
O plano de assistência à saúde do município de São Paulo: uma modalidade alternativa de gestão?

Amélia Cohn
Paulo Eduardo M. Elias

A pesquisa que resultou na análise a seguir é parte de uma linha de investigação que vem sendo desenvolvida por equipe de pesquisadores vinculados à Universidade de São Paulo e ao Centro de Estudos de Cultura Contemporânea (Cedec) e que diz respeito à questão das políticas sociais e de saúde e sua articulação com a construção da cidadania no País. É nesse sentido que investigar a experiência de implantação do Plano de Atendimento à Saúde (PAS) no município de São Paulo ganha importância: busca-se desvelar o tipo de racionalidade que essa forma de gestão da saúde traz consigo e se ela aponta para a universalidade e a equidade no acesso à saúde ou para a seletividade nesse acesso e, em consequência, para novas formas de exclusão social. Igualmente estão sendo estudadas pela equipe, com o mesmo objetivo, outras experiências de gestão, seja de sistemas locais de saúde seja de experiências de privatização de parte dos leitos hospitalares estatais, estas últimas fundamentadas no princípio do **subsídio cruzado**.

Assim, o objetivo maior desse estudo consistiu em reconstruir a trajetória do PAS de modo a caracterizar o seu ideário, apontar as concepções de gestão presentes na sua formulação e destacar as principais lógicas que presidem essa modalidade de gestão, sobretudo no que diz respeito a redefinições do que vem a ser, nesses casos, o **estatal**.

BREVE DESCRIÇÃO DO PAS

O município de São Paulo foi, para fins de implementação do PAS, dividido em 14 Módulos de Atendimento, retomando-se a divisão estabelecida pelas Administrações Regionais de Saúde quando da gestão 1989-1992. Cada Módulo de Atendimento é composto por, no mínimo, uma unidade hospitalar, uma unidade de pronto-socorro e pelos postos de assistência à saúde, antigas unidades básicas de saúde.

A estrutura político-administrativa do PAS é composta por quatro instâncias básicas, complementadas pelos convênios com as cooperativas de profissionais da saúde dos níveis médio e universitário, vale dizer, as cooperativas de trabalho representadas pela **Coopermed** e pela **Cooperpas**, respectivamente. Duas dessas unidades compõem a instância mais

A pesquisa que deu origem a este artigo foi financiada com recursos de *Ford Foundation*, Novib, Cremesp e CNPq, compondo um projeto de maior amplitude sobre as novas formas de gestão no setor da saúde e contando com mais cinco pesquisadores na equipe.

Recebido em dezembro/97

Amélia Cohn, Socióloga, é Professora Associada do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) e Pesquisadora do Centro de Estudos de Cultura Contemporânea (CEDEC).
Fax: (011) 871-2123

Paulo Eduardo M. Elias, Médico, é Professor Assistente do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) e Pesquisador do Centro de Estudos de Cultura Contemporânea (CEDEC).
Fax: (011) 871-2123
E-mail: pemelias@usp.br

operacional do PAS: o **Conselho de Gestão** e o **Módulo Básico de Atendimento**, sendo por meio desse instrumento que se dá o convênio entre a municipalidade e as cooperativas de profissionais. Constituem as duas outras instâncias o **Colegiado de Gerenciamento Intersecretarial** e a própria **Secretaria Municipal de Saúde**, que se reportam mais diretamente à estrutura político-administrativa do governo municipal.

Compete ao **Colegiado de Gerenciamento**, fundamentalmente, deliberar sobre os convênios firmados com as cooperativas e a regulamentação dos serviços previstos em cada Módulo, além de sobre as medidas necessárias para a implementação dos mesmos. Deve-se destacar que esse Colegiado assume função eminentemente política, uma vez que dilui o poder do Secretário Municipal de Saúde entre as demais Secretarias. Ao Secretário ficam reservadas as decisões relativas à operacionalização do PAS, destacando-se a autorização de despesas e a transferência dos recursos previstos para a própria Secretaria e/ou o Fundo Municipal de Saúde, além da aprovação do Plano de Aplicação Financeira de cada Módulo.

O **Conselho de Gestão** dos Módulos é composto por nove membros, todos nomeados pelo Secretário:

- cinco representantes da própria Secretaria Municipal de Saúde, escolhidos e nomeados pelo Secretário dentre pessoas de sua confiança, dispensando-se o vínculo funcional com a administração municipal (inicialmente foram nomeados empresários, comerciantes e membros de clubes de serviço da região abrangida pelo Módulo);
- dois membros indicados pela Cooperpas;
- um membro indicado pela Coopermed;
- um representante dos usuários, indicado pelo próprio Secretário Municipal de Saúde até que fosse definida pela administração municipal a forma de eleição desse representante pelos usuários dos serviços do PAS.

A Cooperpas e a Coopermed são formadas, exclusivamente, por funcionários públicos municipais, licenciados na forma da Lei que criou o PAS — isto é, computado integralmente o tempo de afastamento para fins de aposentadoria, disponibilidade, acesso, evolução funcional e promoção —, constituindo cooperativas de trabalho sem fins lucrativos e organizadas para a finalidade específica de realizarem parcerias com a municipalidade.

Essas cooperativas estão legalmente impedidas de prestarem serviços fora do âmbito do convênio com a Prefeitura Municipal de São Paulo (PMSP), sendo-lhes, no entanto, facultada a compra de serviços de terceiros para cumprirem as exigências estabelecidas no convênio. Assim, para cobrir insuficiências relativas à alocação de recursos humanos para a operação das unidades assistenciais, tanto a Cooperpas como a Coopermed podem adquirir esses serviços por meio de organizações, também

elas cooperadas, constituídas por profissionais não-per pertencentes aos quadros da administração municipal. Essas organizações são o que se convencionou denominar de **Cooperplus**. Da mesma forma, para cumprir as exigências gerenciais e administrativas decorrentes do convênio com a municipalidade, essas cooperativas podem contratar serviços de empresas gerenciadoras que recebem um percentual da receita de cada Módulo, a título de custos de administração.

Segundo suas normas legais, essas cooperativas de trabalho assumem a responsabilidade das ações e dos serviços envolvendo prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde da população. Na execução dessas atribuições devem obedecer os princípios e diretrizes previstos na legislação federal (artigos 198 da Constituição Federal e 7 da Lei 8.080 que rege o SUS), na legislação estadual (artigo 222 da Constituição do Estado de São Paulo) e na legislação municipal (artigo 213 da Lei Orgânica do município).

Todos os Módulos — em número de 14⁽¹⁾ — foram implementados durante a segunda metade da gestão Maluf (1993-1996), abrangendo a totalidade do território do município. O primeiro deles foi criado em dezembro de 1995, abrangendo a região de Pirituba-Perus (ARS-8), enquanto a maioria (57%) foi implantada em junho de 1996.

Por intermédio desses 14 Módulos, geridos sob a forma cooperada, a Prefeitura de São Paulo propõe-se a dar cobertura de assistência a cerca de 5 milhões de paulistanos, ou seja, pouco mais de 45% da população estimada para aquele ano de 1996. Para tanto, o PAS conta com capacidade instalada de: 16 hospitais; 14 hospitais-dia de saúde mental; 16 centros de convivência; 11 ambulatórios de especialidade; 13 prontos-socorros; 1 pronto atendimento; 140 postos de atendimento à saúde; 1 laboratório para exames clínicos; 2 clínicas de atendimento odontológico; e 1 clínica de atendimento à criança.

Em que pese o tamanho dessa rede de serviços, ela não só é distribuída desigualmente por Módulo, em termos da relação equipamento/população, como revela-se insuficiente para a própria relação equipamento/população-alvo a ser coberta, tal como definida pelo PAS (isto é, a população potencialmente cadastrada). A título de exemplo, tomando-se os parâmetros correntes de 2,5 consultas por habitante/ano, a produção de serviços ambulatoriais do período de janeiro a setembro de 1996 apresenta déficit aproximado de 55% atendimentos.

No que diz respeito ao **financiamento**, a fonte básica de recursos é proveniente do orçamento da Secretaria Municipal de Saúde, embora esteja também prevista a participação de recursos oriundos do Sistema Unificado de Saúde (SUS) como mais uma alternativa de receita para possibilitar a cobertura de várias modalidades assistenciais à população cadastrada aos Módulos.

A partir de estudos preliminares realizados pela Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da USP, elegeu-se o sistema de captação como mecanismo de financiamento do PAS, o que significava, no caso, repassar um valor *per capita* sobre o volume total da população potencialmente cadastrada para as respectivas cooperativas de trabalho de cada Módulo. Esse valor, inicialmente pensado em R\$ 15,00 *per capita*, tendo como base estudos dos preços praticados por planos de saúde destinados à população de baixa renda, seria diferenciado segundo o nível de renda e/ou a condição socioeconômica de cada família/indivíduo. No entanto, a seguir ele foi definido em R\$ 10,96 *per capita* (sempre da população potencialmente cadastrada) para todos os Módulos, com exceção de três deles⁽²⁾, aos quais estão vinculados hospitais de maior complexidade e que servem de referência para os demais Módulos.

Assim, a cada Módulo cabe o repasse de recursos no montante que resulta da seguinte fórmula:

$$RT = (PPC \times VRM) + (INV + EXT)$$

em que:

RT = recursos financeiros totais relativos ao período de um mês;

PPC = população potencialmente cadastrada;

VRM = valor referencial do Módulo;

INV = investimentos no período;

EXT = despesas extraordinárias.

Com a utilização dessa fórmula para repasse dos recursos a cada Módulo, verifica-se que não só se mantém a exigência legal de que os valores do PPC e do VRM sejam definidos pela própria Prefeitura, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, como a inclusão de valores correspondentes a investimentos e despesas extraordinárias permite que cada Módulo ganhe flexibilidade para a alocação de recursos, bastando para tanto estar prevista no documento denominado de Plano de Aplicação do Módulo de Atendimento. Com tudo isso somado, no período entre julho e setembro de 1996 a média de custeio *per capita* da PPC dentre todos os Módulos estabilizou-se em torno de R\$ 13,63⁽³⁾.

Verifica-se, assim, que no desenvolvimento das propostas de implantação do PAS seu modelo de financiamento vai sofrendo alterações, o que se expressa na diversidade de instrumentos técnicos e jurídicos que vão se sucedendo na tentativa de estabelecer padrões e regras de financiamento que permitissem viabilizar o projeto. Exemplo dessa diversidade na regulamentação dos mecanismos de financiamento é o conjunto de dispositivos representado pela Lei n. 11.866 que institui o PAS e confere ao Executivo a sua regulamentação. O Decreto n. 35.664,

que regulamenta a lei que institui o PAS, autoriza a PMSP a firmar convênios com as cooperativas de trabalho e aprova a Minuta Padrão do Termo de Convênio, o Plano de Aplicação dos Recursos, o Termo Aditivo que regula a aplicação dos recursos adicionais e outras alterações e a Planilha Técnica de Aferição de Custos para estabelecer critérios e fórmulas que sirvam de subsídio para a revisão do Regulamento de Serviços.

Entretanto, nenhum desses documentos explicita os parâmetros técnicos e administrativos utilizados para as estimativas da PPC, dos valores do VRM e dos INV e EXT. Ressalta, assim, que a necessária flexibilidade na distribuição e na alocação dos recursos entre os Módulos, e sua aplicação por eles, vem acompanhada de alto grau discricionário da autoridade responsável pela direção geral do PAS, no caso o Secretário Municipal de Saúde e, nos primeiros meses, também do Colegiado de Gerenciamento Intersecretarial.

BREVE CARACTERIZAÇÃO DO PAS

Tendo por base o ideário expresso no seu arcabouço legal, o PAS configura-se como uma proposta de transferência para o setor privado não-lucrativo da produção estatal dos serviços de saúde. Sua característica essencial reside no aumento do grau de autonomia dos agentes prestadores de serviços no referente à administração e à organização do trabalho, uma vez que o gerenciamento dos serviços de saúde passa a se dar segundo parâmetros ditados pela racionalidade inerente à esfera da iniciativa privada.

É necessário ressaltar, no entanto, que embora se pretenda com o PAS uma alternativa de racionalização dos serviços de saúde, com ênfase nos parâmetros de custo-benefício das ações e dos serviços estimados fundamentalmente em consequência dos gastos financeiros, em termos do ideário expresso nos documentos legais ele não se configura como uma simples privatização da saúde, visto que não há transferência para os agentes privados da autonomia decisória e financeira na formulação da política de saúde. Esta continua sob a égide da administração municipal, caracterizando uma situação em que a municipalidade mantém a condição de provedora da assistência à saúde, apesar de desresponsabilizar-se pela produção dos serviços.

Constata-se, assim, que essa modalidade de gestão vai ao encontro dos parâmetros apresentados como desejáveis pelos organismos internacionais para a implementação das políticas de saúde nos países emergentes, configurando-se também como uma proposta de descentralização em benefício da privatização de parcela das atividades, antes sob responsabilidade da administração municipal. Acresce-se a isso que ela traz consigo a transferência da

autonomia administrativa e gerencial na produção dos serviços de saúde para o setor privado, mais identificada com os modelos do tipo **terceirização de serviços** — e, no caso, bastante mais ampliada, dadas as inúmeras atividades e os setores envolvidos nesse processo de transferência — do que propriamente com os modelos de transferência pura e simples do poder decisório e da responsabilidade do Estado no provimento dos serviços de saúde.

Em resumo, o PAS surge como uma proposta de modelo de gestão da saúde sob a forma de um **plano de saúde voltado para a população de mais baixa renda**, após quase três anos de gestão municipal em que nos dois primeiros anos a função da saúde apresentava queda de 4,3 % em termos dos investimentos realizados, enquanto a receita total da Prefeitura apresentava elevação de 12,4 %. Já no terceiro e no quarto anos de gestão a curva de gastos nessa função era ascendente, inicialmente em ritmo bastante inferior ao do crescimento da receita total do município, mas com aumento que se acentuou no último ano da gestão⁽⁴⁾.

Dessa forma, destacam-se como principais traços constitutivos do PAS:

- as acentuadas presença e participação da administração municipal na sua operacionalização. Tanto a Secretaria Municipal de Saúde como, nos primórdios de sua implementação, o Colegiado de Gerenciamento Intersecretarial funcionam como uma espécie de **cérebro** do Plano, mantendo sob controle as principais decisões políticas e financeiras sobre o PAS;
- o significativo incremento do grau discricionário dos agentes responsáveis pela prestação dos serviços públicos de saúde, envolvendo sobretudo os recursos humanos e as atividades de custeio e manutenção dos serviços, por meio da adoção de mecanismos que flexibilizam as relações de trabalho (exigência de vinculação dos funcionários públicos à cooperativa) e a subordinação às normas administrativas correntes para gastos públicos, sobretudo no que diz respeito à Lei das Licitações (com o PAS a operacionalização desses dois itens ficou a cargo de empresas privadas, contratadas especificamente para realizarem esse tipo de gerenciamento, todas elas vinculadas direta ou indiretamente a empresas de engenharia do ramo da construção civil);
- a implementação de ações de transferência administrativa, gerencial e de organização do processo de trabalho como modalidade fundante de uma nova relação público/privado na produção de serviços de saúde.

Em suma, o PAS configura, tal como originalmente formulado, uma proposta que implica uma nova relação público/privado no provimento de serviços de saúde, fundada agora na autonomia administrativa sob a égide da racionalidade privada, por meio da transferência do geren-

ciamento dos serviços de saúde em que o incremento da autonomia do gestor dos serviços desempenha papel central, sobretudo em relação às verbas destinadas a custeio e manutenção, mas sob estrita tutela da administração municipal. Paralelamente, a flexibilização administrativa da relação de trabalho dos funcionários públicos, ao possibilitar a remuneração diferenciada e o controle mais eficaz da força de trabalho, permite que sejam enfrentados problemas crônicos diagnosticados nesse setor, principalmente no que diz respeito a absenteísmo, afastamento e faltas.

O PAS EM AÇÃO

Não resta dúvida que a experiência paulistana na área da saúde vem provocando salutar incremento do debate público sobre as modalidades alternativas de gestão na saúde, corroborando o esgotamento do modelo de gestão vigente e sinalizando perspectivas para o desenvolvimento de experiências de produção não-lucrativa de serviços de saúde sob forma efetivamente cooperada. Não obstante, há de se ter clara a distinção entre os momentos de construção de um modelo típico-ideal e a sua implementação na prática.

Em primeiro lugar, deve-se ressaltar que o diagnóstico do setor que serviu de ponto de partida para a formulação da proposta do PAS em nada difere daquele que vinha sendo feito, seja por governos anteriores seja por secretários anteriores dessa mesma gestão. Em 1993, quando tem início a gestão municipal, a proposta setorial para a saúde já partia do diagnóstico de que os problemas do setor radicavam, fundamentalmente, em questões de ordem administrativa e gerencial. Vale dizer, na falta de agilidade e na ausência de controle de qualidade no setor público que lhe imprimem caráter de **elefante branco** em termos gerenciais e administrativos, por não contar com instrumentos e mecanismos eficazes de intervenção para a melhoria da qualidade do atendimento prestado e para o controle do desperdício e do gerenciamento dos recursos humanos.

Embora o diagnóstico seja comum entre os titulares da Secretaria Municipal de Saúde⁽⁵⁾, varia a solução proposta. Na gestão dos dois primeiros titulares da pasta da saúde, diante do diagnóstico de ineficiência e ineficácia crônicas do setor estatal, a resposta obedece a propostas inerentes ao âmbito da Saúde Pública — reafirmação do SUS, apesar de reconhecer seus impasses; aumento salarial, qualificação e treinamento dos profissionais; e, para o caso do atendimento hospitalar, associações com hospitais de ensino; além da possibilidade de também desenvolver associações com o setor privado lucrativo de produção de serviços de saúde. O terceiro titular da pasta já assume com a incumbência explícita de mudar, radicalmente, a gestão do sistema de saúde municipal.

Nessa época, para enfrentar a realidade da ausência de mecanismos — administrativos e operacionais — de controle eficazes do poder público sobre o sistema de saúde, propõe-se a incorporação do sistema de *capitation*, mecanismo de pré-pagamento calculado pelo valor *per capita* de repasse de recursos, para a prestação do atendimento à população com base nesse cálculo que, por sua vez, teria como parâmetro o grau de abrangência de cada Módulo, entendido como a capacidade instalada para atendimento. Quanto a essa capacidade, calculava-se à época que a rede municipal de serviços de saúde atendia somente 20% da população, o que serviu como um dos parâmetros para dimensionar a *PPC*.

No processo de implementação do PAS, em ritmo extremamente acelerado e curto espaço de tempo, várias das virtudes potenciais dessa nova forma de gestão foram perdidas.

Busca-se, por meio desse mecanismo de pré-pagamento, dotar o poder público de um instrumento de regulação dos gastos no setor, enquanto pela forma de cooperativa de trabalho visa-se enfrentar a questão do gerenciamento dos recursos humanos, resgatando-se a experiência anterior de privatização da Companhia Municipal de Transporte Coletivo (CMTC), quando já havia sido organizada uma cooperativa de trabalhadores.

Fica claro, portanto, que a idéia inicial da gestão compartilhada era a de constituição de cooperativas de trabalho, figura jurídica de ente econômico sem fins lucrativos, configurando-se assim em mecanismo que permitiria o aproveitamento dos servidores da saúde, os quais passariam então a gozar de licença da Prefeitura, mas com manutenção do vínculo e de todos os direitos do funcionalismo público municipal, à exceção do salário que passa a ser substancialmente mais elevado quando o funcionário público é vinculado a uma cooperativa.

Vale notar, no entanto, que no processo de implementação do PAS, em ritmo extremamente acelerado e curto espaço de tempo, várias das virtudes potenciais dessa nova forma de gestão foram perdidas. Há ausência de controle público — interno e externo —, na medida em que parâmetros para a avaliação da prestação de serviços de cada Módulo não foram, até o momento, implementados de forma efetiva e homogênea para todos eles e também não foram criados mecanismos que garantam a represen-

tatividade do usuário nas instâncias cooperadas. Existe a impossibilidade de avaliar-se, efetivamente, o custo dessa modalidade de gestão, uma vez que os Módulos diferem entre si, dada a capacidade já instalada de que dispõem. Não há a promoção de **concorrência interna** (similar à experiência inglesa dos **mercados internos**) entre os Módulos e as cooperativas, visto que elas se constituem como monopólios em cada um deles, tendo o montante de sua receita já definido previamente. Em consequência deste último aspecto, o fato de essa forma de gestão vir sendo implementada dessa maneira impossibilita o poder público (leia-se o Executivo municipal) de cumprir sua função redistributiva no que diz respeito aos equipamentos de saúde, tendendo de forma acentuada a reproduzir as desigualdades já previamente existentes no setor.

Tal situação ocorre porque a forma como o PAS foi implantado partiu de uma concepção contrária ao SUS, entendido como um sistema estatal, ineficiente e que se resumia a transplantar o **velho sistema do INAMPS**, fazendo com que os hospitais prestassem, na realidade, atendimento primário e não secundário. Com o PAS organizado pelo sistema de *capitation*, busca-se implantar um sistema de atenção tanto primária como secundária, uma vez que adotar esse sistema somente no nível de atenção primária não seria funcional, pois continuaria a sobrecarregar os hospitais, não permitindo a hierarquização do atendimento. Ressalte-se, ainda, que ao contrário do período inicial da gestão Maluf esse setor é tido como prioridade de governo, sobretudo no último ano dessa gestão. É exatamente quando o engenheiro e administrador de empresas Roberto Paulo Richter ocupa o cargo de Secretário de Saúde e transplanta para o setor público da saúde as lógicas da eficiência e da produtividade inerentes à iniciativa privada lucrativa. Seu objetivo consistia em instituir um **seguro saúde para os pobres** em que o sistema de *capitation* permitisse associar remuneração de pessoal por carga horária de trabalho com produtividade.

Por outro lado, diante das resistências político-partidárias e corporativas, a implantação do PAS foi feita a partir de uma opção deliberada por um ritmo acelerado, tendo em vista não só os constrangimentos impostos pelas leis eleitorais, mas sobretudo os próprios motivos políticos de levar o governo a eleger seu sucessor. Com isso, optou-se por financiar o PAS estritamente com recursos orçamentários próprios da Prefeitura, pois o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Saúde e a Secretaria Estadual de Saúde haviam se posicionado contra o modelo. Estava também presente a preocupação de que se não ocorresse nesse ritmo acelerado a implantação de um Módulo provocaria uma grande migração interna para ele. Todavia, o fato é que o ritmo imposto à implantação não permitiu realizar as avaliações periódicas inicialmente previstas, impedindo inclusive que fossem recalculados os valores

per capita a serem repassados para as cooperativas, assim como avaliar a experiência de terceirização dos serviços contratados pelas cooperativas.

Da mesma forma, a Câmara de Compensação entre os Módulos, pensada originariamente como mecanismo para imprimir a competitividade entre eles, não foi implantada, embora tenha sido instituída a **carteirinha** do usuário, tida também como importante símbolo de cidadania, além de sua importância como *marketing* político. Quanto à Câmara de Compensação, ela implica a necessidade de informatizar toda a rede de serviços e de utilizar o *smart card* contendo todo o **histórico** do usuário, incluindo dados do prontuário de atendimento. O custo elevado da introdução dessa tecnologia impossibilitou a implantação efetiva desse instrumento, restrito somente à **carteirinha**, símbolo do usuário enquanto portador de um seguro saúde. No entanto, é interessante registrar que pesquisa qualitativa feita junto aos usuários do PAS não configura esse documento como símbolo da cidadania, mas somente como algo mais prático, uma vez que permite ao usuário levar somente um documento em vez de uma multiplicidade deles.

Do ponto de vista das repercussões do PAS diante do quadro sanitário da população do município, qualquer tentativa de avaliação é não só precoce como incorreta, dado o curto espaço de tempo de seu funcionamento e a temporalidade própria do impacto das medidas no setor da saúde sobre o perfil de morbi-mortalidade da população. Contudo, do ponto de vista da produção de serviços de saúde (e que decididamente não se configura como parâmetro adequado para a avaliação da saúde da população), a série histórica de dados agregados para todo o município permite constatar que houve significativo incremento de produção no período posterior à implementação do PAS, não somente em relação às consultas ambulatoriais (6,3%), mas também ao número de internações (60%)⁽⁶⁾.

Vale notar, no entanto, que esse incremento significativo da produção de serviços após a implantação do PAS é relativo quando se verifica, através da mesma fonte de dados, ser ele de fato 5% mais elevado do que o volume de produção do setor no último ano da gestão 1989-1992 e da gestão 1993-1996 (gestão Maluf). Da mesma forma, dados relativos à produção de serviços de alguns dos Módulos reafirmam a tendência de aumento significativo na produção ambulatorial e na produtividade hospitalar, em que pese o aumento não-proporcional de exames complementares de maior sofisticação com relação ao aumento das consultas em geral, o que poderia, nesse caso, reforçar a hipótese de que esse crescimento da produção se deveu basicamente ao crescimento de procedimentos menos complexos⁽⁷⁾.

Apesar dos aumentos da produção e da produtividade, os gastos que o PAS implica revelam-se relativamente mais

elevados do que os do sistema anterior, embora tenha ocorrido a introdução da racionalidade privada no interior do setor público, fato reconhecido até pelos idealizadores e implementadores do Plano. Da mesma forma, a maneira pouco enfática de encarar a questão do controle público faz com que se desconheça, até o momento, o potencial de seletividade da clientela pelos serviços de saúde, dadas as mudanças operadas pelo PAS. É necessário verificar, diante da ausência de representação efetiva do usuário no Colegiado de Gestão e do mecanismo de financiamento inerente ao PAS — segundo o qual a receita é predefinida, cabendo a possibilidade de existência de superávit para a contenção das despesas —, até que ponto essa busca de maior racionalidade de custos, erroneamente ausente nos serviços estatais de saúde, imprime à clientela seletividade de acesso a determinados atos médicos e terapêuticos que demandam maior densidade tecnológica e que, portanto, são mais custosos. Tal verificação torna-se necessária porque um dos propósitos centrais do PAS, para seus idealizadores, consiste em reverter a ineficiência e a inércia do setor público, pois introduzindo a lógica privada na execução dos serviços **cada um estaria, ao desperdiçar recursos, tirando-os do próprio bolso**.

Finalmente, uma avaliação geral do PAS permite apontar para o fato de, tal como implantado, ele configurar-se hoje como um sistema de gestão de cooperativas que, na realidade, estão funcionando como empresas privadas, com escasso ou nenhum controle público sobre seu funcionamento e com precária participação da comunidade. Tal situação, no entanto, se não invalida a proposta de **gestão compartilhada** como forma de enfrentar as históricas distorções do setor estatal de produção de serviços de saúde, demonstra que efetivamente a preservação do caráter público desses serviços, seja sob qual forma de gestão for, demanda efetivo controle público com a participação decisiva da sociedade. Trata-se aqui, portanto, de enfatizar a dimensão propriamente política dessa nova forma de gestão e, ao assim proceder, aprofundar o debate na agenda pública sobre as novas formas de relação entre o Estado e a sociedade e criar novos canais democráticos de participação social que possibilitem não só o exercício do aprendizado da cidadania como a própria e urgente democratização do Estado. Propõe-se, assim, a redefinição do que deva ser eficiência e eficácia quando referidas ao setor público, as quais não podem ter seus parâmetros reduzidos à lógica do custo/efetividade, tão em voga nos dias atuais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi com o objetivo de trazer elementos para esse debate que essa pesquisa foi realizada no interior de um programa mais amplo de investigação sobre as novas formas

de gestão no setor da saúde. Isso porque, se é fato que desde 1988, com o Sistema Unificado de Saúde, o Brasil vem se tornando um grande laboratório de experiências locais de gestão nas várias áreas sociais, e em particular na da saúde, é também verdade que análise acurada das

mesmas permitirá apreender quais dentre elas apontam para maior inclusão social e quais apontam para maior exclusão social. Parece ser essa a questão básica a ser enfrentada no Brasil, devido à magnitude da pobreza que fratura nossa sociedade. ♦

NOTAS

- (1) Note-se que são 14 os Módulos, numerados de 1 a 15 por ter sido saltado o número 13. Há duas interpretações para tanto: simples superstição ou cunho político, dado o fato de o número 13 ser identificado com o Partido dos Trabalhadores.
- (2) São eles os Módulos de número 12 (Jabaquara), 14 (Ermelino Matarazzo) e 15 (Tatuapé/ Penha).
- (3) Os cálculos foram elaborados a partir de dados disponíveis na Câmara Municipal de São Paulo sobre a Operação e a Manutenção do Plano de Atendimento à Saúde (PAS).
- (4) Segundo dados disponíveis na Câmara Municipal de São Paulo.
- (5) Foram secretários municipais de saúde de São Paulo na gestão 1993-1996, em ordem cronológica, Raul Cutait, Silvano Mário Atilio Raia, Getúlio Hanashiro e Roberto Paulo Richter.
- (6) Segundo dados disponíveis na *Web-page* da Prefeitura Municipal de São Paulo na Internet.
- (7) Para maiores detalhes consultar os relatórios da pesquisa **O processo de implantação do PAS: universalidade ou seletividade no acesso à saúde?**, coordenada por Amélia Cohn e Paulo Eduardo M. Elias, São Paulo, CEDEC, 1997, especialmente volume II.

RESUMO

Neste artigo tem-se por objetivo divulgar alguns dos principais resultados obtidos em pesquisa sobre o Plano de Atendimento à Saúde (PAS) implementado no município de São Paulo pela Prefeitura Municipal, durante a gestão de 1993 a 1996, e que implica uma nova forma de gestão dos serviços estatais de saúde. Para tanto, foram analisados documentos jurídicos, notícias dos principais periódicos da cidade e da imprensa oficial, fonte de dados da própria Secretaria Municipal de Saúde, assim como realizadas entrevistas com secretários de saúde, usuários e profissionais ocupando cargo de direção nas cooperativas. A principal conclusão inferida é que com o PAS — forma compartilhada de gestão que tem como modelo as cooperativas de trabalho — existe maior autonomia do gestor dos serviços, sobretudo com relação à aplicação dos recursos financeiros e aos recursos humanos, verificando-se aumento da produtividade. Por outro lado, a forma como foi implementado faz com que, na prática, as cooperativas atuem como empresas privadas, introduzindo a racionalidade privada no interior da esfera pública.

Palavras-chave: gestão local de saúde, gestão compartilhada, forma cooperada de gestão.

ABSTRACT

This paper aims to publicize some of the main results obtained in research on the public health assistance Plan called *Plano de Atendimento à Saúde (PAS)* implemented in the city of São Paulo by the Municipal Government, during the 1993-1996 administration, and that implies a new form of administration of the public health services. Therefore, juridical documents, news of the main newspapers of the city documents of the official press and data sources of the Municipal Health Office were analyzed, and interviews with secretaries of health, users and professionals occupying direction position in the cooperatives were conducted. The main inferred conclusion is that with PAS — a form of shared management based upon the model of the labor cooperatives — the manager of the services has larger autonomy, mainly, in which concerns to the application of the financial and the human resources, resulting on the increase of productivity. On the other hand, the form as it was implemented result that, in practice, the cooperatives act as private companies, introducing the private rationality in the public sphere.

Uniterms: local administration of health, shared management, cooperative form of management.