - Neopl Mal Out Loc/Mal Def Lab Boc Farin	7	0,39	6.787,30	0,70	969,61
276 - Transt Equil Hidroeletrol e Acido-Basic	7	0,39	363,26	0,04	51,89
454 - Varizes das Extremidades Inferiores	7	0,39	1.173,32	0,12	167,62
474 - Doença Crônica Amígdalas e Adenóides	7	0,39	1.012,29	0,10	144,61
182 - Neoplasma Maligno do Corpo do Útero	6	0,34	2.686,44	0,28	447,74
174 - Neoplasma Maligno da Mama Feminina	6	0,34	2.751,58	0,28	458,60
736 - Out Deformidades Adquiridas dos Membros	6	0,34	8.509,42	0,88	1.418,24
709 - Out Transt Pele e Tecido Celular Subcut	6	0,34	4.651,60	0,48	775,27
802 - Fratura dos ossos da face	6	0,34	6.193,45	0,64	1.032,24
746 - Outras Anomalias Congênitas do Coração	6	0,34	17.957,56	1,85	2.992,93
575 - Outros Transtornos da Vesícula Biliar	6	0,34	2.490,84	0,26	415,14
434 - Oclusão das Arterias Cerebrais	6	0,34	1.238,10	0,13	206,35
382 - Otite Média Supurativa e não Específica	6	0,34	1.739,22	0,18	289,87
493 - Asma	6	0,34	1.412,26	0,15	235,38
470 - Desvio do Septo Nasal	6	0,34	990,77	0,10	165,13
Total	1.781	100,00	971.941,31	100,00	545,73

AS FREQUÊNCIAS < 6 FORAM SUPRIMIDAS

Fonte: SIH/SUS/MS.

ANEXO 27.IV

EVASÃO HOSPITAL SJC 1997

Frequência Valor Total por CID 9 3 dígitos

CID 9 3 dígitos	Frequência	%Frequência	Valor Total	%Valor Total	Quociente
650 - Parto Normal	246	11,18	31.397,48	2,39	127,63
763 - Out Comp Trab Par ou Par Afet Feto RN	147	6,68	29.947,43	2,28	203,72
295 - Psicoses Esquizofrenicas	120	5,45	53.930,18	4,11	449,42
011 - Tuberculose Pulmonar	120	5,45	43.882,02	3,35	365,68
318 - Outras Oligofrenias Especificadas	112	5,09	56.808,16	4,33	507,22
749 - Fissura Abobada Palatina e Labio Lepor	75	3,41	24.339,10	1,86	324,52
294 - Outros Quadros Psicoticos Organicos	55	2,50	24.563,14	1,87	446,60
379 - Outros Transtornos do Olho	50	2,27	15.807,93	1,21	316,16
644 - Trabalho de Parto Prematuro ou Falso	49	2,23	1.472,19	0,11	30,04
319 - Oligofrenia nao Especificada	35	1,59	16.673,50	1,27	476,39
550 - Hernia Inguinal	33	1,50	6.598,27	0,50	199,95
343 - Paralisia Cerebral Infantil	28	1,27	14.606,25	1,11	521,65
780 - Sintomas Gerais	22	1,00	1.955,38	0,15	88,88
366 - Catarata	19	0,86	7.602,44	0,58	400,13
411 - Out Form Agud e Subag Doenc Isquem Cor	18	0,82	39.300,52	3,00	2.183,36
632 - Aborto Retido	18	0,82	1.263,54	0,10	70,20
585 - Insuficiencia Renal Cronica	18	0,82	50.674,69	3,87	2.815,26
182 - Neoplasma Maligno do Corpo do Utero	17	0,77	7.611,58	0,58	447,74
218 - Leiomioma Uterino	16	0,73	4.573,09	0,35	285,82
486 - Pneumonia Microorganismo nao Especific	16	0,73	3.313,02	0,25	207,06
642 - Hipertensao Compl Gravidez Part e Puerp	15	0,68	1.661,79	0,13	110,79
654 - Anomaliad Orgaos Tecidos Moles da Pelve	15	0,68	3.031,35	0,23	202,09
298 - Outras Psicoses nao Organicas	14	0,64	6.571,76	0,50	469,41
528 - Doenc Tec Mol Boc Exc Les Gengiv e Ling	14	0,64	3.437,91	0,26	245,56
653 - Desproporcao	13	0,59	2.700,91	0,21	207,76
715 - Osteoartrite e Transtornos Afins	12	0,55	24.559,96	1,87	2.046,66
485 - Broncopneumonia Microorgan nao Especific	12	0,55	3.667,09	0,28	305,59
Total	2.201	100,00	1.311.044,35	100,00	595,66

AS FREQUÊNCIAS < 12 FORAM SUPRIMIDAS

Fonte: SIH/SUS/MS.

ANEXO 28 IV – RELAÇÃO DO MOVIMENTO DE REGISTRO CIVIL DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS, 1990 –1996.

Ano/Índices	População	Número Absoluto			
		Nascidos Vivos	Nascidos Mortos	Mortalidade Geral	Mortalidade Infantil
1990	422.866	10.034	87	2.083	213
1991	439.231	9.960	74	1.963	201
1992	456.116	9.716	74	2.111	201
1993	470.069	9.640	73	2.369	198
1994	483.774	9.742	94	2.443	203
1995	497.538	9.513	86	2.685	192
1996	485.010	9.995	69	2.704	193

Coeficientes		
Mortalidade Infantil	Natimortalidade	Mortalidade Geral
21,23	8,67	4,93
20,18	7,43	4,47
20,69	7,62	4,63
20,54	7,57	5,04
20,84	9,65	5,05
20,18	9,04	5,40
19,31	6,86	5,58

Fonte: Fundação SEADE

OBS.: Taxa de Mortalidade Infantil e Natimortalidade foram calculadas por 1000 nascidos vivos
Taxas de Mortalidade Geral foram calculadas por 1000 habitantes.

**ANEXO 29 IV – COEFICIENTE DE MORTALIDADE PROPORCIONAL POR
FAIXA ETÁRIA. SÃO JOSÉ DOS CAMPOS, 1989 - 1996.**

1989	
Faixa Etária	Índice
< 1 ano	11,59%
1 – 4 anos	1,67%
5 – 19 anos	4,07%
20 – 49 anos	27,15%
50 anos e +	55,52%

1990	
Faixa Etária	Índice
< 1 ano	10,2%
1 – 4 anos	1,4%
5 – 19 anos	4,7%
20 – 49 anos	24,8%
50 anos e +	58,9%

1991	
Faixa Etária	Índice
< 1 ano	10,2%
1 – 4 anos	1,5%
5 – 19 anos	4,3%
20 – 49 anos	26,5%
50 anos e +	57,5%

1992	
Faixa Etária	Índice
< 1 ano	9,5%
1 – 4 anos	1,3%
5 – 19 anos	4,3%
20 – 49 anos	28,4%
50 anos e +	56,5%

1993	
Faixa Etária	Índice
< 1 ano	8,4%
1 – 4 anos	1,1%
5 – 19 anos	4,2%
20 – 49 anos	28,3%
50 anos e +	58,0%

1994	
Faixa Etária	Índice
< 1 ano	8,3%
1 – 4 anos	1,3%
5 – 19 anos	5,8%
20 – 49 anos	28,3%
50 anos e +	55,7%

1995	
Faixa Etária	Índice
< 1 ano	7,1%
1 – 4 anos	1,3%
5 – 19 anos	4,9%
20 – 49 anos	29,0%
50 anos e +	57,7%

1996	
Faixa Etária	Índice
< 1 ano	7,2%
1 – 4 anos	1,1%
5 – 19 anos	4,6%
20 – 49 anos	30,9%
50 anos e +	56,2%

Fonte: Fundação SEADE.

ANEXO 30 IV – PRINCIPAIS CAPÍTULOS DE CAUSA DE MORTE, ANO DE 1996, NO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS.

Fx. Etária	1ª CAUSA	%	2ª CAUSA	%	3ª CAUSA	%
Menores de 1 ano	Algumas afecções originadas no período perinatal	64,4%	Mal formação congênita, deformidades e anomalias cromossômicas	14,4%	Sintomas, Sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte	7,2%
1 – 4 anos	Causas externas de morbimortalidade	23,3%	Doenças do Sistema Nervoso	20,0%	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	16,6%
5 – 9 anos	Causas externas de morbimortalidade	47,0%	Sinais, Sintomas e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte Doenças do Sistema Nervoso Neoplasias Algumas doenças infecciosas e parasitárias	46,8%	Doença do aparelho respiratório	5,9%
10 – 14 anos	Causas externas de morbimortalidade	63,6%	Sinais, Sintomas e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte Doenças do Sistema Nervoso	18,2%	Doença do sangue e órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	9,0%
15 – 19 anos	Causas externas de morbimortalidade	84,7%	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	4,7%	Doenças do Sistema Nervoso	3,5%
20 – 29 anos	Causas externas de morbimortalidade	67,4%	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	16,1%	Sintomas, Sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte	6,7%
30 – 39 anos	Causas externas de morbimortalidade	38,8%	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	20,5%	Neoplasias Sintomas, Sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte	8,2%
40 – 49 anos	Causas externas de morbimortalidade	23,3%	Sinais, Sintomas e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte	19,3%	Neoplasias	14,6%
50 – 59 anos	Causas do Aparelho Circulatório	26,7%	Neoplasias	23,1%	Sintomas, Sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte	16,7%
60 – 69 anos	Causas do Aparelho Circulatório	26,9%	Neoplasias	21,1%	Sintomas, Sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte	17,7%
70 e +	Causas do Aparelho Circulatório	32,3%	Neoplasias	14,1%	Sintomas, Sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte	15,4%

Fonte: SEADE

OBS.: 1 – A codificação corresponde à X Classificação da CID/OMS
2 – A porcentagem é relacionada ao total de óbitos na faixa etária

TABELA AUXILIAR - ANEXO 31.IV

CARACTERIZAÇÃO DA INVASÃO HOSPITALAR (DO CAPÍTULO V DA CID 9 – E OS DEMAIS) PARA O MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS.

ANOS 1995 –1996 – 1997

Modalidade Ano	1 Invasão Todas as Causas	2 Invasão Transt. Mental	3 Invasão Todas as Demais	4 Todas de Transt. Mental	Dif. 4 e 2 Transt. Ment. de Residente S.J.C.
1995	2001	840	1161	2879	2039
1996	1892	828	1064	3008	2180
1997	3158	2145	1013	3000	845