

**PAS - PLANO DE ATENDIMENTO  
À SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO  
(gestão 1993-1996)**

**Série Didática, nº 2                      Agosto 1999**

**Paulo E. Elias e Vânia B. do Nascimento  
Orientação: Amélia Cohn**

## APRESENTAÇÃO

A publicação da *Série Didática* pelo Cedec constitui uma iniciativa de divulgação das políticas públicas de corte social, no sentido de permitir o acesso ao conteúdo destas políticas de modo didático e de fácil compreensão.

Nesse sentido, a opção foi organizá-las sob a forma de perguntas e respostas, a partir da pesquisa “O Plano de Atendimento à Saúde (PAS): Universalidade ou Seletividade no Acesso à Saúde?” realizada pelo Grupo de Pesquisa “Cidadania, Estado e Políticas Sociais” do Cedec, que analisou o processo de implantação do PAS como modalidade de gestão pública/privada na produção de serviços de saúde, já que o debate em torno do Plano deixou muitas dúvidas e gerou muita polêmica.

Esperamos que esta publicação possa contribuir não só com a informação nela contida, como também para o debate em torno das questões que envolvem as novas alternativas de gestão para o setor da saúde.

## **GLOSSÁRIO DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

COOPERMED – Cooperativa dos Profissionais de Nível Médio e Elementar

COOPERPAS – Cooperativa dos Profissionais Universitários

FABES – Secretaria da Família e Bem-Estar Social

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

PAS - Plano de Atendimento à Saúde do Município de São Paulo

SAC – Secretaria de Ação Social

SAR – Secretaria das Administrações Regionais

SEMPLA – Secretaria Municipal do Planejamento

SF – Secretaria das Finanças

SGM – Secretaria do Governo Municipal

SJ – Secretaria da Justiça

SMA – Secretaria Municipal da Administração

SME – Secretaria Municipal de Educação

SMS – Secretaria Municipal da Saúde

SSO – Secretaria de Serviços e Obras

SUS – Sistema Único de Saúde

**PAS - PLANO DE ATENDIMENTO À SAÚDE DO MUNICÍPIO  
DE SÃO PAULO  
(gestão 1993-1996)**

**1) Qual é a concepção de gestão dos serviços de saúde proposta pelo PAS?**

Do ponto de vista da gestão, o desenho do PAS tem como principal característica o primado da separação entre financiador e produtor de serviços, (re)formulando a relação público/privado em que ao ente público compete o papel de agente financiador (dada a sua natureza "incompetente" na produção de serviços), enquanto que a produção é atribuída ao ente privado (a cooperativa), dada a sua pretensa "maior competência" como agente de produção. Assim, o PAS busca afirmar-se como uma alternativa de gestão na saúde, sobretudo na vertente gerencial e de recursos humanos, ao mesmo tempo em que concorreria para a desregulamentação dos procedimentos da administração pública, sobretudo por contemplar um arranjo operacional que contorna a legislação que a regulamenta, principalmente aquela prevista na Lei das licitações. Em suma, o PAS sintetiza uma modalidade de gestão na qual se outorga aos entes privados a delegação para o gerenciamento dos serviços governamentais de saúde, de prioridade do município.

**2) O que é uma cooperativa de trabalho?**

Cooperativas de trabalho, no caso do PAS, são instituições sem fins lucrativos e organizadas com o objetivo específico de realizar parcerias com a municipalidade. Dentre outras responsabilidades cabe-lhes o aporte dos recursos humanos para a administração e operação das unidades de saúde integradas aos módulos de atendimento. Estas cooperativas estão legalmente impedidas de prestarem serviços fora do âmbito do convênio com a Prefeitura Municipal de São Paulo, sendo-lhes plenamente facultada a compra de serviços de terceiros, o que é, aliás, uma necessidade no que se refere às empresas gerenciadoras, dado que as cooperativas não possuem suficiente estrutura administrativa para suportarem todas as exigências gerenciais e administrativas decorrentes do convênio com a municipalidade. As cooperativas de trabalho são formadas exclusivamente por funcionários

públicos municipais licenciados na forma da Lei que criou o PAS (computado integralmente o tempo de afastamento para fins de aposentadoria, disponibilidade, acesso, evolução funcional e promoção). As cooperativas são responsáveis pelas ações e serviços de saúde, envolvendo a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde da população.

### **3) O PAS, tal como foi implantado e vem funcionando, obedece na sua gestão às regras de cooperativa de trabalho?**

A implantação das cooperativas de trabalho para a gestão do PAS gerou uma grande polêmica quanto ao modelo de cooperativismo por ele adotado.

O principal questionamento trata da natureza das cooperativas, que devem ser fruto da organização espontânea dos trabalhadores para a execução da produção de uma atividade. No caso das cooperativas de trabalho do PAS, elas foram organizadas a partir da “iniciativa” do poder público. Nestes casos, a cooperativa de trabalho é comparada a uma empresa, pois são grupos fechados, organizados para prestar assistência médica, sendo o lucro repartido. As verdadeiras cooperativas têm fóruns deliberativos, são abertas, bem organizadas e transparentes, os seus membros elegem os dirigentes e fixam sua remuneração. Nas cooperativas de trabalho do PAS não ocorre uma autonomia de gestão interna, pois o governo participa, fiscaliza e escolhe os seus dirigentes.

Também é apontado um desvio de finalidade de uma cooperativa, ao exacerbar a atividade “meio”, ou seja, administrativa, em função da atividade “fim”, de assistência médica, quando, ao invés da produção, visa a prestação de serviços médicos assistenciais.

Segundo parecer da vereadora Tereza Lajolo (PT), há entendimento de que o modelo de cooperativa para a saúde apresentado pelo projeto de implantação do PAS é contraditório quanto à concepção de cooperativa de trabalho. Lajolo argumenta que “a cooperativa deve ser fruto da organização dos trabalhadores e não imposta pelo poder público (...)”, devendo visar produção e não prestação de serviços, esta de responsabilidade do poder público. Segundo a vereadora, trata-se de projeto elitista, distante da concepção de cooperativa, pois apresenta discriminação quanto à formação dos profissionais que compõem o sistema. Ou seja, “(...) os profissionais de nível médio poderão trabalhar

como autônomos e se associarem em cooperativas, mas vão estar subordinados à cooperativa de nível superior. Os profissionais de nível básico não serão autônomos e nem se associarão em cooperativas, mas vão ser contratados como funcionários de nível superior”.

#### **4) Como é composta a estrutura político-administrativa do PAS?**

A estrutura político-administrativa do PAS é composta de 4 instâncias básicas, complementadas pelos convênios com as Cooperativas de cada Módulo de Atendimento. Duas destas instâncias compõem a unidade mais operacional do PAS: o Conselho de Gestão e o Módulo Básico de Atendimento, este último criado como objeto de convênio entre a municipalidade e a Cooperpas (Cooperativa dos Profissionais Universitários). As outras duas instâncias – o Colegiado de Gerenciamento Intersecretarial e a Secretaria Municipal de Saúde – reportam-se mais diretamente à estrutura político-administrativa do governo municipal.

O Conselho de Gestão tem como função orientar e fiscalizar o desempenho dos serviços de saúde no âmbito do Módulo e é composto por 9 membros, todos nomeados pelo Secretário: 5 representantes da Secretaria Municipal de Saúde, escolhidos e nomeados pelo secretário dentre as pessoas de sua confiança, dispensando-se o vínculo funcional com a Administração (inicialmente foram indicados empresários, comerciantes e membros de clubes de serviços da região abrangida pelo Módulo); 2 membros indicados pela Cooperpas; 1 membro indicado pela Coopermed (Cooperativa dos Profissionais de Nível Médio e Elementar); 1 representante dos usuários indicado pelo Secretário Municipal de Saúde até a definição pela Administração Municipal da forma de eleição pelos usuários dos serviços, situação que vem perdurando desde a implantação do PAS.

#### **5) O que é um Módulo de Saúde?**

O Módulo Básico de Atendimento do PAS é composto por, no mínimo, 1 unidade hospitalar, 1 unidade de pronto-socorro e pelos Postos de Assistência à Saúde (ex-Unidades Básicas de Saúde). A cada Módulo acopla-se uma empresa de prestação de serviços, responsável pela administração de recursos humanos, compras e pagamentos. Denominada Gerenciadora do Módulo, esta empresa é contratada pela

Cooperpas e remunerada através de um percentual (inicialmente 6%) do montante de recursos financeiros transferidos pela municipalidade ao Módulo. Vale destacar que a imensa maioria destas empresas vincula-se direta ou indiretamente às empresas da construção civil que prestam serviços para a municipalidade.

**6) Quantos Módulos de Saúde existem, onde se localizam e qual a população de cada módulo?**

Estão cadastrados 14 Módulos, assim distribuídos:

Módulo 1 – Centro

- população estimada (1996) = 1.048.823 habitantes

Módulo 2 – Butantã/Lapa

- população estimada (1996) = 822.971 habitantes

Módulo 3 – Saúde/Ipiranga/Sapopemba

- população estimada (1996) = 1.196.935 habitantes

Módulo 4 – Moóca/Vila Matilde

- população estimada (1996) = 781.703 habitantes

Módulo 5 – Itaquera/Guaianazes

- população estimada (1996) = 1.197.941 habitantes

Módulo 6 – São Miguel Paulista

- população estimada (1996) = 686.882 habitantes

Módulo 7 – Santana

- população estimada (1996) = 905.874 habitantes

Módulo 8 – Pirituba/Perus

- população estimada (1996) = 402.106 habitantes

Módulo 9 – Santo Amaro

- população estimada (1996) = 1.015.056 habitantes

Módulo 10 – Campo Limpo

- população estimada (1996) = 831.901 habitantes

Módulo 11 – Brasilândia/Cachoeirinha

- população estimada (1996) = 679.709 habitantes

Módulo 12 – Jabaquara

- população estimada (1996) = 218.523 habitantes

Módulo 14 – Ermelino Matarazzo

- população estimada (1996) = 214.930 habitantes

Módulo 15 – Tatuapé/Penha

- população estimada (1996) = 207.029 habitantes

**7) Como o PAS é financiado (fonte de recursos e forma de repasse de recursos)?**

No que se refere à estrutura de financiamento do PAS, sua fonte básica de recursos provém do orçamento da Secretaria Municipal de Saúde. Considerando-se as dificuldades decorrentes da exclusão do município de São Paulo do processo de municipalização da saúde, os recursos oriundos do SUS não foram originalmente previstos como fonte regular na composição do financiamento do PAS. Isto, antes da crise nas contas públicas do município, pois mais recentemente a Secretaria Municipal da Saúde vem pleiteando junto ao Ministério da Saúde o repasse de recursos do SUS por conta de convênios firmados antes do PAS envolvendo a assistência médica.

**8) Como é feito o cálculo de repasse de recursos para cada módulo?**

No desenho do PAS, o repasse de recursos foi definido em R\$ 10,96 *per capita* e obedece à fórmula  $RT = PPC \times VRM$ , sendo RT os recursos financeiros totais, PPC a população potencialmente cadastrável por módulo (considera-se como População Potencialmente Cadastrável correspondente, segundo o Censo, a cada Módulo, em média, aproximadamente 50% da população residente na sua respectiva área geográfica de abrangência, sendo que a variação dos percentuais situa-se entre 91% e 43%, e VRM o valor referencial do Módulo (arbitrado o mesmo valor para todos os módulos, independente das diferenças entre eles em termos, por exemplo, tanto do perfil de morbi-mortalidade das respectivas populações, quanto dos equipamentos de saúde ali instalados).

**9) Como é feita a remuneração dos profissionais que trabalham no PAS?**

Nas Cooperativas do PAS a forma de remuneração é praticamente por hora trabalhada, importando uma remuneração fixa de 75% do total por uma carga horária de 24 horas semanais (no caso dos médicos, de R\$2.400,00), complementando o montante recebido um percentual variável de 0% a 25% (para os médicos R\$800,00), atribuído aos

profissionais que cumprem alguns requisitos (na prática, a assiduidade ao trabalho). Ademais, os cooperados recebem remuneração durante as férias e também um pagamento extra correspondente ao 13º salário dos celetistas, ainda que tais benefícios tenham sido drasticamente restringidos em decorrência da atual crise financeira do PAS.

**10) Os funcionários municipais ligados ao PAS foram beneficiados de alguma forma por esse novo sistema de gerenciamento?**

Em termos trabalhistas, os cooperados do PAS em quase tudo se assemelham ao funcionário público da administração direta, com apenas uma diferença substancial: a remuneração, que no seu caso, encontra-se num patamar superior ao do mercado para todas as categorias profissionais, situação esta completamente diversa da dos funcionários da administração direta, como é o caso daqueles profissionais de saúde que não aderiram ao PAS.

**11) Quais os mecanismos existentes de controle público do PAS?**

A Prefeitura Municipal de São Paulo havia previsto no início de 1996 modos de controle dos serviços prestados no PAS, publicados em termos de convênio no *Diário Oficial do Município*, com os seguintes mecanismos para cada Módulo: auditoria da qualidade e da produtividade dos serviços; aferição da satisfação ou insatisfação dos usuários; auditoria de procedimentos de saúde; avaliação econômica; controle da movimentação financeira e auditoria da movimentação financeira.

Previa-se o controle dos serviços no nível administrativo interno da Secretaria de Saúde do Município de São Paulo, permanecendo obscuros diversos pontos referentes ao sistema de avaliação e controle do PAS. Persistia a questão do impacto deste sistema de auditoria na gestão da saúde, associada à questão do funcionamento dos Conselhos de Gestão e seu poder decisório para alterar os rumos das ações de saúde sob sua circunscrição.

O sistema de controle interno do PAS ora em vigor nada mais tem a ver com o que estava previsto na Legislação de 1996. O que vigora em 1997 é outra coisa, completamente diferente, não mais havendo 6 modalidades de auditoria. De acordo com informações obtidas por

entrevistas com técnicos da Secretaria Municipal de Saúde, o Controle Interno se dá da seguinte forma, aprovada pela SMS e Conselhos Gestores:

**Coordenação de Operações** – sua função é monitorar no dia-a-dia o desempenho administrativo do PAS, no que diz respeito à qualidade do atendimento médico. Com base no trabalho de auditoria médica da Escola Paulista de Medicina verifica-se a relação entre desempenho e eficácia do atendimento do ponto de vista estritamente médico.

**Coordenação de Planejamento** – desenvolve e implanta um *Plano de Atendimento* padronizado para todos os Módulos, contemplando: 1) diagnóstico de saúde (demografia, perfis socioeconômico e de morbi-mortalidade); 2) caracterização do Módulo (verificando a responsabilidade federal, estadual e municipal por determinados recursos); 3) prioridade de atendimento no PAS (metas e orçamentos de atendimento, incluindo custeio e investimento).

**Coordenação de Controle** – faz auditoria econômico-financeira e controle de metas, já tendo sido criados instrumentos com estes objetivos. É enfatizado que, com exceção dos procedimentos médicos, todos os elementos de controle se subordinam a esta instância. Isto inclui também as auditorias econômico-financeiras.

## 12) Quantos colegiados existem e como são compostos?

Existe um colegiado, o *Colegiado de Gerenciamento Inter-secretarial*, que é composto por 11 secretários municipais (Secretaria do Governo Municipal, Secretaria Municipal do Planejamento, Secretaria Municipal da Saúde, Secretaria da Família e Bem-Estar Social, Secretaria de Serviços e Obras, Secretaria Municipal de Educação, Secretaria das Administrações Regionais, Secretaria de Ação Social, Secretaria das Finanças, Secretaria da Justiça e Secretaria Municipal da Administração). Dentre outras atribuições, compete a esse Colegiado deliberar sobre os convênios firmados com as cooperativas e a regulamentação dos serviços previstos em cada Módulo do PAS, bem como as medidas necessárias para a implementação dos Módulos.

Outro Colegiado, o Colegiado Municipal de Atendimento à Saúde, criado logo após a implantação do PAS, no âmbito da SMS, através da Portaria nº 1562, é composto por 27 membros: 1 representante do Prefeito; 1 representante da Secretaria do Governo Municipal; 1 representante da SMS; 1 representante de cada uma das seguintes Secretarias Municipais: de Finanças, de Educação, de Serviços e Obras; da Secretaria da Família e Bem-Estar Social, das Administrações Regionais, Habitação e Desenvolvimento Urbano, de Administração, de Assuntos Comunitários; 1 representante do Governo Federal; 1 representante do Governo Estadual; 1 representante da Câmara Municipal de São Paulo; 1 representante da Associação Comercial Paulista; 1 representante da Federação do Comércio do Estado; 1 representante das Indústrias do Estado; 1 representante da Arquidiocese de São Paulo; 1 representante da Central Única dos Trabalhadores; 1 representante da Comunidade Universitária; 1 representante das Entidades dos Profissionais de Medicina; 1 representante das entidades de outros Profissionais da Saúde; 1 representante de Prestadores de Serviços de Saúde; 1 representante da comunidade científica; 1 representante das Entidades de Portadores de Patologia. Trata-se de um órgão que envolve, além de diversos setores da sociedade, representantes da Administração e do Legislativo Municipal, representantes dos governos estadual e federal. Apresenta como objetivo assessorar os órgãos incumbidos da prestação dos serviços, voltando-se mais diretamente para a gestão e operacionalização do sistema de saúde. Destaca-se no interior da legislação atinente ao PAS por ser uma das primeiras instâncias de participação a serem criadas; no entanto, 3 anos após implementado o PAS, não há qualquer informação a respeito de sua efetivação.

**13) Esses mecanismos de controle garantem que as cooperativas de saúde efetivamente atuem segundo os preceitos da universalidade e da equidade?**

Quanto à universalidade, o PAS atende formalmente a esta diretriz, na medida em que contempla o atendimento a qualquer munícipe paulistano que demanda seus serviços, ainda que seus postulados façam com que, contraditoriamente, essa universalidade se restrinja apenas à população residente no município. Contudo, convém sublinhar que a efetivação da universalidade exige a ampliação da cobertura de saúde como pré-requisito para que se possa assim qualificá-la. Tal situação não se verifica na cidade de São Paulo, mesmo considerando-se a cobertura potencial resultante da somatória

dos serviços geridos pelo PAS e os próprios e/ou contratados pelo SUS. Nestes termos, a universalidade não se efetiva como direito social no cotidiano dos usuários do PAS, situação esta que também se apresenta em relação ao SUS. A efetivação da equidade apresenta conexão com a universalidade, pois a lógica que historicamente vem presidindo a distribuição e alocação dos equipamentos públicos de saúde caracteriza-se pela iniquidade, dada a sua concentração nas áreas urbanas de mais alta renda e dispondo de mais equipamentos sociais, em detrimento das regiões mais periféricas.

#### **14) O PAS respeita o princípio da universalidade presente no SUS?**

Não. Existe a perda da universalidade, uma vez que o cadastramento no Plano se dá mediante apresentação de documentos, o que o torna excludente. Não estão contempladas neste Plano as ações de saúde destinadas aos portadores do vírus da aids, à recuperação da saúde mental, da hanseníase, do câncer, dentre outras. Não há também garantia no Projeto de Lei quanto ao cumprimento das ações de maior custo, tais como as internações, assistência ginecológica, exames radiológicos, que poderiam ser repassados aos serviços do SUS.

#### **15) O PAS é inconstitucional?**

Segundo parecer da Comissão de Constituição e Justiça da Câmara Municipal de Vereadores, emitido em 14 de agosto de 1995, o Projeto de Lei que instituiu o PAS está de acordo com as diretrizes estabelecidas pela Lei Orgânica da Saúde 8080/90, pela Constituição Federal e Lei Orgânica do Município de São Paulo. No entanto, os vereadores José Mentor e Arselino Tatto, ambos do PT e membros desta Comissão, votaram em separado, emitindo um parecer de inconstitucionalidade e ilegalidade ao Projeto de Lei. Segundo o parecer em separado, o Projeto de Lei não segue a legislação superior por desrespeitar a Constituição Federal, no seu artigo 24 – inciso XII, a Lei Orgânica da Saúde 8080/90 e 8142/90, a Constituição Estadual, bem como o Código Estadual de Saúde (Lei complementar nº 791, de 9 de março de 1995) e a Lei Orgânica do Município de São Paulo.

As Cooperativas de que trata o PL 0493/95 são, segundo o mesmo parecer, entidades privadas e portanto deverão participar do sistema público de saúde somente de forma complementar, como prevê o artigo

4º, parágrafo 2º da Lei Orgânica de Saúde 8080/90 e o artigo 20, parágrafos 5º e 6º do Código Estadual de Saúde e não como quer o Projeto de Lei acima referido. A atuação da iniciativa privada só é permitida pelo Código Estadual de Saúde quando esta dispuser dos serviços próprios de assistência à saúde.

Outras restrições foram apontadas: os Artigos 197 e 198 da Constituição Federal impedem que o município venha a firmar convênio com uma entidade privada, passando a esta a prestação de um serviço público, sem a necessária celebração de contrato de concessão ou permissão, por processo licitatório (Constituição Federal, artigo 175, Lei 8.666/93, modificada pela Lei 8.883/94, artigo 2º e Lei Orgânica do Município de São Paulo, artigos 126 e 114, parágrafo 1º).

O parecer em separado também recupera a Legislação que disciplina as Cooperativas (Lei nº 5764, de 16 de dezembro de 1971) apontando-se a incompatibilidade entre o que prevê a legislação e o que está disposto no PL quanto à prestação de serviços. Segundo aquele dispositivo, a constituição de cooperativas destina-se à prestação de serviços para seus associados; no entanto, o Projeto de Lei prevê que as cooperativas devem atender não somente os associados, mas toda a população. Assim, este parecer em separado conclui que não se trata de uma cooperativa.

Ademais, o fato de que os servidores públicos municipais associados às cooperativas e, portanto, afastados da Prefeitura, deverão prestar serviços de saúde à população foi questionado neste mesmo parecer, por se configurar um duplo vínculo empregatício, fato incompatível com o que prevê o artigo 89 da lei das Cooperativas e o artigo 37 da Constituição Federal.

#### **16) O PAS, na sua versão original, significa a privatização da saúde?**

A formulação do PAS tem como pressuposto a falência estatal na produção dos serviços de saúde e segue as prescrições das agências internacionais, pautadas na focalização das políticas sociais. No caso da saúde, tais organismos afirmam a precedência da regulação do Mercado sobre a do Estado, com a orientação da adoção da modalidade privada não-lucrativa na produção de serviços, através das organizações não-governamentais (ONGs) e do financiamento provido por fundos públicos.

Vale lembrar que, em grandes linhas, são também estas as diretrizes gerais da proposta da Reforma Administrativa Federal para o setor da saúde, com a adoção de modalidades de gestão nucleadas na propriedade pública não-estatal e voltadas para atender a prestação social de serviços, nomeadas genericamente de “organizações sociais”.

Segundo esse ideário, ao Estado cabe fundamentalmente a função de provedor da universalização dos serviços básicos de saúde, reservando-se para o Mercado o acesso aos serviços mais especializados e de alta complexidade tecnológica.

O PAS pretende-se uma alternativa de racionalização dos serviços de saúde sob regulação do mercado e com ênfase no custo-benefício das ações e dos serviços, avaliados principalmente em função dos seus gastos financeiros. Contudo, é necessário sublinhar que, dentre os elementos constitutivos do seu ideário, apenas a autonomia dos agentes prestadores de serviços se efetivou no próprio cotidiano dessas unidades. A regulação pelo mercado – representada pela competição entre as Cooperativas – e a racionalização dos serviços em moldes capitalistas, com vistas à diminuição dos gastos em saúde, encontram-se muito distantes de serem incorporadas ao cotidiano do funcionamento dos Módulos.

#### **17) O PAS, na forma pela qual foi implantado e vem atuando, significa a privatização da saúde?**

Na realidade, o que vem ocorrendo crescentemente é a substituição da “mão invisível do mercado” pela “mão invisível do poder público”. Atesta esta situação a montagem, na esfera central da Secretaria de Saúde, de uma ampla e onerosa estrutura voltada para o controle de custo de milhares de insumos e serviços consumidos pelos hospitais e unidades de saúde, com vistas a promover a melhoria da racionalidade no gasto dos serviços. Frente à incapacidade das forças de mercado em lidar com a estrutura do PAS e a vigência do enunciado ideológico voltado para a melhoria do grau de eficácia na alocação dos recursos financeiros, a Administração Municipal é (re)convocada a desempenhar o pretenso papel do mercado, no intuito de se resguardar a economia do gasto público, esta uma das grandes bandeiras propagandistas usadas quando do lançamento do PAS.

Numa primeira aproximação e tendo por base o ideário da produção estatal dos serviços de saúde expresso no arcabouço legal, o PAS

configura-se como uma proposta de transferência para o setor privado não-lucrativo da responsabilidade de prestação de serviços de saúde aos munícipes. Seu aspecto essencial é representado pelo incremento do grau de autonomia dos agentes prestadores de serviços no que se refere à administração e à organização do trabalho, isto é, o modo de gerenciamento dos serviços de saúde passa a se dar segundo parâmetros dos serviços privados.

Assim, pelo menos no plano do ideário expresso nos documentos legais, o PAS não se configura como uma simples privatização da saúde, dado que não há transferência para os agentes privados da autonomia decisória na formulação da política de saúde. Esta continua sob a égide da administração municipal – no caso, e em linhas gerais, atendendo aos princípios inscritos no arcabouço legal do SUS – caracterizando um situação em que a municipalidade mantém a condição de provedora da assistência à saúde, apesar de desresponsabilizar-se pela produção dos serviços.

O PAS configura uma relação público/privado no provimento de serviços de saúde fundamentada na autonomia administrativa sob a égide privada, através da transferência do gerenciamento dos serviços de saúde, em que o incremento da autonomia do gestor dos serviços de saúde desempenha papel central, sobretudo em relação às verbas destinadas a custeio e manutenção. Contudo, esta autonomia administrativa dá-se sob a estrita tutela da administração municipal e está nucleada nos secretários das diversas pastas, denotando o caráter deste controle pela presença marcante das instâncias políticas mais propriamente de cunho administrativo.

#### **18) O PAS representa de fato uma porta de entrada do usuário para o sistema de atendimento de saúde?**

Em entrevistas realizadas com usuários do PAS ficou claro que estes se dirigiam às suas unidades de atendimento buscando ser preferencialmente atendidos pelo serviço de Pronto-Atendimento do Hospital, apesar de já conhecerem ou mesmo já serem usuários do Posto de Assistência à Saúde. Os principais fatores de desestímulo apontados para a procura deste serviço foram a demora na marcação de consultas no Posto e o longo tempo de espera para se conseguir uma vaga para o mesmo dia nesta unidade, enquanto no Hospital o atendimento parece ser mais rápido. Assim sendo, essa avaliação generalizada entre os usuários contradiz a “nova” racionalidade do

atendimento propalada pelos responsáveis pela implementação do PAS, segundo a qual com ele a unidade básica finalmente representaria a porta de entrada do sistema. Ao contrário, o que se verifica é, tal como no modelo anterior, um divórcio entre a racionalidade do sistema e aquela do usuário, moldada pelas suas condições concretas de existência.

**19) O PAS garante o acesso da população a todos os níveis de atendimento primário, secundário e terciário?**

A forma de implementação do PAS configura uma concepção contrária ao SUS, concebido pelos seus formuladores como um sistema estatal, ineficiente, e que se resumia a haver transplantado o “velho sistema do INAMPS” para ele, fazendo com que na realidade os hospitais prestassem atendimento primário de saúde, e não secundário. Com o PAS organizado pelo sistema de *capitation*, o que se buscava era implantar um sistema de saúde de atenção primária e secundária, uma vez que adotar este sistema somente no nível de atenção primária não seria funcional, pois continuaria a haver uma sobrecarga dos hospitais, não permitindo a hierarquização do atendimento por níveis de complexidade.

**20) O PAS provocou alguma mudança no perfil de produção municipal dos serviços de saúde?**

Através da análise da produção de serviços nos primeiros 16 meses de funcionamento do PAS, alguns dados permitem as seguintes observações: a redução das taxas de mortalidade e de infecção hospitalares detectadas, por exemplo, na unidade de Jabaquara pode estar apontando na direção de uma melhoria, mas também pode ser reflexo da mudança de perfil de sua clientela com menor grau na gravidade das doenças atendidas, o que estaria levando à redução da mortalidade e da infecção. O aumento relativo dos partos frente ao total das internações poderia ainda ser outro fator de contribuição para a melhoria desses dois indicadores.

Já os dados de serviços dos Módulos 5, 8 e 12, por exemplo, apresentam aumentos importantes na produção ambulatorial e na produtividade hospitalar. O ritmo deste aumento, porém, pode estar indicando, por exemplo, que o perfil de atendimento no Jabaquara,

tradicionalmente contando com maior complexidade dos equipamentos de saúde, não tenha permitido rápido aumento da produção via substituição por maior número de consultas de menor complexidade, ao que tudo indica aquelas que mais contribuíram para esse aumento nos outros Módulos. Nesse sentido, o aumento não proporcional de exames complementares mais sofisticados (como tomografia, por exemplo), com relação ao aumento do número de consultas poderia estar reforçando a hipótese de que esse crescimento da produção se deveu basicamente ao crescimento de procedimentos menos complexos.

Os dados de mortalidade hospitalar apresentam uma redução na proporção dos óbitos por causas externas, em 1996, em 3 Módulos estudados. Como não há evidências da redução da mortalidade por causas externas para a população como um todo, essa redução poderia ser explicada por uma melhoria significativa no sistema de resgate ou na prontidão do atendimento de pronto-socorro, ou então por algum tipo de repressão à demanda de usuários com problemas decorrentes de acidentes de trânsito, ferimentos de arma de fogo e arma branca, acidentes de trabalho, tentativas de suicídio, envenenamentos e outros tipos de acidentes que podem levar ao óbito e serem classificados como causa externa, configurando uma prática de “restrição” à entrada de pacientes vítimas de trauma encaminhados de outras unidades.

Por outro lado, embora se verifique um aumento importante na produção de serviços quando se comparam períodos anteriores (em 1995) e posteriores à plena implantação do PAS (em 1996), esse aumento já não se configura como tão significativo quando se efetuam comparações numa perspectiva histórica com um horizonte maior de análise. Isso significa que para uma avaliação efetiva dessa experiência há necessidade de se caracterizar mais pormenorizadamente a situação da rede no momento da implantação do PAS.

## **21) O PAS efetivamente economiza recursos?**

Estudos realizados no orçamento para áreas da saúde no período 1992-1996 mostram que os recursos aplicados foram suficientes para a viabilização do projeto de implantação do Plano. Entretanto, as premissas apontadas neste estudo com relação ao financiamento do setor da saúde pela Prefeitura Municipal de São Paulo, e dentro deste contexto, o PAS, indicam que o Plano não causou impacto em termos de redução dos gastos com o setor saúde. Essas premissas sugerem a

necessidade de estudos mais aprofundados quando se trata de analisar modelos de gestão como estratégia capaz de alterar o quadro de atendimento de necessidades de saúde da população, garantindo ao mesmo tempo melhoria da produtividade e qualidade da atenção.

## **22) O que significa para o usuário a “carteirinha”?**

No início da divulgação do Plano, o fato de possuir a “carteirinha” aparecia nas propagandas como um símbolo de *status* que garantiria o acesso a um novo serviço. Na prática, a “carteirinha” aparece como um elemento facilitador do atendimento, na medida em que isenta o usuário de apresentar, toda vez que se dirige a um serviço do PAS, documentos de identificação, como RG, Carteira Profissional e Registro de Nascimento. Os objetivos com a adoção da carteirinha eram de, no médio prazo, instituir o *smart card* que permitia elaborar um mapa epidemiológico da população da cidade e possibilitar a “livre escolha” do usuário, ao mesmo tempo em que se baseava na idéia de resgatar a cidadania e promover a universalidade no acesso à saúde, tal como inscrito no preceito constitucional. No entanto, para que esses objetivos fossem alcançados, fazia-se necessário informatizar toda a rede de atendimento, arcando-se com elevados custos de investimento em equipamentos e reciclagem dos recursos humanos.

## **23) Com a implantação do PAS, o que o usuário acha que melhorou no atendimento?**

Para mensurar a qualidade do atendimento do PAS foram realizadas 50 entrevistas com usuários dos Módulos de Atendimentos de Itaquera-Guaianazes, Pirituba-Perus e Jabaquara. Em todos os Módulos, a rapidez para se conseguir passar no médico e a limpeza foram os pontos mais importantes. Depois eram considerados a qualidade de atendimento médico, a forma de atendimento dos funcionários administrativos e da enfermagem e também a rapidez na realização dos exames complementares, além da disponibilidade de medicamentos, informatização e a segurança. O atendimento realizado pelos médicos, enfermeiras e atendentes recebeu por parte dos entrevistados um conceito favorável. Foram ainda apontados como fatores positivos a disponibilidade de medicamentos, a existência de mais seguranças e a informatização e que há mais médicos, mais recursos e as consultas

são mais rápidas, além do atendimento na recepção ter também melhorado.

**24) Com a implantação do PAS, o que o usuário acha que piorou no atendimento?**

As reclamações ou avaliações negativas dizem respeito principalmente à demora para o atendimento, à morosidade para marcar e realizar exames e obter resultados e a falta de orientação aos usuários por parte dos funcionários.

**25) O PAS tem futuro?**

A pesquisa realizada pelo Cedec sobre a viabilidade do PAS apontou algumas questões que foram confirmadas na trajetória de seu funcionamento.

Um primeiro problema deve-se ao alto custo do seu modelo: o PAS configurou-se como um programa caro desde o seu início. Além disso, a crise financeira da Prefeitura de São Paulo, que obrigou as cooperativas a consumirem menos recursos, provocou uma visível diminuição da produção de serviços médicos e hospitalares, gerando insatisfação da população.

A ausência de controle interno e as dificuldades para o controle social permitiram gastos inescrupulosos e desvio de recursos, do tipo superfaturamento de compras e remuneração excessiva de diretores das cooperativas. E ainda, a ausência deste controle e participação social comprometeu em muito a qualidade dos serviços prestados e a priorização daquilo a ser ofertado pelas cooperativas.

Esses fatos culminam, em 1998, com a tentativa de reformulação do modelo de atenção à saúde no município de São Paulo pelo então secretário municipal de Saúde. As novas diretrizes são:

- a municipalização do sistema de saúde em São Paulo com o objetivo de obter repasse de verbas do SUS;
- a divisão dos Módulos de Saúde para fins de controle dos gastos dos Módulos;

- retirar do PAS a rede de atendimento básico (os postos e centros de saúde), que ficaria a cargo da administração direta da Prefeitura;
- a manutenção apenas das cooperativas de trabalho para o gerenciamento dos hospitais, sob estrito controle da administração da Prefeitura, no que se refere aos tetos salariais e aos preços pagos aos insumos;
- eliminação dos gerenciadores privados que administram os Módulos (cobrando cerca de 6% de seu orçamento), substituindo-os pela administração direta.

Com tais medidas, ao que parece, permanecem da formulação e do modelo do PAS anteriormente implantado apenas alguns mecanismos flexibilizadores de administração para torná-la mais ágil, principalmente no que diz respeito aos serviços hospitalares. Entretanto, acredita-se que também neste novo modelo do plano não foram previstos mecanismos de controle público mais efetivo e canais de participação da comunidade nas decisões. Dessa forma, tudo indica que essas novas medidas não passarão de tentativas para adiar não só a falência do PAS, mas a falência do sistema de Saúde no município de São Paulo.