

Pesquisa de Iniciação Científica - PIBIC/NPP

julho97 - julho98

Análise do PAS -

Plano de Assistência à Saúde da Prefeitura de São Paulo

Novas tendências de gestão pública na área da saúde

Análise do PAS -
Plano de Assistência à Saúde da Prefeitura de São Paulo
Novas tendências de gestão pública na área da saúde

Bolsista: Silvia da Silva Craveiro

Curso: Administração Pública

4º semestre

Fundação Getulio Vargas

Orientador: Clovis Bueno de Azevedo

Professor do Departamento de Administração Geral e Recursos

Humanos EAESP/FGV

Índice

Introdução.....	4
1. Análise do PAS.....	5
1.1 Situação da Saúde no município de São Paulo antes da implantação do PAS.....	5
1.2 A Conjuntura jurídico-político-social que proporcionou o surgimento do Plano.....	7
1.3 Como se formou o PAS e como se deu sua implantação	13
1.4 Características do PAS.....	16
2. Discussões.....	23
2.1 Discussão das hipóteses.....	23
2.2 Discussão do PAS sob a ótica das hipóteses levantadas.....	26
Conclusão.....	29
Bibliografia.....	30

Introdução

Na última década, vem-se intensificando o debate a respeito de em quais setores o Estado deve atuar. Com a crise do Estado de Bem-Estar Social, muitos defendem que o Estado precisa transferir uma série de funções para o setor privado (para o mercado) ou - alternativamente - para o setor público não-estatal. Os objetivos principais dessa mudança seriam, de um lado, proporcionar um gerenciamento mais eficiente desses serviços, de outro, permitir que o Estado concentre seus esforços em áreas estratégicas em que se exige sua atuação direta, deixando as demais atribuições a cargo de outros setores da economia. Ao Estado caberia, de qualquer modo, ainda que indiretamente, garantir o bom funcionamento das atribuições e serviços transferidos.

No presente trabalho, buscou-se analisar uma dessas formas de desestatização de serviços públicos. Aprecia-se um caso concreto e de bastante importância, na área da saúde, implantado no município de São Paulo, em 1995, na gestão do então prefeito Paulo Salim Maluf. Trata-se do PAS - Plano de Assistência à Saúde, um sistema por meio do qual se procedeu à transferência, para cooperativas de médicos, da gestão parcial dos serviços públicos municipais de saúde. Ao proceder-se à referida análise, buscou-se verificar quais as consequências desse processo no que se refere à qualidade dos serviços transferidos.

Primeiramente o trabalho apresenta uma análise geral do Plano - a situação da saúde no município de São Paulo antes da implantação do PAS, a conjuntura jurídico-político-social que proporcionou o surgimento do Plano, a formação do Plano, sua implantação e suas principais características. Essa análise tem por objetivo fornecer uma visão do Plano como um todo para que depois fossem discutidas as hipóteses levantadas pelo projeto de pesquisa. A análise das hipóteses corresponde a segunda parte do trabalho e tem por objetivo verificar os resultados obtidos através das leituras e entrevistas feitas até então e das propostas do PAS analisadas sob a ótica da desestatização.

1) ANÁLISE DO PAS

1.1) Situação da saúde no município de São Paulo antes da implantação do PAS

Anteriormente a implantação do SUS (proposto pela esfera federal) e do PAS (no nível municipal) os serviços de saúde eram gerenciados principalmente pelo governo federal, o qual detinha os recursos e os controlava quanto a sua distribuição.

Durante a década de 80, a rede de serviços de saúde tinha como modelo assistencial as seguintes características:

A população estava dividida entre previdenciários e não-previdenciários. Os primeiros eram atendidos pelo INAMPS e o segundo grupo era atendido pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Os previdenciários tinham um maior acesso à assistência médica, já os não-previdenciários tinham um maior acesso às ações preventivas desenvolvidas pelos Centros e Postos de saúde tendo uma maior dificuldade para obter acesso à assistência médica nos hospitais públicos e prontos-socorros.

A rede de serviços era gerenciada de forma desintegrada em parte pelo governo federal (postos de assistência médica do INAMPS, unidades da fundação SESP, hospitais do INAMPS e hospitais das universidades federais), em parte pelos governos estaduais (centros de saúde e hospitais públicos estaduais) e, em parte, pelas prefeituras (postos de saúde, prontos-socorros e hospitais municipais).

O serviço de saúde prestado à sociedade era marcado pela grande quantidade de órgãos atuando sem coordenação, com baixa produtividade e qualidade, além de manter parte da população à margem do atendimento. Somado a esses pontos existia uma grave crise financeira, marcada por irresponsabilidades e corrupção.

Diante de todos estes problemas, foi organizada, a partir de 1985, uma política de saúde que visava reformular todo o sistema de saúde brasileiro a fim de torná-lo mais eficiente e adequado às exigências da população. Pode-se destacar a reforma sanitária, a qual propôs um novo sistema nacional de saúde, com uma estatização progressiva, fortalecendo-se o setor público, ficando a participação do setor privado sob concessão do setor público. A saúde a cargo da Previdência Social passaria para

um único órgão federal, como coordenador, regendo-se pelos princípios de descentralização na gestão dos serviços, regionalização e hierarquização, unidade na condução das políticas, integração das ações e participação da população.

Em 1987 ocorre a criação do SUDS (Sistema Unificado de Saúde) juntamente com a implantação da municipalização.

Na época, ocorreram várias denúncias sobre a escassez de discussões a respeito da municipalização, a forma apressada como foi feita e o uso clientelista do assunto por parte de alguns prefeitos, por se tratar de um período de eleições. Estes problemas verificaram-se na prática, uma vez que muitas prefeituras não tinham infra-estrutura técnica e administrativa para assumir a gestão da rede de serviços básicos de saúde.

Muitas dificuldades foram percebidas também, e inclusive, na cidade de São Paulo, devido a desacertos políticos, à estrutura complexa e extensa do município e ao não cumprimento do compromisso de repasses pelo SUDS-SP à prefeitura de São Paulo. Esta situação agravou-se a tal ponto que a falta de recursos para o SUDS-SP ameaçou inviabilizar o sistema, com prejuízo de funcionamento de hospitais conveniados e de centros de saúde.

1.2) A Conjuntura jurídico-político-social que proporcionou o surgimento do plano

Juridicamente, a organização atual da saúde pública brasileira foi formulada a partir de diversas leis, que definiram suas características e maneira de funcionamento.

As mudanças na área da saúde começaram a se tornar mais sensíveis em meados da década de 70, devido à conjuntura econômica do país na época (inflação, recessão, desemprego, decorrentes do “milagre” econômico).

Em 75 é promulgada a lei do Sistema Nacional de Saúde e no ano seguinte cria-se o Ministério da Previdência e Assistência Social. No ano de 83, são elaboradas as AIS (ações integradas de saúde), a fim de possibilitar uma maior abrangência da assistência médica em todo o território nacional. Em 1985, é realizada a 8ª Conferência Nacional da Saúde na qual se discute a respeito de uma reforma sanitária (vide item anterior), buscando uma reformulação profunda no setor da saúde, em todos os sentidos, inclusive o administrativo e financeiro. Esta reforma traz em seu bojo a proposta da municipalização, ou seja, a descentralização do processo decisório e administrativo, delegando competências gerenciais e executivas aos municípios ou grupos de municípios e aos estados. Todas as estruturas e os recursos dos serviços sanitários ficariam sob a coordenação municipal, o que só poderia se dar com a garantia de sua autonomia financeira.

Em 1987, é assinado o decreto de criação do SUDS nos estados (decreto nº94.657/87). O SUDS resultou de uma transformação das AIS. No ano seguinte, ele era implantado no estado de São Paulo, conjuntamente com a municipalização.

Um fato marcante para o desenvolvimento do setor sanitário no Brasil foi o modo como foi tratado na Constituição Federal de 1988. Nesta Constituição, são afirmados os princípios da universalidade (“a saúde é um direito de todos”) e da competência do Estado (“a saúde é um dever do Estado”) os quais devem ser garantidos mediante políticas sociais e econômicas.

Além disso, a Constituição firma outros pontos dentre os quais podemos citar:

- a organização de um sistema único de saúde;
- descentralização dos serviços públicos, com direção única em cada esfera de governo;

- atendimento integral;
- participação da comunidade;
- assistência à saúde livre à iniciativa privada, respeitando-se algumas condições: dentre as instituições privadas dá-se preferência às entidades filantrópicas e às sem fins lucrativos, é vedada a destinação de recursos públicos para auxílio das instituições privadas com fins lucrativos, é vedada a participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros na assistência à saúde.

A partir da CF de 1988, a saúde passa a ser caracterizada como uma atividade de relevância pública. A atenção dada à área da saúde na Constituição proporcionou um desenvolvimento do direito sanitário e de uma legislação específica para o setor.

É o caso da criação das Leis Orgânicas da Saúde, Lei n.º 8080 - de 19 de setembro de 1990 e Lei n.º 8142 - de 28 de dezembro de 1990. Essas leis federais estabelecem as diretrizes que devem nortear toda a organização da área da saúde no Brasil.

A Lei 8080/90 estabelece o conceito da saúde como um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições necessária ao seu pleno exercício por meio da formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e no estabelecimento de condições que assegurem o acesso universal e igualitário.

Essa lei trata, ainda, sobre o SUS, suas atribuições, competências e diretrizes nos diversos níveis do poder público, sobre o campo de atuação da iniciativa privada na área da saúde e sua interface com o SUS. Neste caso, vale ressaltar o seu artigo 24 que diz “quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o sistema único de saúde poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, ao respeito, as normas de direito público. Os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do SUS - mantido, o equilíbrio econômico e financeiro de cada contrato.

Além disso, a lei 8080/90 legisla sobre a política de recursos financeiros e orçamentos da seguridade social e dispõe sobre as questões materiais e operacionais da transferência dos serviços de saúde para o SUS.

A lei 8142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do sistema único de saúde por intermédio da Conferência de saúde e do Conselho de saúde e trata ainda das transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde .

Além dessas leis, podemos citar a Norma Operacional Básica do SUS - NOB/96, a qual dá orientações operacionais para o cumprimento dos princípios e diretrizes do SUS e a Instrução Normativa nº 01/97, a qual regulamenta os conteúdos, instrumentos e fluxos do processo de habilitação de Municípios, de Estados e do Distrito Federal às novas condições de gestão criadas pela NOB/96.

No nível federal, essas são as normas que fundamentalmente possibilitaram um maior desenvolvimento do setor da saúde no país e proporcionaram direta ou indiretamente o surgimento do PAS pelo fato de tratarem sobre a participação da iniciativa privada na área da saúde, a descentralização dos serviços de saúde e a municipalização. O desenvolvimento deu-se devido à mudança na legislação da saúde, pois, se nas Constituições anteriores a área da saúde era apenas mencionada, nesta recebeu uma Seção especial. Além disso, a saúde passa a ser considerada um direito público subjetivo e uma atividade de relevância pública. A determinação da participação da comunidade na formulação e gestão das ações e dos serviços de saúde e a municipalização contribuiu também para este desenvolvimento.

Mais especificamente falando, nos níveis estadual e municipal desenvolveram-se também legislações importantes tratando sobre o setor sanitário.

A Constituição do estado de São Paulo de 05/10/89, em seus artigos 219 a 226 define as linhas mestras da saúde no estado, estabelecendo as competências do SUS e das entidades privadas, bem como a interface com os Conselhos municipais e estaduais. Na lei complementar nº 791/95 (Código de Saúde do Estado de São Paulo), merece destaque o artigo 7º o qual declara que todas as empresas públicas ou privadas participantes do SUS têm responsabilidade objetiva pelos danos que seus agentes causarem ao indivíduo ou à coletividade.

No nível municipal, destaca-se a Lei Orgânica do Município de São Paulo de 04/04/90, a qual estabelece em seus artigos 212 a 218, as competências e organização da saúde pública e organização da saúde pública no âmbito municipal, sendo o artigo 218 criador do Conselho Municipal de Saúde. Além desta lei orgânica, é necessário citar a Lei Municipal n.º 10830 de 04/10/90, a qual cria o FUMDES - Fundo Municipal

de Saúde, no Município de São Paulo, que permite maior autonomia, agilidade e transparência na gestão dos recursos financeiros.

Embora o PAS não tenha sido influenciado pelo SUS, pois a prefeitura não assumiu nenhum dos modelos de gestão oferecidos pelas Normas Operacionais Básicas, do Ministério da Saúde, que visam facilitar o processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, a legislação municipal e estadual contribuiu para sua implantação.

Analisando a conjuntura política, pode-se afirmar que toda essa legislação sanitária e todas as outras mudanças promovidas na área da saúde, contribuíram para a formação do plano. A municipalização, a terceirização e a participação da iniciativa privada deveram-se ao fato, principalmente, à situação enfrentada anteriormente pelo setor.

Para analisar bem a questão é necessário remetermo-nos a uma época um pouco atrás, na década de 80 mais precisamente. Esse período, como dito no item anterior, foi marcado por uma recessão econômica, a qual caracterizou-se num amplificador das carências sociais e recriador de condições para demandas por políticas sociais efetivas, pois essa crise se refletia no serviço de prestação de assistência médica, revelando sua precariedade e um sistema de corrupção.

Em vista disso, propuseram-se políticas que mudassem o panorama organizacional da saúde, o que trouxe de volta idéias defendidas há tempos na Política Nacional da Saúde: integração preventivo-curativa, participação comunitária, descentralização do sistema de saúde para os níveis de estados e municípios. A descentralização foi apontada como alternativa para a obtenção de um resultado mais eficiente do que ocorreria quando houvesse apenas uma simples desconcentração do gerenciamento. É necessário salientar aqui a diferença entre descentralização e desconcentração. Enquanto a primeira refere-se à redistribuição de poder político, uma transferência do centro de decisões, a segunda refere-se à distribuição territorial de funções administrativas, é a delegação de competências sem deslocamento do poder decisório. Logo, no caso da saúde, não se trataria de atribuições delegadas de uma esfera a outra, mas, sim, de competências constitucionais outorgadas a cada esfera de governo. Essa descentralização deveria ser acompanhada de uma regionalização dos

serviços, o que proporcionaria a sua adaptação às peculiaridades de um determinado espaço-população.

Para que todas essas mudanças fossem possíveis, estabeleceu-se que o Ministério da Saúde seria o órgão técnico-normativo das ações de saúde e da proposição da Política Nacional da Saúde. O INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - sofreria uma redução em sua estrutura. Dar-se-ia ênfase ao treinamento gerencial tanto nas atividades-meio de planejamento e coordenação quanto para o desempenho terminal na administração direta dos serviços. Adotar-se-ia uma gestão colegiada que proporcionasse um maior controle dos recursos disponíveis e das necessidades a serem satisfeitas. Aos municípios caberia a gestão, coordenação, controle e avaliação do Sistema Municipal de Saúde e a elaboração e coordenação de um plano municipal de saúde.

Juntamente com isso propôs-se a municipalização, isto é, a descentralização do processo decisório e administrativo, delegando competências gerenciais e executivas aos municípios ou grupos de municípios e aos estados. Todas as estruturas e os recursos dos serviços sanitários em seu território ficariam sob a coordenação municipal, o que só poderia se dar com a garantia de sua autonomia financeira. Essa municipalização se daria mediante convênios entre prefeituras e INAMPS/Secretaria. Ela teria as mesmas bases das AIS^{1*}, e como condição para o convênio impôs-se a elaboração do plano municipal de saúde a serem repassados aos caixas municipais.

A terceirização e a participação da iniciativa privada, em grande parte, foram resultado das constantes faltas de recursos do governo para serem empregados na área da saúde, o que levou à precariedade dos serviços prestados à população. Outro fator relevante refere-se ao fato de a Constituição Federal de 1988 em seu artigo 199 liberar a assistência à saúde à iniciativa privada.

Esta foi a conjuntura jurídico-político-social que propiciou a criação do PAS, as leis federais que influenciaram o conteúdo das legislações municipais e estaduais e o impacto que a economia gerou em outras áreas dentre essas o setor sanitário o que levou a novas tendências na área resultando nas características que observamos atualmente.

***principais bases das AIS:**

- integração das instituições públicas que prestam serviços de saúde, articuladas, quando necessário, com o setor privado;

- integração das ações de saúde, tanto para o indivíduo como para a coletividade, tanto preventiva como curativas;

- regionalização e hierarquização dos serviços no Estado, qualificando as unidades públicas de saúde (ambulatórios e centros de saúde) como porta de entrada dos clientes, em nível de primeiro atendimento;

- estabelecimento de mecanismos oficiais de encaminhamento dos clientes de um nível de encaminhamento para outro;

- utilização plena dos serviços públicos;

- universalização no atendimento;

- co-participação financeira e corresponsabilidade das várias instituições;

- participação da sociedade civil na definição das necessidades, soluções e controle da qualidade assistencial.

1.3) Como se formou o PAS e como se deu sua implantação

O PAS foi anunciado em janeiro de 1995 e passou a ser implantado a partir de janeiro do ano seguinte. A idéia inicial deste plano foi desenvolvida pela FIPE - Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da USP - a partir de estudos realizados a pedido da Secretaria Municipal do Planejamento.

Os estudos da FIPE posteriormente deram origem a um documento. Este documento parte do pressuposto que o então modelo de gestão empregado na área da saúde era ineficiente devido à excessiva centralização no financiamento, falta de autonomia e coordenação no nível operacional. Esta situação, segundo os autores do documento, propiciaria a ocorrência de fraudes e prejudicaria a alocação eficiente dos recursos disponíveis.

As causas, segundo os autores, para a crise na saúde é analisada por meio do modelo conhecido como agente-principal. "Esse enfoque foi originalmente desenvolvido para explicar os problemas de lucratividade de empresas privadas cuja administração fica a cargo de profissionais contratados (agentes) e não o proprietário (principal). Esse tipo de situação pode ser caracterizado como um jogo não cooperativo entre dois personagens: um mal informado, que é dono dos recursos, e outro, bem informado, que toma decisões" (Cyrillo, 1995). Comparando-se com a área de saúde pública, percebe-se a existência de uma dissociação entre os objetivos dessa área e daqueles que a operam. Além disso, a estrutura organizacional é rígida e a forma de remuneração é independente do desempenho dos profissionais e do serviço.

Para se evitar tal problema, os autores propunham criar um sistema de captação e/ou distribuição de recursos de acordo com o desempenho. Algo completamente inexistente nos serviços prestados pelo governo poderia, por exemplo, estimular a competição, alterar a forma jurídica de contratação de pessoal, dentre outras.

O modelo adotado baseia-se nos princípios da regionalização do atendimento à saúde e a administração e operação das unidades por gestão contratada. Os autores sugeriam como formas de se buscar a qualidade no setor público a participação da comunidade e a competitividade.

Todas as idéias contidas neste projeto tinham como base teorias neoliberais, que visavam o enxugamento da máquina estatal diminuindo ao máximo suas atribuições.

Esses fundamentos levaram à preposição do modelo de gestão dos serviços de saúde por meio de cooperativas, o que abre caminho para a terceirização de serviços que até então eram de exclusiva competência do Estado.

Concluída a elaboração do projeto e após sua aceitação pela Secretaria Municipal de Saúde, o Plano de Atendimento à Saúde - PAS - começa a ser anunciado para sua posterior implantação por determinação do prefeito Paulo Maluf.

A fase de pré implantação do plano foi marcada pela substituição do Secretário Municipal da Saúde, o qual não estava de acordo com o plano, pelo Secretário Municipal de Transportes - Getúlio Hanashiro. Em seguida, o então prefeito do município de São Paulo - Paulo Salim Maluf - começa a anunciar à população, que ainda não sabia de nada a respeito do plano e declara que o PAS não seria submetido à Câmara e seriam feitas licitações para as escolhas das cooperativas. No dia 5 de abril de 1995, o prefeito cria por decreto o plano (decreto nº35.036). Pelo fato de o PAS não ser uma lei e nem ter sido aprovado na Câmara Municipal é suspenso pelo Tribunal de Justiça. Com isso a prefeitura inicia uma campanha publicitária, visando buscar o apoio necessário para sua aprovação. Após muitos tumultos durante os dois turnos de votação na Câmara e denúncias de compra de votos para a aprovação do plano, o PAS é aprovado pela Câmara e sancionado pelo prefeito no dia 12 de setembro, tornando-se lei municipal nº11866 e publicado no dia seguinte no Diário Oficial.

Esse período é marcado por muitas críticas em relação à criação do plano. Dentre elas, podemos citar como mais comuns:

- falta de esclarecimentos por parte da prefeitura a respeito do plano;
- a prefeitura estaria sucateando o sistema de saúde para forçar a implantação do PAS;
- autoritarismo, pois ao se elaborar o plano não foram ouvidos os médicos, os demais profissionais da área de saúde e, muito menos, a população;
- o plano seria uma forma de privatizar o setor de saúde pública, a prefeitura acabaria entregando os hospitais para as empresas de medicina privada;
- o plano não continha forma de controle de qualidade;
- Ilegalidade do plano por não ter consultado a Câmara Municipal no ato de sua realização;

- inconstitucionalidade do PAS, por ferir o princípio constitucional de acesso universal e igualitário a saúde. Uma vez que o plano restringe o atendimento às pessoas que possuem carteirinha de uma determinada região.

Um fato curioso foi a pressa que o prefeito teve de implantar o plano muitas vezes fazendo com que não consultasse a Câmara ou muito menos a população. Isto pode ser explicado por se tratar de ano eleitoral e se objetivava uma possível busca na sucessão municipal.

A implantação do PAS se deu a partir de sua publicação no Diário Oficial e logo após a prefeitura começou a realizar convênios com as cooperativas de trabalho. A primeira cooperativa a ser implantada, em caráter experimental, foi a de Pirituba/Perus a qual serviu para mostrar como seriam, na prática, os pontos propostos pelo plano. O primeiro módulo foi implantado em janeiro/96, aumentando para 3 em abril, 3 em maio, 5 em junho e finalmente 14 em julho.

Esta época da implantação do PAS foi também alvo de muitas críticas. Para se ter uma idéia da quantidade de reclamações, durante os meses iniciais de 1996, foram reunidos cerca de 47 pedidos, na justiça, de investigação sobre supostas irregularidades no PAS. Dentre essas, destaca-se: falta de transparência no processo de implantação do plano, irregularidades na contratação de funcionários, recusa em atender pacientes aidéticos e doentes crônicos, falta de remédios. Essas denúncias partiram das mais variadas entidades, sindicatos, vereadores e partidos de oposição, Conselho Regional de Medicina, Conselho Regional de Fisioterapia, Conselho Regional de Terapia ocupacional entre outros.

Um relatório da Procuradoria da República de São Paulo mostrou que o município utilizou apenas uma pequena parte do que recebeu para investir na área da saúde, a maior parte aplicou no mercado financeiro. Isto provocou uma grande quantidade de fraudes desperdícios e queda na qualidade do setor sanitário. Além disso, as contas do FUMDES seriam apuradas para se verificar o uso do dinheiro repassado pelo governo federal na implantação do PAS.

O PAS foi implantado gradativamente. A primeira etapa consistiria na constituição jurídica da Cooperativa de Trabalho, que iria gerir o módulo de saúde de cada região delimitada, e no cadastramento da população.

1.4) Características do PAS

O novo modelo de gestão proposto pelo Plano de Atendimento à Saúde baseia-se:

- na autogestão dos serviços pelos profissionais da saúde que entendem da produção das atividades;
- na parceria entre a Prefeitura do Município de São Paulo que traz ao modelo as suas instalações e equipamentos (com obrigação de sua manutenção pesada, melhorias e ampliação) e os profissionais da saúde, que entram com seu trabalho;
- no repasse de recursos pela prefeitura às cooperativas baseado num valor estipulado pelos moradores cadastrados;

Segundo o Resumo Executivo do plano, elaborado pela Secretaria Municipal da Saúde, o objetivo primordial do PAS é melhorar o atendimento, por meio do aumento da oferta e da produtividade, redução dos custos e participação da comunidade, nas áreas da saúde sob responsabilidade da Prefeitura Municipal. Outro ponto salientado neste documento é que aos profissionais da saúde seria destinada à administração enquanto que ao poder público caberia a fiscalização da qualidade dos serviços prestados à população, tarefa que vem sendo relegada a segundo plano no Brasil. A equipe da Secretaria Municipal da Saúde, segundo o Secretário da Saúde na época Getúlio Hanashiro, desenvolveria sistemas para aferir a qualidade dos futuros atendimentos e o nível de satisfação da população atendida compartilhando com a comunidade o monitoramento do plano.

O plano consiste em um atendimento regionalizado da população, com criação de módulos regionais, que, em princípio, corresponderiam às Administrações Regionais da Saúde - ARS *. Em cada módulo regional a população seria atendida por profissionais da saúde, em regime autônomo, reunidos em uma cooperativa de trabalho. A população deveria filiar-se ao PAS do módulo regional, mediante processo de cadastramento realizado pela Prefeitura, recebendo uma carteira individual. A filiação no módulo regional teria como objetivo possibilitar ao usuário um atendimento mais próximo de sua moradia.

* As Administrações Regionais da Saúde administram e recebem reclamações sobre os serviços prestados pela Secretaria Municipal da Saúde à população, por meio de

equipamentos não incorporados aos módulos. Atualmente, até o mês de maio de 1998, são em número de 10.

Estrutura jurídico-Institucional

Para cada módulo regional foi firmado um convênio de cooperação entre a Prefeitura do Município de São Paulo e uma cooperativa de trabalho de profissionais da saúde, dando-se preferência aos servidores municipais. De acordo com este convênio a prefeitura entraria com todas as instalações (ambulatórios especializados, hospitais, prontos-socorros, equipamentos de saúde e frota de veículos) e a obrigatoriedade de fazer as manutenções pesadas além, de promover a ampliação das instalações e equipamentos, enquanto que aos profissionais da saúde caberia o trabalho de atendimento, o gerenciamento das unidades operacionais e a gestão compartilhada do módulo regional.

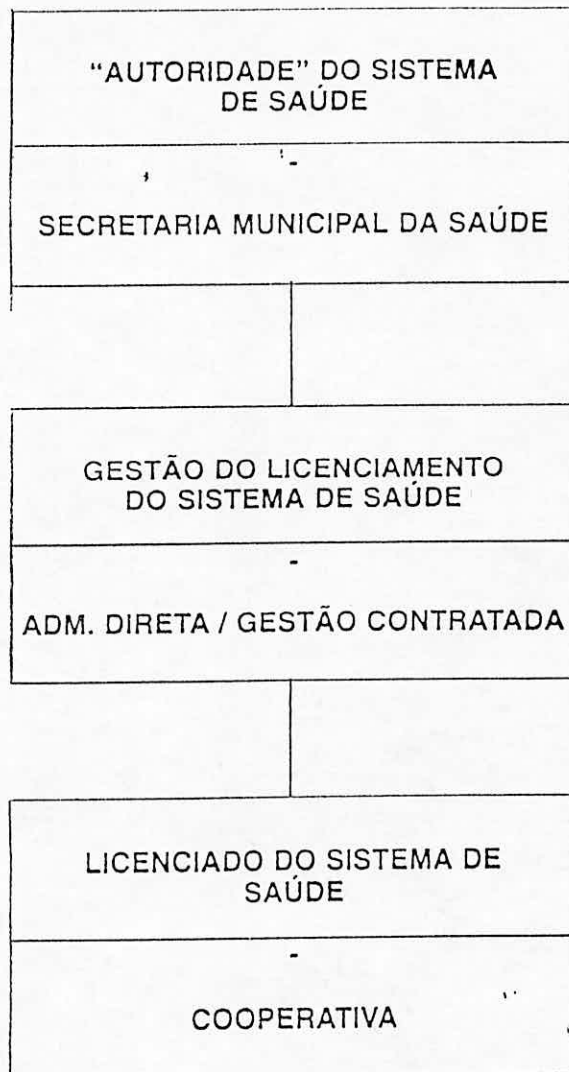
Os profissionais da saúde de nível superior (médicos, psicólogos, nutricionistas, enfermeiros) passariam a trabalhar como autônomos e associados a uma cooperativa de trabalho denominada Cooperpas, a qual fica responsável pela administração da verba repassada pela prefeitura, além de fazer contratações dispensas e compras. Os profissionais de nível médio (auxiliar de enfermagem, auxiliar administrativo, segurança, etc.) têm os seus serviços contratados pela cooperativa e formam a chamada Coopermed. Além dessa duas cooperativas há ainda a Cooperplus formada pelos médicos e pessoal de nível médio que não trabalhavam para a prefeitura.

Estrutura organizacional

O PAS é gerenciado, essencialmente, pela Secretaria Municipal da Saúde, a qual é considerada a principal unidade gestora do PAS e tem como funções principais: estabelecimento dos padrões de atendimento, de qualidade, produtividade e serviços e das normas, configuração de cada módulo regional, fazer acordos com as cooperativas e convênios de cooperação, informar a população sobre todos os assuntos ligados ao plano e viabilizar sua vertente econômica-financeira.

Os módulos regionais são também considerados unidades de gestão do PAS, pois cada um deles contará com uma unidade administrativa para controle do orçamento, suprimento e gestão de recursos da Prefeitura.

MODELO INSTITUCIONAL



PAZ

PLANO DE ATENDIMENTO A SAÚDE

As unidades operacionais básicas (hospitais, prontos socorros, ambulatórios, etc) são gerenciadas pela Cooperpas.

De acordo com o projeto básico do plano, o PAS possui como órgão normativo e deliberativo o Conselho Municipal da Saúde formado por representantes do poder público, trabalhadores da saúde e usuários, nos termos do artigo 218 da Lei Orgânica do Município.

O PAS é gerenciado, essencialmente, pela Secretaria Municipal de Saúde, a qual é considerada a unidade gestora do PAS e tem como funções principais: estabelecimento dos padrões de atendimento, de qualidade, de produtividade e serviços e das normas, configuração de cada módulo regional, fazer acordos com as cooperativas e convênios de cooperação, informar a população sobre todos os assuntos ligados ao plano e viabilizar sua vertente econômica-financeira.

O módulo regional é também considerado uma unidade de gestão do PAS, pois cada um deles conta com uma unidade administrativa para controle do orçamento, suprimento e gestão dos recursos da Prefeitura.

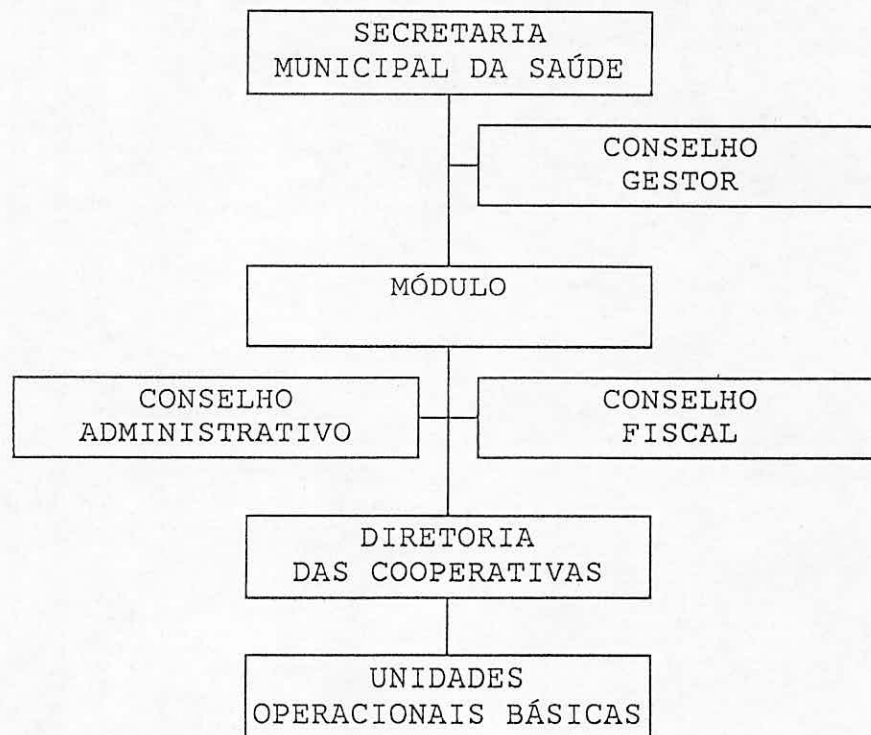
As unidades operacionais básicas (hospitais, prontos socorros, ambulatórios etc) são gerenciadas pela Cooperpas.

Cada módulo é gerenciado por um conselho conhecido como Conselho de Gestão e é constituído por nove membros, todos designados pelo Secretário Municipal da Saúde. Este Conselho é constituído por dois representantes da Cooperpas, em da Coopermed, um representante dos usuários e cinco representantes da PMSP/SMS. Ao Conselho gestor compete:

- definir as funções e atribuições do Diretor de Operações do Módulo de Atendimento;
- manifestar-se sobre o Plano de Atendimento ao Módulo;
- propor a melhoria e/ou ampliação dos equipamentos e instalações;
- comunicar, educar e informar a população, valorizando e promovendo serviços prestados.

Cada cooperativa é administrada por um Conselho de Administração, sendo seus membros necessariamente pertencentes ao seu quadro social. A cooperativa poderá contratar administradores os quais venham a participar do Conselho de Administração com o objetivo de gerenciar a prestação dos serviços prestados. O

ORGANOGRAMA BÁSICO



MODELO ORGANIZACIONAL

SECRETARIA
MUNICIPAL
DA
SAÚDE

ADMINISTRAÇÃO SUPERIOR

ÁREA DE SUPORTE

GESTÃO DA REDE
SANITÁRIA

GESTÃO DO
LICENCIAMENTO
DO SISTEMA DE
SAÚDE

EDUCAÇÃO E
PREVENÇÃO DA
SAÚDE

ATIVIDADE AFINS

LICENCIADO DO
SISTEMA DE
SAÚDE

LICENCIADO A

LICENCIADO DO
SISTEMA DE
SAÚDE

LICENCIADO B

LICENCIADO DO
SISTEMA DE
SAÚDE

LICENCIADO W

COOPERATIVA



Conselho Administrativo é composto por presidente, vice-presidente, secretário, diretoria executiva e conselheiros. É de sua competência, basicamente, traçar normas de serviços, estabelecer sanções ou penalidades, contratar funcionários e serviços externos de auditoria, ou seja, gerenciar a cooperativa de uma maneira geral.

O Conselho Administrativo é fiscalizado pelo Conselho Fiscal, sendo sua competência principal a averiguação das operações, atividades e serviços da Cooperativa, além de fiscalizar os atos dos administradores.

O Diretor de Operações do módulo é indicado pela Cooperpas, sendo submetido à aprovação do Conselho gestor do módulo, que fixa sua remuneração. Compete ao diretor a administração geral do módulo. Além disso, o diretor representa o elo de ligação entre o módulo de atendimento e a Secretaria da Saúde.

Estrutura econômico-financeira

Cada módulo, basicamente, de acordo com o proposto pelo plano dispõe de uma quantia alocada mensalmente pela Prefeitura Municipal de São Paulo, correspondente a um valor que gira em torno de R\$10,00 por morador filiado ao módulo.

Quanto aos custos dos equipamentos, como os mesmos continuam pertencentes à Prefeitura, o custo de sua depreciação não é alocado à cooperativa, porém a manutenção e a troca de peças fica a cargo da entidade operadora. A atualização tecnológica dos equipamentos também é responsabilidade da Prefeitura.

Os recursos orçamentários necessários ao funcionamento do plano provêm principalmente do Fundo Municipal de Saúde - FUMDES e do fundo de operação e manutenção do Plano de Atendimento à Saúde. A Cooperpas é a cooperativa responsável pela coordenação dos recursos financeiros e materiais alocados.

O convênio entre cooperativas e prefeitura prevê quatro mecanismos de controle da qualidade dos serviços:

- avaliação permanente por parte do usuário, mediante pesquisa de satisfação;
- avaliação médica, feita por uma organização não governamental de medicina;
- fiscalização e auditoria pela Prefeitura;
- acompanhamento pela comunidade;

Um relatório realizado pelo Tribunal de Contas de São Paulo no final do ano de 1996 declarou que os controles relativos à movimentação financeiras relativos à movimentação financeiras realizadas pela SMS eram feitos de forma precária. Os processos de prestação de contas foram apresentados parcialmente e não contavam com a devida aprovação dos setores técnicos da SMS. Ao conversar com o diretor do posto de atendimento de Santa Cecília, de acordo com suas declarações, o sistema de auditorias realizado pela Prefeitura melhorou, pois os módulos constantemente sofrem intervenções sempre que são solicitadas e, principalmente, quando ocorrem denúncias. Porém, não foi mostrado nenhum documento que comprovasse a eficiência das mesmas auditorias e o próprio diretor enfatizou que o desvio de dinheiro continua sendo um dos maiores problemas enfrentados para o bom funcionamento do Plano.

A satisfação do usuário é medida junto aos postos de atendimento por questionários e pesquisas de campo, com amostras representativas da população que utiliza o sistema. Quanto a essa avaliação da satisfação do usuário, o mesmo relatório informa que são realizadas constantemente pesquisas de opinião, apresentando um índice de aprovação do plano de 90% (noventa por cento). Porém, os relatores não tiveram acesso a essas pesquisas até a conclusão de seu trabalho. O diretor entrevistado forneceu a mesma informação com relação às pesquisas realizadas pela Prefeitura, dizendo que o índice de insatisfação dos usuários é muito baixo, indicando casos isolados o que não representava muita relevância.

Quanto à avaliação médica feita por uma organização de medicina não - governamental, o relatório afirma a inexistência de tal procedimento até então. Na época estava negociando com a Universidade de Harvard e a Escola Paulista de Medicina a realização de estudos para a implementação desse nível de controle.

Quanto ao acompanhamento da comunidade, não se obtiveram informações a seu respeito. Desde o período de pré implantação do Plano, a população permaneceu à margem dos acontecimentos. O montante total de recursos necessários para a execução dos serviços é calculado com base na seguinte fórmula:

$$RT=(PPC*VRM)+(INV+EXT)$$

onde,

RT= receitas financeiras totais para o período do mês

PPC= população potencialmente cadastrada

VRM= valor referencial ao módulo (por volta de R\$10,00)

INV= investimento no período

EXT= despesas extraordinária

A tabela da próxima página fornece uma idéia de como a Prefeitura calcula o PPC e o utiliza para obter um valor aproximado de quantos atendimentos faria mensalmente. Isto tem por objetivo avaliar qual seria, em média, o montante gasto por mês em cada módulo. Segundo a Prefeitura, os valores do PPC foram obtidos mediante estudos sociológicos e políticos, levando-se em conta a capacidade da oferta da rede municipal, a demanda da população e valores antigos do orçamento dos distritos que foram transformados em módulos do PAS.

Os investimentos compreendem os recursos materiais, tais como: reformas, ampliações de imóveis, equipamentos e veículos. As despesas extraordinárias referem-se a gastos não previstos no orçamento básico e também recursos repassados aos hospitais que utilizam atendimento terciário e de grande complexidade.

Os cooperados recebem uma remuneração fixa, baseada nas horas efetivas de trabalho. Essa remuneração não pode ser inferior a sua remuneração básica atual. Os cooperados podem participar das sobras de movimento econômico, depois que foram deduzidas todas as despesas operacionais. A remuneração básica dos cooperados foi fixada de acordo com pesquisas de mercado como mostra a tabela a seguir:

Profissionais	Fixo	Expectativa de sobra
Médicos	2400	800
Dentistas	2200	300
Outros profissionais de nível superior	1700	300
Auxiliar de enfermagem	850	150
Administrativo e apoio	450	150



TRIBUNAL DE CONTAS
DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Fl. n.º	_____
Proc.	_____
_____	_____

Sistema PAS - Divisão Por Módulos

Módulo	Implant. em (1)	Pop. Total (2)	PPC (3)	% (4)=(3)/(2)	Meta mensal* (5)=(3)x3/12	Atendimentos efetivos (set/96) (6)	% (7)=(6)/(5)
01- Centro	21-03-96	1.048.823	450.000	43	112.500	66.384	59
02- Butantã/Lapa	22-06-96	822.771	375.000	46	93.750	80.652	86
03- Saúde/Piranga/Sapopemba	01-06-96	1.196.935	518.000	43	129.500	119.206	92
04- Mooca/Vila Matilde	22-06-96	781.703	352.000	45	88.000	59.081	67
05- Itaquera/Guaianazes	02-04-96	1.197.941	586.807	49	146.702	249.585	170
06- S.Miguel/Lageado/Itaim Paulista	22-06-96	686.882	390.000	57	97.500	106.772	110
07- Santana/Tucuruvi/Jaçanã/V.Maria	22-06-96	905.874	408.000	45	102.000	99.286	97
08- Pirituba/Perus	01-01-96	412.106	375.000	91	93.750	93.712	100
09- Santo Amaro	04-07-96	1.015.656	457.045	45	114.261	104.455	91
10- Campo Limpo/M'Boi Mirim	18-04-96	831.901	525.000	63	131.250	120.204	92
11- Brasilândia/Cachoeirinha	04-07-96	679.709	305.870	45	76.467	68.329	89
12- Jabaquara	28-06-96	218.523	98.335	45	24.584	42.964	175
13- (ainda não implantado)							
14- Ermelino Matarazzo	22-06-96	214.930	96.719	45	24.180	53.958	223
15- Tatuapé/Penha	28-06-96	207.029	93.600	45	23.400	44.943	192
Total		10.220.783	5.031.376	49,25	1.257.844	1.309.531	104,11

* Segundo informações obtidas na SMS, estudos da Organização Mundial de Saúde - OMS - indicam que uma pessoa utiliza os serviços médicos 2,8 vezes ao ano, em média. A Secretaria arredondou esse parâmetro para 3 (três); assim, o valor da PPC deve ser multiplicado por 3 e dividido por 12 meses. O valor obtido seria o número de atendimento médio mensal. Considerando-se que a PPC representa a população potencialmente cadastrada, ou seja, a meta de cadastramentos, o valor obtido seria a meta mensal a ser atingida por cada módulo.

Fl. n.º 33
Proc. n.º 7400 3.116.53
Ergina C. B. Gomes

Para se ter um entendimento mais amplo das características do Plano, é necessário explicitar melhor como é e como funciona uma cooperativa, mais especificamente uma cooperativa de trabalho.

“Cooperativas de trabalho são organizações de pessoas físicas, de uma ou mais categorias de trabalhadores, reunidos para o exercício profissional em comum, em regime de auto gestão democrática e de livre adesão, tendo como base primordial o retorno ao cooperado do resultado de sua atividade laborativa, deduzidos exclusivamente os custos administrativos, a reserva técnica e os fundos sociais.”^{1*}

Nas cooperativas, as formas de remuneração podem ser: por hora trabalhada ou por uma sistemática que permita avaliar sua produção que depois seria traduzida em dinheiro. Os cooperados não têm dinheiro a férias, licença remunerada, Fundo de Garantia por Tempo de Serviço, planos de saúde, vale refeição, vale transporte e nem a 13º salário. Só tem direito às remunerações pelo efetivamente trabalho e a participação nas sobras orçamentárias.

Dentre outras características da cooperativa, pode-se observar que o capital pertence aos cooperados, não visa lucro, as políticas de negócio são definidas pelos cooperados em assembléia, os cooperados escolhem e destituem os dirigentes, possuem um tratamento tributário incentivado, pois a cooperativa não recolhe ISS, é isenta do COFINS e tem imposto de renda retido na fonte.

^{1*}definição tirada do I Seminário Brasileiro de Cooperativas de Trabalho

2) Discussões

2.1) Discussão das hipóteses

Diante de todo este cenário apresentado anteriormente sobre as características do PAS e todos os outros fatores que influenciaram de alguma forma o seu surgimento é possível obter uma visão mesmo que não tão aprofundada, mas importante, de como funciona o setor da saúde no país, e, através do seu histórico retratado na parte que trata da conjuntura jurídico-político-social perceber os aspectos políticos que levaram a escolha do tema da pesquisa.

Uma das questões que vem sendo, constantemente, discutida no atual cenário político brasileiro e até mesmo mundial é sobre o papel do Estado na economia: em quais setores deva atuar e qual deva ser seu tamanho. A posição mais defendida é que o Estado deva diminuir ao máximo suas atribuições ficando apenas com as funções indispensáveis como justiça, segurança, dentre outras. Com isso, o Estado transferiria suas demais atribuições para outros setores da economia. O Estado tornar-se-ia apenas um agente controlador e regulador deixando de atuar diretamente no setor produtivo.

Este é o ponto principal tratado no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado e no Relatório do Banco Mundial, em ambos documentos é defendido a existência de um Estado mínimo, mas ao mesmo tempo forte, isto é, o Estado deve ser atuante no sentido de garantir as condições básicas para o bem-estar da população. Todas estas idéias surgiram devido a crise do Estado de bem-estar social, isto é, o Estado não estaria conseguindo desempenhar plenamente todas as suas funções devido, principalmente, a crescente complexidade dos setores, a impossibilidade do Estado gerenciá-lo adequadamente e a escassez de recursos. Tanto o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, elaborado pelo Ministro Bresser Pereira e sua equipe quanto o Relatório do Banco Mundial demonstram a presença das propostas neoliberais ditas acima.

O Estado pode transferir suas funções de produção como: educação, transporte, saúde, fornecimento de água, luz, telefone, gás dentre outras, principalmente, para dois outros setores da economia - o setor privado e o setor público não-estatal (terceiro setor). As privatizações representam uma forma de transferência que vem sendo utilizada há certo tempo e por isso é e já foi bastante discutida. Já a transferência da propriedade estatal para o setor público não-estatal é um processo recente que ainda

não é tão discutido e sua diferença com a transferência para a propriedade privada levanta questionamentos. O Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado chama o processo de transferência para o setor público não-estatal de publicização.

São essas considerações que levaram a escolha do tema da análise do PAS, pois ele representa um exemplo concreto das propostas neoliberais ditas anteriormente: o Estado - no caso representado pela Prefeitura Municipal de São Paulo - reduz sua atuação transferindo suas atribuições para outros setores da economia, no caso transferiu-se parcialmente o setor da saúde a cargo do município para o setor público não-estatal (cooperativas de médicos).

Vale ressaltar a importância de se constatar se esses serviços transferidos do Estado e prestados por outras instituições não-estatais (privadas ou públicas) estão sendo devidamente prestados, pois o Estado não estará participando diretamente na sua prestação, mas deverá garantir, por meio de mecanismos de controle, que a sua qualidade seja mantida. Deste ponto veio a necessidade de se verificar se os serviços fornecidos pelo PAS obedece os princípios fundamentais que deve estar presente em todo plano de saúde: equidade, integralidade e universalidade.

A Constituição Federal prevê, que *“Como agente normativo e regulador da atividades econômica, o Estado exercerá, na forma da lei, as funções de fiscalização, incentivo e planejamento, sendo estes determinante para o poder público e indicativo para o setor privado”*. Além disso CF autoriza a todos o livre exercício de qualquer atividade pública, salvo os casos previstos em lei.

Falando-se mais especificamente da área da saúde, é considerada serviço público apenas quando exercida pelo Estado, conforme previsto no art.196 (“dever do Estado”), os quais, entretanto, estão entregues à livre iniciativa, de acordo com o artigo 199 (“a assistência à saúde é livre à iniciativa privada”), sendo classificado como serviços de relevância pública.

O PAS corresponde a um serviço Público e portanto cabe aqui analisar suas características. Serviços públicos são aqueles em que há a prestação contínua de comodidades ou utilidades a população, essas atividades prestadas podem ser necessárias, imprescindíveis ou correspondentes. Os serviços prestados pelo Estado podem ser oferecidos também pela iniciativa privada, é o caso da saúde e educação, estes serviços são chamados de serviços não-exclusivos.

Por se tratar de um serviço público o qual é regido pelo direito público, os seguintes princípios administrativos devem estar presentes no PAS:

- supremacia do interesse público sobre o privado: superioridade do interesse da coletividade sobre o particular;
- indisponibilidade dos interesses públicos: os bens e os interesses públicos não estão à livre disposição dos administradores;
- legalidade: toda atividade administrativa deve estar dentro da lei;
- finalidade: toda atividade deve ter um fim legal;
- da continuidade do serviço: se refere ao fato de que o serviço deve ser prestado continuamente, sem interrupções;
- da isonomia: deve haver igualdade no tratamento de qualquer pessoa, sem prejuízos ou favoritismos para ninguém;
- da publicidade: o público tem o direito de ter conhecimento sobre a atividade administrativa;
- da moralidade: a atividade administrativa deve funcionar dentro da ética.

Outro ponto presente no Plano Diretor de Reforma do Aparelho de Estado é o tipo de administração adotado pelo Estado e as demais repartições públicas. O relatório fala, basicamente, de dois tipos de administração: a burocrática e a gerencial. A burocrática refere-se a um modo de gerenciar mais antigo, bastante rígido e marcado por um controle excessivo dos processos. Ela volta a sua atenção para o Estado em si deixando o resultado de suas funções para segundo plano. Isto acarreta em uma maior lentidão para a resolução dos assuntos. A administração gerencial representa uma maneira mais moderna e flexível de se administrar a qual busca a eficiência, aproxima-se de uma administração como na iniciativa privada, preocupa-se mais com os resultados do que com a máquina estatal, ela busca reduzir os custos e aumentar a qualidade.

De acordo com o relatório, pretende-se adotar a administração gerencial nos mais diversos órgãos estatais brasileiros para que os mesmos sejam mais eficientes e mais ágeis. Esta nova forma de gerenciamento adota ainda algumas características da administração burocrática consideradas importantes como é o caso do controle dos processos, porém não feito de maneira excessiva. Dentro desta perspectiva aponta-se a importância de se analisar a maneira como o PAS é administrado.

2.2) Discussão do Plano sob a ótica das hipóteses levantadas

O Plano de Assistência à Saúde da Prefeitura de São Paulo representa uma proposta de modificar pelo menos teoricamente a prestação de serviços de saúde a população, baseado nas idéias desestatizantes de transferência de propriedade, no caso, como já dito anteriormente, tratou-se de um processo de publicização no qual transferiu-se parcialmente o setor da saúde pública sob responsabilidade municipal para o setor público não estatal (cooperativas de médicos). O PAS pode ser considerado pertencente ao terceiro setor. O terceiro setor caracteriza-se por iniciativas privadas que não visam o lucro ou iniciativas na esfera pública que não são feitas pelo Estado. Nem empresa, nem governo, mas sim cidadãos participando em diversas ações que visam o interesse comum.

O conceito de terceiro setor presume democracia e não se limita ao âmbito do Estado, mas inclui cidadania. Entende que a vida pública não é feita apenas de atos do governo, mas também de atividade cidadã. Inúmeras ações de indivíduos, grupos e instituições tem como objetivo suprir necessidades coletivas. As organizações do terceiro setor são independentes e autogeridas assim como as empresas no mercado.

O Plano adquiriu de certa forma algumas características de gerenciamento da iniciativa privada, visto que os médicos cooperados ganham além do valor fixo o que sobra do orçamento isto gera uma melhora no desempenho do funcionário para que não haja desperdícios e sua remuneração seja maior, já que, pelo fato de pertencer a uma cooperativa não recebe uma série de benefícios trabalhistas.

Vários outros pontos do plano merecem destaque, como por exemplo o médico chefe da cooperativa, que está em contato direto com os funcionários de sua unidade, tem o controle no gerenciamento e portanto a burocracia é menor quando quer advertir um funcionário ou realizar pequenas mudanças em sua unidade de atendimento.

Outro ponto positivo do Plano é o fato de o município ter sido dividido em regiões cada uma sendo gerida por um módulo da cooperativa, com isso uma determinada população ficou sob responsabilidade de um módulo o qual obteve por meio de cadastramento dos usuários informações a respeito da população que permitem uma formulação mais adequada dos programas de saúde, da demanda por atendimento em cada unidade da cooperativa, das necessidades principais de cada região, dentre

outros. No anexo a seguir é apresentado um dos questionários distribuídos para cada usuário no ato de seu cadastramento.

Tudo isto representa uma tentativa de inovação na administração pública, embora muitas vezes seu resultado na prática esteja longe do proposto na teoria do Plano.

O PAS foi criado com objetivos eleitorais, visto que o então prefeito buscava com que seu candidato fosse eleito, por isso apesar de apresentar diversos pontos positivos continha falhas que foram percebidas ao longo de seu funcionamento. Na urgência de implantar o Plano o então prefeito usou de maneira autoritária de seus poderes, pois o Plano foi realizado e aprovado sem a participação das demais entidades do setor sanitário e muito menos da população. Tanto que na época o PAS foi alvo de diversos inquéritos que falavam do autoritarismo do plano, da inconstitucionalidade do mesmo, dentre outros. Ainda hoje o PAS é alvo de críticas inclusive de entidades da área sanitária.

A inconstitucionalidade do Plano está relacionada com a questão da universalidade, já que o atendimento é restrito apenas as pessoas que possuem carteirinha e para se cadastrar é necessário possuir comprovante de residência. Isto impossibilitaria o acesso das pessoas que moram nas ruas ou em situação semelhante.

O principal responsável pelo funcionamento do Plano desde sua instalação até os dias de hoje foi o grande montante de recursos investidos no mesmo pela Prefeitura, a quantidade total de recursos injetado pela Prefeitura no PAS foi bastante superior ao valor que se costumava a destinar para a área da saúde até então. O grande investimento nas unidades pertencentes ao PAS acarretou em menor investimento nos outros hospitais e unidades sob responsabilidade municipal que não eram abrangidas pelo Plano. O objetivo de se aplicar tanto no PAS era para que ele funcionasse plenamente tornando-se o símbolo de uma iniciativa bem sucedida de gestão do então prefeito.

O atendimento oferecido à população não teve grandes mudanças do que era anterior à implantação do Plano, alguns hospitais tiveram seu atendimento prejudicado como é o caso do hospital da Vila Nova Cachoeirinha dentre outros, porém os usuários de uma maneira geral não reprovam o funcionamento do Plano. A prefeitura realiza fiscalizações nas unidades principalmente quando ocorrem denúncias, porém é

**PREFEITURA DO MUNICÍPIO
DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
PLANO SEGURO SAÚDE DO MUNICÍPIO
CADASTRAMENTO GERAL**

Nome do chefe da família

Endereço

Bairro

Tipo do domicílio
próprio - água
alugado - esgoto
cedido -
outro -

Composição familiar e Caracterização sócio-econômica

Membro	R. Ch	Idade	Sexo	Escolarid.	Ocupação	Bairro do emprego
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						

Renda Familiar: R\$

Data:

A família está coberta por algum plano de Saúde?

Qual?

Assinale os membros da família cobertos

Caracterização do domicílio

geladeira () TV () telefone () automóvel () aspirador de pó () lava-louça () lava-roupa ()

Local do Cadastro:

Responsável:

Cargo ou função:

Obs.: R.Ch. = relação com o chefe da família (filho, esposa, mãe, pai etc.)



frequente a ocorrência de desvios de dinheiro nos módulos do PAS. A fiscalização e o controle realizados pela Prefeitura ainda estão aquém do que seria desejado.

Embora a iniciativa de realização do PAS represente uma proposta inovadora na área da saúde pública, pode-se afirmar que sua instalação e o seu funcionamento foram prejudicados, o projeto foi desvirtuado pelos interesses político-eleitorais.

Conclusão

A partir da elaboração deste trabalho, a respeito das tendências na gestão pública analisando especificamente a área da saúde através do Plano de Assistência à Saúde da município de São Paulo, foi possível obter uma idéia melhor de como estão sendo feitos os processos de desestatização e os métodos utilizados pelo Estado para enxugar a máquina pública.

As leituras feitas permitiram traçar um quadro dos diversos mecanismos de funcionamento da saúde pública no Brasil, assim como das várias formas de transferência das atribuições estatais. Verificaram-se em seguida as características específicas do PAS.

Por meio das entrevistas, realizadas em abril de 1998, perceberam-se diferentes opiniões dos envolvidos no Plano. De um lado, os sindicalistas consultados opinaram desfavoravelmente ao PAS. De outro, o dirigente da cooperativa, os médicos e os enfermeiros, assim como os usuários, manifestaram-se a favor.

A proposta do PAS é apresentada por seus idealizadores como alternativa para melhorar a prestação de serviços de saúde à população, buscando-se valer de conceitos típicos do setor privado, particularmente a competitividade. Segundo os usuários consultados, o atendimento prestado em alguns postos é satisfatório comparado ao que era oferecido anteriormente. Isso poderia decorrer de que, com a instituição do PAS, foi possível diminuir a burocracia na gestão dos equipamentos, uma vez que os dirigentes da cooperativa estão mais próximos dos médicos e funcionários que atuam na unidade de atendimento. Verifica-se, por exemplo, que mais rapidamente se diagnosticam e se implantam as soluções para os problemas ali existentes.

Um dos mais sérios problemas do PAS são as denúncias relacionadas a desvio ou mau uso dos recursos financeiros. A Secretaria Municipal de Saúde freqüentemente intervém nos módulos do PAS, a fim de realizar auditorias, assim como para apurar denúncias. Os dois maiores desafios, no entanto, são, de um lado, as consequências da diminuição dos recursos transferidos para o sistema, de outro, a amplitude do Plano. Será possível manter a qualidade com menos recursos? Será possível assegurar os princípios de universalidade, equidade e integralidade que de ser o alicerce de todo sistema de saúde?

Bibliografia

- A crise da saúde e o PAS
Cyrillo, D.C. & Zylbertajn, H., Informações Fipe, 1995
- Como se faz uma tese
Eco, Humberto, Ed. Perspectiva, São Paulo, 1996
- Curso de direito administrativo
Mello, Celso Antônio Bandeira, Ed. Malheiros, São Paulo, 1993
- O circuito do poder
Martins, Carlos Estevan, Ed. Entrelinhas, São Paulo, 1994
- Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado
República, Presidência / Câmara da reforma do Estado, Secretaria da Comunicação Social, Brasília, 1995
- Sistema Único de Saúde
Guido Ivanir de Carvalho / Lenir Santos, Ed. Hucitec, SP 1992
- Privado porém Público
Fernandes, Rubens César, Ed. Relume-Dumara, Rio de Janeiro, 1994
- Constituindo a municipalização / Discutindo o plano municipal de saúde
Secretaria de Saúde do estado do Ceará, 1990
- Política pública de saúde, inovação e o plano de atendimento à saúde do município de São Paulo
Keinert, Tânia Margarete Mezzomo, Revista de Administração de Empresas, São Paulo, v.37, n.3, p.78-85