

Universidade Estadual Paulista – UNESP

Programa de Pós-Graduação em Economia

Descentralização do sistema de saúde no
município de São Paulo

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Economia da Unesp para obtenção
do título de Mestre em Economia.

Candidato: Marcelo Hodara Gil

Orientador: Prof. Dr. José Murari Bovo

Araraquara

Agosto/2006

Resumo

O propósito da pesquisa é avaliar a gestão municipal de saúde no município de São Paulo. O presente trabalho procura desvendar os motivos pelos quais a cidade, a maior do Brasil, foi uma das últimas a se credenciar ao SUS, resultando em problemas financeiros e de gestão. O período do estudo está concentrado entre os anos de 1995 e 2003. Esse período foi selecionado em razão das grandes transformações no sistema de saúde no município. Confirma-se a relevância do tema por se tratar de um período no qual foi implantado o Plano de Assistência à Saúde (PAS) e, posteriormente, os anos em que houve a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) na cidade de São Paulo. Este processo provocou grandes mudanças no sistema de saúde da cidade, as quais podem ser notadas pelas alterações no financiamento da saúde no município, pela forma como os recursos foram gastos e, principalmente, pela forma como a saúde passou a ser tratada. Uma vez que as grandes mudanças no sistema de saúde no município foram concomitantes com as mudanças no sistema de saúde no Brasil, é feita uma comparação entre os dois sistemas, PAS e SUS. Posteriormente, é feita uma análise da introdução do PAS na cidade, mostrando suas características e seus problemas, até o ponto em que ocorre a municipalização do sistema de saúde no município.

SUMÁRIO

Tabelas.....	III
Agradecimentos.....	IV
Abreviaturas	V
Introdução.....	1
Capítulo 1 – A Saúde no Brasil	3
1.1. Antecedentes do sistema de saúde no Brasil	3
1.2. O processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil.....	6
1.2.1. A Constituição de 1988	6
1.2.2. Descentralização do sistema de saúde	6
1.2.3. Criação do Sistema Único de Saúde.....	7
1.2.4. Regulamentação da saúde na década de 1990	8
1.2.4.1. Norma Operacional Básica 01/93.....	10
1.2.4.1.1. Gestão Incipiente	11
1.2.4.1.2. Gestão Parcial	11
1.2.4.1.3. Gestão Semiplena	11
1.2.4.2. Norma Operacional Básica 01/96.....	12
1.2.4.2.1. Gestão Plena de Atenção Básica	14
1.2.4.2.2. Gestão Plena do Sistema Municipal	15
1.3. Financiamento da saúde	16
Capítulo 2 – O Programa de Atendimento à saúde.....	20
2.1. Introdução ao PAS.....	20
2.2. Projeto do PAS	21
2.3. Implantação do PAS	26
2.4. Apoio ao plano	28
2.5. Estrutura do sistema	29
2.5.1. Módulos	29
2.5.2. Cooperativas	30
2.5.3. Gerenciadoras	30
2.6. Mudanças com a implantação do PAS	31
2.6.1. Atendimento	31

2.6.2. Salários dos médicos	32
2.6.3. Recursos	32
2.6.4. Estabilidade	32
2.6.5. A equipe.....	33
2.6.6. Transferências.....	33
2.6.7. Plantão	33
2.6.8. Fichas de pacientes	33
2.6.9. Benefícios	33
2.7. Críticas ao PAS.....	34
2.8. Administração do sistema.....	35
2.8.1. Funcionários do PAS	35
2.8.2. Pagamento às cooperativas	36
2.8.3. Controle do PAS por vereadores	38
2.9. Crise do PAS	39
Capítulo 3 – A municipalização da saúde.....	42
3.1. Início da municipalização da saúde na cidade de São Paulo.....	42
3.2. Projeto PAS 2000	44
3.3. Projeto do Sistema Integrado Municipal de Saúde (SIMS).....	46
3.3.1. As mudanças propostas na saúde com a implantação do SIMS.....	47
3.3.1.1. Divisão da cidade	47
3.3.1.2. Controle de gastos	47
3.3.1.3. Gerenciadoras	47
3.3.1.4. Cooperativas	47
3.3.1.5. A situação dos funcionários.....	47
3.4. O SIMS como novo sistema de saúde	48
3.5. CPI do PAS.....	50
3.6. Transição de gestão	51
3.7. Governo Marta Suplicy	53
Considerações Finais	57
Apêndice.....	61
Referências Bibliográficas.....	70

TABELAS

TABELA 1.1 – Evolução do número de atendimentos do setor público de saúde por esfera administrativa	9
TABELA 1.2 – Brasil: distribuição percentual dos estabelecimentos do setor público de saúde por grandes regiões, 1992.....	10
TABELA 1.3 – Brasil: distribuição dos municípios habilitados por estado segundo a NOB 01/96.....	13
TABELA 1.4 – Ministério da Saúde: evolução da participação das fontes de financiamento (percentual), 1993/99.....	18
TABELA 2.1 – Repasse de verbas ao PAS.....	37

AGRADECIMENTOS

Ao orientador Professor Dr. José Murari Bovo, pelo incentivo, sugestões e críticas dados ao longo do trabalho.

À Professora Dra. Luciana Togeiro de Almeida e ao Professor Dr. Elton Eustaquio Casagrande, ambos professores da Universidade Estadual Paulista (UNESP), pelas sugestões apresentadas.

À Professora Dra. Suzana Bierrenbach de Souza Santos, da Fundação Armando Álvares Penteado (FAAP/SP), pelos valiosos conselhos dados ao trabalho.

Aos funcionários da Secretaria Municipal de Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde, pela atenção prestada.

Aos arquivos dos jornais O Estado de São Paulo e Folha de São Paulo, pelo acesso às informações.

À todos aqueles que, diretamente ou indiretamente, colaboraram com a realização desta dissertação.

ABREVIATURAS

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
APM	Associação Paulista de Medicina
ARS	Administração Regional de Saúde
CAP	Caixa de Aposentadorias e Pensões
CEME	Central de Medicamentos
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CMTC	Companhia Municipal de Transportes Coletivos
CPI	Comissão Parlamentar de Inquérito
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
COFINS	Contribuição Social para o Financiamento da Seguridade Social
Conasems	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
Conass	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
Cosems	Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde
CSLL	Contribuição Social sobre o Lucro Líquido das Empresas
DATAPREV	Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social
DRU	Desvinculação das Receitas da União
FAE	Fração de Assistência Especializada
FAS	Fundo de Apoio e Desenvolvimento Social
FEF	Fundo de Estabilização Fiscal
FGV	Fundação Getúlio Vargas
FIPE	Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas
FMI	Fundo Monetário Internacional
FPAS	Fundo de Previdência e Assistência Social
FUNABEM	Fundação Nacional do Bem Estar do Menor
IAP	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IAPAS	Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPTU	Imposto Predial e Territorial e Urbana

INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LBA	Fundação Legião Brasileira de Assistência
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
MAC	Média e Alta Complexidade
NOB	Norma Operacional Básica
PAB	Piso da Atenção Básica
PAS	Programa de Atendimento à Saúde
PPC	População Potencialmente Cadastrada
PPI	Programação Pactuada Integrada
Prodam	Empresa de Processamento de Dados do Município de São Paulo
PSF	Programa Saúde da Família
PT	Partido dos Trabalhadores
SEMPLA	Secretaria Municipal de Planejamento
SIA/SUS	Sistema de Informação Ambulatorial
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SIMS	Sistema Integrado Municipal de Saúde
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCM	Tribunal de Contas do Município
TJ	Tribunal de Justiça
UBS	Unidade Básica de Saúde

INTRODUÇÃO

O ponto de partida desta dissertação foi a seguinte indagação: porque a cidade de São Paulo, mesmo sendo a maior do país, demorou tanto tempo para municipalizar o seu sistema de saúde?

Durante a década de 1990 e nos primeiros anos de 2000, o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) foi marcado por um intenso processo de descentralização das responsabilidades de gestão e dos recursos financeiros do governo federal para os municípios. O Ministério da Saúde fez uma reorganização do modelo assistencial do SUS, no qual o município passou a ser o principal executor das políticas de saúde. Para dar prosseguimento a essa reforma, o Ministério da Saúde estimulou o enquadramento dos municípios nos níveis de gestão mais qualificados nas dimensões institucionais, operacionais e de responsabilidades em ações e serviços de saúde, como as estabelecidas na Norma Operacional Básica 93 e, posteriormente, na Norma Operacional Básica 96.

As transformações na área da saúde foram resultado da Constituição de 1988, onde a saúde passou a ser reconhecida como direito social, assegurado pelo acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e prevenção da saúde. Uma outra novidade foi a descentralização político-administrativa do sistema de saúde público, em que o município passou a ser o principal executor das políticas de saúde.

Enquanto muitos municípios aderiram ao SUS, incluindo muitas capitais do país, o prefeito da cidade de São Paulo, Paulo Maluf, optou por um modelo de saúde alternativo. No ano de 1995, houve a implantação do Plano de Assistência à Saúde (PAS). O pressuposto para a criação do plano foi à ineficiência dos serviços públicos de saúde, sendo estes onerosos, com baixo grau de eficiência e com baixa qualidade de serviços prestados. Estes problemas eram justificados, em parte, pela centralização do financiamento e pela ausência de autonomia e coordenação no nível operacional. A solução seria a regionalização do atendimento, e administração e operação das unidades de saúde por meio de um modelo de gestão eficaz e contratada. Uma cooperativa de trabalho seria gestora de um conjunto de unidades de uma determinada região. Os trabalhadores passariam a ser “proprietários” das unidades de serviços, passando a ter um interesse maior em oferecer um serviço de qualidade. A prefeitura efetuaria o pagamento baseado em uma tarifa *per capita* para a cooperativa, procedimento semelhante a de um plano de saúde privado.

O PAS foi muito questionado por ter um caráter não-universalizante ao exigir um prévio cadastramento da população usuária do plano, ferindo o princípio de acesso

universal e igualitário ao atendimento à saúde. A população só era atendida mediante apresentação de documentação, incluindo comprovação de residência, uma vez que o atendimento era regionalizado.

Este plano durou até o primeiro semestre de 1999. Após esta data, foi criado o Sistema Integrado Municipal de Saúde (SIMS), que embora fosse outro programa, manteve as mesmas características do PAS. Durante a vigência do SIMS, foi iniciado o processo de municipalização. Com a posse de Marta Suplicy na prefeitura em 2001, sucedendo Celso Pitta, o município de São Paulo intensificou o processo de municipalização da saúde, passando a receber os recursos do SUS.

Os materiais utilizados para a execução do presente trabalho foram predominantemente periódicos, além da utilização de livros e visitas às Secretarias Municipal e Estadual de Saúde. Isto se justifica por existir pouca bibliografia sobre o PAS.

Esta dissertação está dividida em três capítulos.

O primeiro Capítulo está dividido em três itens. O primeiro item resgata os antecedentes do sistema de saúde pública no Brasil, mostrando o caminho percorrido por este desde a década de 1920 até a implantação do SUS, no final da década de 1980. O segundo item analisa o processo de descentralização das políticas de saúde no Brasil desde o final da década de 1980, e a formação e o desenvolvimento do SUS no país. O terceiro item discute o financiamento e o gasto em saúde pública no Brasil durante os anos de 1990 e os primeiros anos de 2000.

O Capítulo 2 apresenta a trajetória de implementação do PAS na cidade de São Paulo. Após a análise do projeto do PAS, são examinados os principais caminhos percorridos pelo programa na cidade, mostrando sua implementação, suas principais características, sua estrutura e as críticas ao sistema.

O Capítulo 3 mostra a falência do PAS, a criação do SIMS e o processo de municipalização da saúde na cidade de São Paulo. Este processo não foi fácil, uma vez que a estrutura montada com o PAS era muito diferente da estrutura necessária para a implantação do SUS. Além disso, havia interesses políticos e financeiros em manter a antiga estrutura do PAS.

Os capítulos 2 e 3 darão condições para que se possa entender os motivos que levaram a cidade de São Paulo a adotar um sistema alternativo de saúde e as conseqüências pela escolha desse caminho.

CAPÍTULO 1

A SAÚDE NO BRASIL

1.1. Antecedentes do sistema de saúde no Brasil

Até a década de 1920, quase a totalidade de serviços de assistência médica era prestada por meio da compra de serviços de profissionais liberais, e para aqueles que não tinham recursos, restava como alternativa a medicina popular ou o auxílio das santas casas de misericórdia, destinadas a dar assistência aos pobres. Em 1923, foi feita a primeira modalidade de seguro para trabalhadores do setor privado, por iniciativa do poder central, as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). As CAPs eram organizadas pelas empresas, tendo como função a prestação de benefícios (pensões e aposentadorias) e a assistência médica a seus filiados e dependentes.

A lei que instituiu as CAPs ficou conhecida como Lei Eloy Chaves, sendo esta obrigatória para todas as empresas com mais de 50 funcionários. Desde então, foi delineado o sistema previdenciário brasileiro, que vigorou até a Constituição de 1988. O financiamento era feito pelos trabalhadores, empregadores e pelo Estado. Pelo fato das CAPs serem organizadas por empresas, e por estas não terem recursos para uma infraestrutura de serviços médicos, estas empresas passaram a comprar serviços privados, sob a forma de credenciamento médico, sendo assim desenvolvida a privatização da assistência médica no Brasil. Uma característica deste sistema é o caráter assistencialista e não universalizante do seguro social.

De 1933 a 1938, as CAPs foram unificadas e absorvidas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), de caráter nacional, que reuniram os trabalhadores por categorias profissionais. Uma diferença entre as CAPs e os IAPs é que estes tinham a presença direta do Estado na sua administração. Outra diferença é que nas CAPs a contribuição dos empregadores era um percentual sobre o faturamento da empresa, enquanto nos IAPs passou a ser um percentual sobre sua folha de salários, fazendo com que a receita dos IAPs fosse em função dos salários, fato que só foi mudado na Constituição de 1988, que estabeleceu que a contribuição dos empregadores incidisse sobre o faturamento, o lucro e a folha de salários.

Durante o governo de Getúlio Vargas e o de Juscelino Kubitschek, ocorreu uma grande ampliação da estrutura dos IAPs. Grande parte dos hospitais brasileiros foi

construída neste período. Esta política de saúde baseada na construção e utilização de grandes hospitais tornou o sistema muito oneroso, e foi um dos fatores que levaram ao colapso do sistema de saúde nos anos 1980.

A partir da década de 1960, com o golpe militar, houve uma forte centralização do sistema médico-previdenciário, ficando sob o Ministério da Saúde quase todas as responsabilidades. Porém, as ações priorizadas continuaram a ser de caráter curativo, em detrimento das ações em prevenção, tornando o sistema oneroso.

Desde 1964, com a centralização do poder, das receitas públicas e das funções do Estado, estados e municípios tornaram-se esferas dependentes da União, tendo sua importância como gestores diminuída, explorando, em parte, a pouca capacidade de gestão dos estados e, principalmente, dos municípios. Ainda nesse ano, ocorreu a unificação da Previdência Social, que teve como consequência a criação do INPS, em 1966. O INPS concentrou todos os IAPs, uniformizando benefícios que eram bastante diferenciados entre as corporações, modificações que foram possíveis em função do caráter autoritário do governo. A partir de então, as classes assalariadas deixaram de ter qualquer controle da Previdência Social, passando o Estado a assumir mais responsabilidades na área de assistência médica.

A Previdência Social passou por um período de ampla reformulação organizacional a partir de 1977. Nesse ano, foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) com o objetivo de reorganizar, racionalizar e centralizar administrativamente a previdência e a saúde. O SINPAS era composto pelos seguintes órgãos: Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social (IAPAS), Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV), Fundação Legião Brasileira de Assistência (LBA), Fundação Nacional do Bem Estar do Menor (FUNABEM) e Central de Medicamentos (CEME). O SINPAS apresentou consecutivos déficits, que ocorreram principalmente devido à grave crise econômica e pelo fato de seu sistema de financiamento ser, fundamentalmente, lastreado na massa salarial.

A partir de 1974, terminado o período do milagre econômico, iniciou-se lenta e progressivamente a abertura política, questionando-se a política social do governo. A partir desse ano, ocorreu a separação da área do trabalho, responsável pela assistência médica até aquele momento, da área da previdência, com a criação do Ministério da Previdência

Social. Ainda neste período, foi criado o Fundo de Apoio e Desenvolvimento Social (FAS), utilizado para financiar a expansão do parque hospitalar privado.

Foi dada prioridade à compra de serviços médicos do setor privado em vez do desenvolvimento de uma rede pública própria. Grande parte dos recursos públicos era destinada ao financiamento da esfera privada, o que possibilitou a criação de uma expressiva rede privada na área de assistência médico-hospitalar, ao mesmo tempo em que fragilizava a rede pública pré-existente. Em 1962, o país dispunha de 40% de leitos hospitalares públicos e 60% privados. Em 1976, 27% eram públicos e 73% privados, e em 1986 esta diferença aumentou ainda mais quando os leitos públicos representavam apenas 22%, enquanto o privado subiu para 78% (Piola et al., 1996). O que torna este fato mais grave é que estes leitos não eram distribuídos proporcionalmente, localizando-se em grande parte no Sul e Sudeste, explicando a grande desigualdade na prestação de serviços de saúde no país.

Até a década de 1980, muitos setores da população foram excluídos do sistema de saúde e previdenciário brasileiro, que estavam ligados, reservando os benefícios a uma pequena parcela incorporada pelo mercado de trabalho urbano industrial.

No começo da década de 1980, o início dos movimentos democráticos e a crise econômica levantaram discussões a respeito do papel do Estado para solucionar os problemas existentes. As principais conseqüências da crise para a área social foram a piora da distribuição de renda e na qualidade de vida da população, que se refletiram no aumento das necessidades de atenção à saúde.

A proposta de descentralização foi vista como a melhor alternativa para a formação de um sistema de saúde adequado às reais necessidades da população, levando a uma universalização e equidade. Nesse contexto surgiu a proposta do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Este sistema correspondia a um convênio do INAMPS com as Secretarias Estaduais de Saúde. Os primeiros convênios do SUDS foram assinados em 1987, antecipando, em parte, aquilo que seria definido no ano seguinte, com a promulgação da Constituição de 1988.

1.2. O processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil

1.2.1. A Constituição de 1988

A Constituição de 1988 fez o Brasil avançar na consagração de novos direitos sociais e princípios de organização da política social, modificando o sistema anterior de proteção social. Foi influenciada pelo ambiente político social de abertura e com um discurso de que era preciso resgatar a grande dívida social herdada do regime militar. Desta maneira, procurou garantir direitos básicos e universais de cidadania. Isto foi feito em um capítulo específico, o da Seguridade Social.

Segundo a Constituição Federal, a Seguridade Social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. Quem organiza a Seguridade Social é o Poder Público, tendo como objetivo a universalidade da cobertura de atendimento, uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais, seletividade e distribuição na prestação dos benefícios e serviços, equidade na forma de participação no custeio, diversidade da base de financiamento e caráter democrático e descentralização da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo (Constituição Federal, art. 194).

A Seguridade Social representou uma das principais inovações da Constituição de 1988, uma vez que realizou uma grande transformação no sistema de saúde brasileiro, considerando a saúde como direito social e universal e formando uma nova organização de ação estatal.

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Constituição Federal, art. 196). Neste artigo, percebe-se outra mudança fundamental na forma como a saúde é vista pelo Poder Público. Enquanto antes ela era baseada em ações curativas, agora é dada ênfase nas ações de prevenção.

1.2.2. Descentralização do sistema de saúde

A adoção da descentralização da saúde no Brasil é produto de um longo processo, que foi iniciado antes da Constituição de 1988 e consolidado na década de 1990. A descentralização é compreendida como uma divisão de poder, que envolve a redefinição

dos papéis das três esferas do governo e o estabelecimento de novas relações entre elas, sendo uma alternativa para a baixa qualidade da gestão pública na área social, redefinido as prioridades das ações estatais destinadas ao atendimento das necessidades da população e ampliando a autonomia da gestão das autoridades públicas locais.

Um dos principais resultados da descentralização foi a maior participação dos municípios no financiamento da saúde. O município passou a ser o único ente federativo, definido pela Constituição, com responsabilidade de prestar serviços de atendimento à saúde da população, cabendo a função de cooperação técnica e financeira da União e dos estados (Constituição, art. 198). Esta maior participação na saúde foi, de um lado, resultado da Constituição, da Lei Orgânica da saúde número 8080/90 e das Normas Operacionais Básicas do SUS – NOB 93 e 96, que passaram para o município a competência de execução preferencial das ações e serviços de saúde, e de outro, a diminuição do gasto público federal devido ao déficit público, política implementada por meio de acordo com o Fundo Monetário Internacional.

O processo de descentralização da saúde foi ratificado na Lei nº 8080/90, onde foi dada à direção do SUS a competência de planejar, organizar, controlar e avaliar as ações de saúde, gerir e executar os serviços de saúde e participar do planejamento, da programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do SUS (Lei nº 8080/90, art.18).

1.2.3. Criação do Sistema Único de Saúde (SUS)

O SUS foi criado na Constituição de 1988, onde é definido que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização com direção única em cada esfera do governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo das atividades assistenciais; participação da comunidade (Constituição, art. 198).

O que levou à formação do SUS foi a inadequação do sistema de saúde às necessidades da população. Entre os problemas existentes estavam: irracionalidade e desintegração do sistema de saúde, com excesso de oferta de serviços em alguns lugares e ausência em outros; excessiva centralização, levando a decisões muitas vezes equivocadas; recursos financeiros insuficientes em relação às necessidades de atendimento e em comparação a outros países; baixa cobertura assistencial da população, com segmentos populacionais excluídos do atendimento, especialmente os mais pobres e em regiões mais carentes; falta de definição clara das competências entre os órgãos e as instâncias políticas-

administrativas do sistema; falta de coordenação entre os órgãos públicos e privados; baixa qualidade dos serviços oferecidos em termos de equipamentos e profissionais; falta de participação da população na formulação e na gestão das políticas de saúde; falta de mecanismos de acompanhamento, controle e avaliação dos serviços.

1.2.4. Regulamentação da saúde na década de 1990

O SUS foi regulamentado dois anos depois da promulgação da Constituição de 1988, com a edição das Leis Orgânicas da Saúde número 8080, de 19 de Setembro de 1990, e número 8142, de 28 de Dezembro de 1990. Estas leis montaram os princípios e diretrizes da organização do sistema e as atribuições das três esferas do governo, traçando as linhas gerais para orientar a redistribuição dos fundos entre os entes federados, baseando-se nos princípios constitucionais de universalidade (a saúde é um direito de cidadania e dever dos governos municipal, estadual e federal), equidade (todo cidadão é igual perante o Sistema Único de Saúde e será atendido conforme as suas necessidades) e integralidade da ação à saúde (as ações de saúde devem ser combinadas e voltadas para a prevenção, promoção, cura e reabilitação). Desta maneira, o sistema de saúde deve buscar as diferenças dos grupos da população e trabalhar para atender a cada necessidade.

O processo de descentralização da política de saúde prosseguiu com as Normas Operacionais Básicas (NOBs) do SUS. As NOBs são orientações específicas e pactuadas, feitas pelo Ministério da Saúde e aceitas pelas representações nacionais dos secretários municipais e estaduais de saúde, que visam à repartição orçamentária, organização do modelo assistencial e divisão de funções entre municípios, União, estados e Distrito Federal. Estas normas foram feitas para regular a divisão de responsabilidades entre o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais de Saúde e Secretarias Municipais da Saúde, definindo critérios de repasse de recursos federais para estados e municípios. As NOBs do SUS mais importantes editadas nos anos 1990 foram as NOB91, NOB93 e NOB96, sendo as duas últimas as que tiveram maior importância, uma vez que normatizaram o processo de descentralização e gestão local de saúde, estabelecendo critérios de transferência automática dos recursos federais para os municípios.

As responsabilidades estão definidas da seguinte forma:

- À esfera federal cabem as funções típicas de Estado Nacional: formulação de políticas nacionais; planejamento, normatização, avaliação e controle do sistema; apoio ao desenvolvimento científico, tecnológico e de recursos humanos; coordenação das ações de educação para a saúde; regulamentação do Sistema

Único de Saúde; cooperação técnica e financeira com estados e municípios; regulamentação das relações público-privadas; regulamentação da atividade privada; acompanhamento e análise de tendência do quadro sanitário nacional; regulamentação dos padrões éticos de pesquisa; regulamentação e registro de processos e produtos; coordenação do sistema nacional de informações em saúde; articulação intersetorial em esfera federal.

- À esfera estadual cabe a formulação da política estadual de saúde, a coordenação e o planejamento, incluindo a regionalização e hierarquização da rede de serviços, formulação e coordenação da política de investimentos setoriais em seu âmbito; a coordenação da rede de referência estadual e gestão do sistema de alta complexidade; a coordenação estadual das ações de vigilância sanitária, epidemiológica, de educação para a saúde, dos hemocentros e da rede de laboratórios de saúde pública; o estabelecimento de padrões de atenção à saúde no seu âmbito, bem como a supervisão e cooperação técnica e financeira a municípios e, supletivamente, execução, controle e avaliação de alguns serviços; a formulação e coordenação das políticas relativas ao tratamento fora do domicílio, medicamentos especiais e órteses e próteses ambulatoriais.
- Aos municípios cabem a prestação da maioria dos serviços de atenção à saúde, seja como atribuição exclusiva, seja como tarefa a ser compartilhada com as esferas estadual e federal, sendo de sua responsabilidade a provisão das ações e serviços de saúde, envolvendo a formulação de políticas de âmbito local, planejamento, execução, avaliação e controle de ações e serviços de saúde, quer sejam voltadas aos indivíduos, ao coletivo ou ao ambiente, inclusive educação para a saúde e processos de produção, distribuição e consumo de produtos de interesse para a saúde.

O incentivo à maior autonomia na gestão administrativa e financeira local resultou em um grande aumento de estabelecimentos sob gestão municipal, como indica a tabela 1.1. Entre 1981 e 1992, os estabelecimentos federais e estaduais diminuíram, respectivamente, de 28% para 5%, e de 50% para 26%, enquanto os estabelecimentos municipais aumentaram de 22% para 69%.

Tabela 1.1. Evolução do número de estabelecimentos do setor público de saúde por esfera administrativa

Ano	Federal	Estadual	Municipal	Total
1981	3.764 (28%)	6.890 (50%)	2.961 (22%)	13.615 (100%)
1988	1.978 (9%)	10.643 (50%)	8.851 (41%)	21.472 (100%)
1992	1.387 (5%)	7.043 (26%)	18.662 (69%)	27.092 (100%)

Fonte: IBGE/AMS-1981/88/92. (Costa, 2001)

Os dados da tabela 1.2 mostram as regiões Sul e Sudeste como as que têm as maiores proporções de estabelecimentos municipais, seguidos, respectivamente, pelas regiões Centro-Oeste, Norte e Nordeste. Os dados indicam, ainda, que a proporção de estabelecimentos municipais é maior do que a proporção de estabelecimentos estaduais e federais em todas as regiões do país.

Tabela 1.2. Brasil: distribuição percentual dos estabelecimentos do setor público de saúde por grandes regiões, 1992

Brasil e grandes regiões	Federal	Estadual	Municipal	Total
Norte	11,5	35,5	53,0	100,0
Nordeste	7,4	41,5	51,1	100,0
Sudeste	2,5	12,7	84,8	100,0
Sul	2,2	15,1	82,7	100,0
Centro-Oeste	4,8	32,2	63,0	100,0
Brasil	5,1	26,0	68,9	100,0

Fonte: IBGE-AMS (1992). (Costa, 2001)

1.2.4.1. Norma Operacional Básica 01/93

A Norma Operacional Básica do SUS 01/93 (NOB 93) foi aprovada em maio de 1993, estabelecendo normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão de ações e serviços de saúde. As unidades federadas poderiam optar pelo processo de descentralização, e caso fizessem a opção, poderiam escolher em qual condição de gestão desejariam se enquadrar. Pela NOB 93, três condições de gestão foram oferecidas aos municípios: “incipiente”, “parcial” e “semiplena”. Cada uma delas tinha responsabilidades a serem assumidas.

Os enquadramentos dos municípios às condições de gestão eram aprovados pelas Comissões Intergestoras Bipartites (CIBs) em cada estado, com representantes do Estado e do conjunto de municípios através do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (Cosems) e a Comissão Intergestora Tripartite (CIT) em nível federal com representantes do Ministério da Saúde, do conjunto de estados através dos Conselhos

Nacionais de Secretários estaduais de Saúde (Conass) e dos municípios através do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems).

A Norma Operacional Básica SUS 01/93 introduziu importantes alterações no processo de descentralização e no seu esquema de financiamento. Foram adotadas transferências regulares e automáticas do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde.

1.2.4.1.1. Gestão Incipiente

Na condição de gestão incipiente, de forma gradual, as secretarias municipais de saúde assumiam as seguintes responsabilidades:

- Contratação e autorização de cadastramento, do controle e avaliação dos serviços ambulatoriais e hospitalares públicos e privados/filantrópicos contratados nos municípios;
- Distribuição da cota de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) negociada na Comissão Intergestora Bipartite;
- Gerenciamento das unidades ambulatoriais públicas existentes no município e da execução das ações de vigilância epidemiológica e sanitária.

1.2.4.1.2. Gestão Parcial

Na condição de gestão parcial, de forma imediata, as secretarias municipais de saúde assumiam as seguintes responsabilidades:

- Autorização do cadastramento de prestadores;
- Programação e autorização da utilização de AIHs e procedimentos ambulatoriais;
- Controle e avaliação de serviços ambulatoriais e hospitalares públicos e privados;
- Gerenciamento de unidades ambulatoriais públicas existentes no município;
- Incorporação da rede de serviços e ações básicas de saúde, nutrição, educação, vigilância epidemiológica e sanitária;
- Ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho e de assistência e reabilitação de acidentados e portadores de doença ocasionada pelo trabalho.

1.2.4.1.3. Gestão Semiplena

O município assumia a responsabilidade de todos os serviços de saúde existentes em seu território, garantindo capacidade gerencial e reordenamento do modelo assistencial.

Eram de responsabilidades dos municípios:

- Possibilidade e as condições de planejar seu sistema de saúde;
- A competência de se relacionar diretamente com os prestadores ambulatoriais e hospitalares públicos e privados através de cadastramento, contratação, controle e pagamento;
- Gerenciamento de toda a rede pública existente no município, com exceção das unidades hospitalares estaduais de referência regional;
- Execução e controle das ações básicas de saúde, de nutrição, de educação, de vigilância epidemiológica, sanitária e em saúde do trabalhador existente em seu território;
- Efetiva gerência de todos os instrumentos técnicos e administrativos de gestão.

Por cumprirem estas responsabilidades, os municípios receberiam mensalmente de forma automática – “Fundo a Fundo” – do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde. Em todos os modelos de gestão da NOB 93, os repasses não tinham vinculação com a implantação de determinados programas nos municípios.

No ano de 1996, de um total de 4.973 municípios existentes no país, 65,09% enquadravam-se em uma das modalidades de gestão existentes na NOB 93: 49,38% dos municípios estavam na gestão incipiente; 12,85% estavam na gestão parcial; 2,86% encontravam-se na gestão semiplena. Onze capitais estavam na gestão semiplena: Belém, Natal, São Luis, Recife, João Pessoa, Teresina, Campo Grande, Cuiabá, Belo Horizonte, Curitiba e Porto Alegre (Costa, 2001).

1.2.4.2. Norma Operacional Básica 01/96

A Norma Operacional Básica do SUS 01/96 (NOB 96) foi aprovada em novembro de 1996 e aplicada a partir de 1998. Esta NOB substituiu a NOB 93, trazendo inovações no processo de gestão descentralizada do SUS, alterando em vários aspectos o papel do gestor municipal e estadual no sistema.

A NOB 96 inovou ao introduzir uma lista de estímulos financeiros à adoção de programas, como por exemplo, o Programa Saúde da Família, mudando o enfoque de atenção à saúde, que antes era centrado na doença e no indivíduo, e a partir de então passou a ter um enfoque centrado no ambiente social e familiar.

Para os municípios foi criado um mecanismo de remuneração *per capita* dos serviços de saúde, denominado Piso da Atenção Básica – PAB. O PAB é o montante de recursos financeiros destinados ao custeio dos procedimentos da atenção básica como vacinação, consultas médicas, pré-natal e atendimento ambulatorial. Ficou instituído em

valor *per capita* habitante/ano para todos os municípios com a responsabilidade de executar ou gerenciar as ações da atenção básica no município.

As transferências e pagamentos financeiros da União aos municípios dependem do tipo de habilitação em que o município se enquadrou. Foram criadas duas modalidades de gestão, a “Gestão Plena da Atenção Básica” e a “Gestão Plena do Sistema Municipal”, em substituição às gestões criadas pela NOB 93.

A tabela 1.3 indica o grande número de municípios habilitados pela NOB 96 em 1998 (93,28%), sendo que a maioria deles estava habilitado como Gestão Plena da Atenção Básica (84,73%), e os restantes estavam habilitados na Gestão Plena da Atenção Municipal (8,55%).

Tabela 1.3. Brasil: distribuição dos municípios habilitados por estado segundo a NOB-1/96

Estado	Total de Municípios	% Gestão Plena da Atenção Básica	% Gestão Plena da Atenção Municipal	% de municípios habilitados pela NOB-1/96
AC	22	68,18	4,55	72,73
AL	101	90,10	9,90	100,00
AM	62	62,90	1,61	64,52
AP	16	43,75	0,00	43,75
BA	415	87,23	1,93	89,16
CE	184	78,80	14,67	93,48
ES	77	36,36	55,84	92,21
GO	242	95,45	4,13	99,59
MA	217	75,58	15,21	90,78
MG	853	88,86	5,74	94,61
MS	77	89,61	10,39	100,00
MT	126	99,21	0,79	100,00
PA	143	67,83	19,58	87,41
PB	223	87,89	0,90	88,79
PE	185	96,22	3,78	100,00
PI	221	83,26	0,45	83,71
PR	399	96,74	3,26	100,00
RJ	91	80,22	19,78	100,00
RN	166	92,77	5,42	98,19
RO	52	76,92	23,08	100,00
RR	15	60,00	0,00	60,00
RS	467	85,22	1,50	86,72
SC	293	89,76	7,51	97,27
SE	75	98,67	0,00	98,67
SP	645	68,99	24,34	93,33
TO	139	96,40	2,88	99,28
Brasil	5.506	84,73	8,55	93,28

Posição de 15 de dezembro de 1998.

Fonte: Ministério da Saúde. Coordenação da Implantação da Descentralização/SPS. (Costa, 2001)

1.2.4.2.1. Gestão Plena da Atenção Básica

Na Gestão Plena da Atenção Básica, o município é responsável pela atenção primária, por intermédio de suas unidades próprias ou contratando serviços no setor privado, sendo responsável por ações de alcance coletivo e procedimentos individuais de caráter ambulatorial nas especialidades básicas, como clínica médica, ginecologia e obstetrícia, pediatria e pequenas cirurgias ambulatoriais.

São de sua responsabilidade:

- Elaboração da programação municipal dos serviços básicos de saúde, inclusive domiciliares e comunitários, e da proposta de referência ambulatorial especializada e hospitalar para seus munícipes, com incorporação negociada à programação estadual;
- Gerência das unidades ambulatoriais próprias, do Estado ou da União;
- Reorganização das unidades de saúde pública e privada/filantrópicas, incorporando o cadastramento nacional dos usuários do SUS;
- Prestação dos serviços relacionados aos procedimentos cobertos pelo PAB e acompanhamento, no caso de referência interna ou externa do município, dos demais serviços prestados aos seus munícipes, em consonância com a Programação Pactuada Integrada (PPI), que é um instrumento de planejamento regional sob responsabilidade da Secretaria do Estado da Saúde;
- Contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores públicos e privados/filantrópicos dos serviços contidos no PAB;
- Operação do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) relativos a serviços cobertos pelo PAB;
- Autorização das internações hospitalares e dos procedimentos ambulatoriais especializados, realizados no município, que continuam a ser pagos por produção de serviços;
- Manutenção de cadastro atualizado das unidades assistenciais sob sua gestão;
- Avaliação permanente do impacto das ações do sistema sobre suas condições de saúde dos seus municípios e sobre o seu meio ambiente;
- Execução das ações básicas de vigilância sanitária, de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, como acidentes, violências e outras.

Para realizar o pagamento referente a estas responsabilidades, o Ministério da Saúde transfere, mensalmente, de forma regular e automática, recursos do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde, através do Piso de Atenção Básica (PAB). O

PAB é constituído de duas partes: o fixo e o variável. O PAB fixo corresponde a um valor *per capita* por habitante/ano, segundo estimativa de população realizada pelo IBGE. O PAB variável, que só foi regulamentado depois da edição da NOB 96, refere-se aos incentivos financeiros, mediante adesão, para os municípios implantarem os programas de Vigilância Sanitária, de Combate às Carências Nutricionais, de Assistência Farmacêutica Básica, Programa Agentes Comunitários de Saúde, Programa Saúde da Família, Programa Saúde da Família – Incentivo à Saúde Bucal e Programa de Vigilância Epidemiológica – Epidemiologia e controle de doenças e outros programas que venham a ser organizados pelo Ministério da Saúde.

1.2.4.2.2. Gestão Plena do Sistema Municipal

Nesta condição de gestão, os municípios devem se responsabilizar por todos os serviços de saúde no seu território, ou seja, todos aqueles que integram o seu sistema de saúde.

São de sua responsabilidade:

- Elaboração da programação municipal relativa a todos os serviços de saúde existentes no seu território, inclusive a referência ambulatorial especializada e hospitalar, incorporada à programação estadual;
- Gerência das unidades próprias, ambulatoriais e hospitalares, inclusive as de referência, também inclusas as unidades ambulatoriais e hospitalares do Estado e da União;
- Reorganização das unidades de saúde públicas e privadas/filantrópicas, incorporando o cadastramento nacional dos usuários do SUS;
- Prestação de serviços em seu território, inclusive os serviços de referência aos não residentes;
- Normatização e operação de centrais de controle de procedimentos ambulatoriais e hospitalares relativos à assistência aos não munícipes e à referência intermunicipal;
- Contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares, relativos a todos os serviços de saúde existentes no município;
- Administração da oferta de procedimentos ambulatoriais de alto custo e procedimentos hospitalares de alta complexidade;
- Operação do Sistema de Informação Hospitalar (SIH) e do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS);

- Avaliação permanente do impacto das ações do sistema sobre as condições de saúde dos seus municípios e sobre o meio ambiente;
- Execução das ações básicas e de alta e média complexidade em vigilância sanitária e de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrente de causas externas, como acidente, violência e outras.

Os recursos recebidos pelos municípios neste modelo de gestão se destinam ao custeio de todas as ações e serviços de saúde que garantem o atendimento integral a sua população. O Ministério da Saúde transfere os recursos do Fundo Nacional de Saúde para duas contas do Fundo Municipal de Saúde: a conta PAB e a conta média e alta complexidade/Autorização de Internação Hospitalar – MAC/AIH.

A conta MAC/AIH destina-se às ações de assistência ambulatorial e hospitalar de médio e alto custo e de média e alta complexidade. Os recursos enviados pelo Ministério da Saúde para auxiliar no financiamento desses procedimentos constituem a Fração de Assistência Especializada – FAE. A FAE é o montante de recursos definidos pela Programação Pactuada Integrada (PPI), aprovada pela Comissão Intergestora Bipartite, referente a procedimentos ambulatoriais de média complexidade, medicamentos excepcionais, órteses e próteses ambulatoriais e tratamento fora do domicílio.

1.3. Financiamento da saúde

A área da saúde vem enfrentando problemas no seu esquema de financiamento, inviabilizando a realização de uma política social mais efetiva. Este problema de financiamento, acrescido dos problemas sociais do país, como a concentração de renda, desigualdade regional, baixos salários, volta de antigas doenças e aparecimento de novas epidemias mostram a crise da saúde no país.

Durante a década de 1980, a maior parte do financiamento do gasto federal na área da saúde era feita com recursos do Fundo de Previdência e Assistência Social (FPAS), mostrando que havia uma relação muito forte entre Previdência Social e saúde. Antes da Constituição de 1988, a saúde era administrada pelo Ministério da Previdência Social e financiada, principalmente, por contribuições previdenciárias. Estas contribuições, que incidiam sobre a folha de salários, estavam diretamente ligadas ao nível de emprego e à massa salarial, deixando o financiamento da saúde instável, principalmente com a estagnação econômica da década de 1980. Como a receita era produzida a partir da

alíquota sobre os salários, o volume arrecadado dependia do nível de emprego do mercado formal de trabalho e do salário médio. Isto significa que, na década de 1980, a disponibilidade para financiamento do SINPAS, e por decorrência da saúde, dependia do movimento cíclico da economia. As outras fontes de financiamento, como o FAS, o FINSOCIAL e os recursos financeiros do próprio Tesouro Nacional tinham pouca participação no total de gastos com saúde.

A Constituição de 1988 determinou que o financiamento da Seguridade Social seria feito por toda a sociedade, de forma direta e indireta, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos estados e dos municípios, e das seguintes contribuições sociais: contribuição sobre o lucro, sobre o faturamento e sobre a folha de salários por parte do empregador; contribuição sobre a folha de salários por parte dos trabalhadores; contribuição sobre a receita de concursos de prognósticos; contribuição paga pelo importador sobre bens ou serviços do exterior (Constituição, art. 195). É enfatizado, ainda, no texto constitucional, que a receita dos estados, do Distrito Federal e dos municípios destinadas à Seguridade Social constarão dos respectivos orçamentos, não integrando o orçamento fiscal da União. Ao incorporar saúde, assistência social e previdência sob o conceito de Seguridade Social, a Constituição de 1988 criou um orçamento próprio, o Orçamento da Seguridade Social, com fontes específicas e diversificadas de financiamento. Esta diversificação foi feita com o objetivo de dar maior estabilidade ao fluxo de receitas, tendo por objetivo atingir o princípio constitucional de universalização da saúde.

Os novos direitos da área previdenciária, a universalização da saúde e os gastos maiores em assistência social fizeram com que a Constituição de 1988 ampliasse os recursos para financiamento das áreas de Seguridade Social.

Durante os anos 1990, duas questões muito debatidas relacionadas à questão das políticas de saúde no Brasil foram o financiamento e o gasto. Os recursos fiscais tiveram muito pouca participação no financiamento da saúde, diferentemente das contribuições sociais que tiveram uma participação muito forte. Mesmo com a diminuição na participação no gasto com a saúde, ainda assim, o Governo Federal continuou a ser o maior financiador desta área. Como a maior parte de recursos é de origem federal e a operação do sistema é basicamente local, ocorrem muitas divergências na área da saúde.

A maneira como é feito o financiamento da saúde dificulta a efetivação dos princípios fundamentais da Constituição de 1988 relacionados à saúde, ou seja, o da universalização e o da equidade. Na Constituição, não foi definida uma fonte específica para o financiamento da saúde, nem foram definidos percentuais de vinculação no

momento da arrecadação. Desde a Constituição de 1988, passou a existir uma tensão constante entre o SUS e as outras áreas que utilizam o orçamento da Seguridade Social pela disputa de recursos. Não existiam regras claras e consensuais para a divisão de recursos entre a Previdência, a Saúde e a Assistência Social, o que tem determinado uma diminuição de recursos da saúde decorrente das necessidades crescentes de custeio de pensões e aposentadorias. A cada exercício fiscal, por meio da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), é definido o quanto de recursos financeiros do orçamento será destinado à Saúde, à Previdência e à Assistência Social.

A arrecadação das Contribuições Sociais, que é a estrutura de custeio montada para a Seguridade, ficou sob responsabilidade da União. Esta centralização das receitas é explicada pelo caráter distributivo da Seguridade Social, uma vez que, com exceção da previdência, as ações de saúde e de assistência social se organizam de forma descentralizada, com autonomia de gestão em cada nível do governo.

O problema de financiamento da Seguridade Social atingiu seu ápice em 1993. Em 1994, foi criado o Fundo Social de Emergência, instituindo que 20% da arrecadação das contribuições sociais fossem desvinculadas para uso do governo. Em 1997, este fundo foi renomeado para Fundo de Estabilização Fiscal (FEF), tendo sido o nome alterado, novamente, para Desvinculação das Receitas da União (DRU). A criação deste fundo permitiu que o governo federal dispusesse de parte dos recursos da Seguridade Social.

A tabela 1.4 permite observar que a participação relativa das diferentes fontes de financiamento do Ministério da Saúde não apresentou um padrão constante nos anos analisados, variando de ano para ano. As contribuições sociais tiveram uma maior participação em 1997 (73,1%) e uma menor participação em 1994 (54,6%), sendo que a partir de 1997 estas contribuições apresentaram uma tendência de queda.

Tabela 1.4. Ministério da Saúde: evolução da participação das fontes de financiamento (percentual), 1993/99

Fontes de Financiamento	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Recursos ordinários	8,9	1,0	3,2	0,2	1,0	10,8	14,7
Títulos Resp. Tesouro Nacional	15,1	1,6	2,6	3,3	2,8	0,5	0,8
Operações Crédito Internas – Moeda	2,6	0,0	7,6	8,3	0,0	0,0	0,0
Operações Crédito Externas- Moeda	0,5	1,2	1,1	0,9	0,5	1,1	1,4
Recursos Diretamente Arrecadados	1,0	2,1	2,4	2,5	2,4	2,6	3,5
Contribuições sociais	67,4	54,6	69,4	63,4	73,1	71,1	62,5
<i>Contrib. Social Lucro PJ</i>	10,7	12,9	20,2	20,8	19,3	8,0	13,3
<i>Contrib. Social p/ Financ. Segurid. Social</i>	25,1	34,1	49,2	42,6	25,9	26,0	26,6
<i>Contrib. Empr. e Trab. p/ Segurid. Social</i>	31,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<i>Contrib. Prov. S/ Mov. Financeira</i>	0,0	0,0	0,0	0,0	27,8	37,1	22,6
FINSOCIAL – <i>Recup. Dep. Judiciais</i>	0,0	7,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Fundo de Estabilização Fiscal	0,0	36,8	12,0	17,7	19,5	13,3	14,2
Demais Fontes	4,4	2,6	1,8	3,7	0,7	0,7	3,0
Total	100,0						

Fonte: Siafi/Sidor. Elaboração: Ipea/Disoc.(Piola, 2001)

A criação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), implantada a partir de 1997, foi uma solução provisória para suprir a necessidade de financiamento da saúde no começo dos anos 1990. Até 1998, a CPMF destinava-se exclusivamente à saúde. Porém, quando foi aprovada pela segunda vez em 1999, a alíquota da contribuição passou de 0,20% para 0,38%, adicionando 0,18% para o financiamento da previdência e mantendo a alíquota de 0,20% para a saúde. Porém, apesar de ter sido alocada no Ministério da Saúde, a CPMF não obteve o resultado esperado, uma vez que a entrada de recursos da CPMF foi compensada pela diminuição da participação relativa de outras fontes de recursos da Seguridade. Este fato é comprovado observando a tabela 1.4, onde a CPMF substituiu parte dos recursos da Contribuição Social para o Financiamento da Seguridade (COFINS) e da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido das Empresas (CSLL) a partir de 1997, que passaram a ser transferidos, crescentemente, para a área previdenciária e para o Fundo de Estabilização Fiscal, e a partir de 2000 para a Desvinculação das Receitas da União.

Como existe uma tendência ao crescimento dos gastos com saúde, devido a fatores de pressão sobre as despesas, como por exemplo, o envelhecimento da população, a incorporação de novas tecnologias e aparecimento de novas epidemias, a necessidade de recursos é cada vez maior. Muitas propostas de reforma tributária têm sido feitas para resolver o problema de financiamento da Seguridade Social, porém ainda não se chegou a uma solução, uma vez que este assunto envolve muitos interesses, tanto das áreas da Seguridade, quanto dos outros setores do governo.

CAPÍTULO 2

O PROGRAMA DE ATENDIMENTO À SAÚDE (PAS)

2.1. Introdução ao PAS

A gestão de Paulo Maluf (1993-1996) tinha seu ponto mais vulnerável nas chamadas questões sociais. Havia muita pressão pela sociedade em relação ao sistema de saúde na cidade, sendo criticado pela igreja católica e por sindicatos de trabalhadores, que responsabilizavam o prefeito pela deterioração dos recursos da saúde. O Plano de Atendimento à Saúde (PAS) foi parte de um plano maior, destinado a melhorar a imagem de Maluf, considerado até aquele momento como construtor de estradas e viadutos. O PAS foi ao lado do Projeto Cingapura, voltado para eliminação de favelas, uma evidência do interesse do prefeito em mostrar eficiência na área social, um ponto deficiente em sua biografia, associada a obras viárias e políticas conservadoras. Atento ao desgaste de sua imagem, o prefeito optou por uma medida de impacto.

O PAS surgiu como iniciativa do Executivo Municipal no ano de 1995, dois anos e meio após o início do mandato de Paulo Maluf. Porém, antes de sua transformação em projeto de lei, houve uma tentativa frustrada de implantação do plano por meio de decreto-lei. O PAS teve como mentor o secretário do planejamento do município, o empresário Paulo Roberto Richter.

Getúlio Hanashiro, terceiro secretário da Saúde na gestão de Paulo Maluf, foi o escolhido para colocar o plano em prática. Sua função seria a execução do plano, elaborado por Richter. Antes dele, nesta gestão, o município teve dois outros secretários da saúde: Silvano Raia e Raul Cutait, dois profissionais conceituados na área médica. Hanashiro deixou o cargo de secretário de transportes, em janeiro de 1995, a pedido de Paulo Maluf. Ele, que era sociólogo, havia demonstrado eficiência ao prefeito no cargo anterior, reduzindo de 28 mil para 2 mil o quadro de funcionários da Companhia Municipal de Transportes Coletivos (CMTC).

O PAS previa a divisão de toda a rede assistencial do município em módulos, constituídos por hospital, pronto-socorro e posto de saúde. Esses módulos seriam administrados por cooperativas de trabalho, formadas por médicos, enfermeiros e outros profissionais que trabalhavam na rede. A prefeitura esperava cadastrar 3 dos 10 milhões de paulistanos, uma vez que era esse o número que, segundo a prefeitura, utilizava

regularmente a rede municipal de saúde. Pelas contas da prefeitura, dos 7 milhões restantes, mais de 5 milhões tinham convênio privado de saúde. O restante recorria a médicos particulares. A prefeitura emprestaria as instalações, compraria os equipamentos de grande porte, faria a manutenção mais cara e fiscalizaria a qualidade dos serviços. A expressão-chave usada pela prefeitura para caracterizar este modelo foi **gestão compartilhada**.

2.2. Projeto do PAS

A primeira versão do projeto foi um relatório elaborado pela Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo (FIPE-USP), que resultou de um trabalho desenvolvido em conjunto com a Secretaria Municipal de Planejamento (SEMPLA), e a Secretaria Municipal de Saúde, entre dezembro de 1994 e janeiro de 1995.

Havia um consenso entre a população em relação à baixa qualidade dos serviços públicos de um modo geral, incluindo a saúde pública. Entre os problemas mencionados pelos pesquisadores da FIPE estavam o baixo grau de eficiência, os altos custos dos serviços prestados e a baixa qualidade do atendimento. O documento enfatizava a ausência de autonomia e coordenação no nível operacional. As alternativas propostas para a solução de parte dos problemas seriam a regionalização do atendimento e administração e a operação das unidades de saúde através de um modelo de gestão eficaz e contratado.

O referido projeto descreveu uma série de alternativas para o setor da saúde no município de São Paulo. A prefeitura optou por um dos modelos descritos e, a partir desse momento, os pesquisadores se aprofundaram nos aspectos institucionais e econômicos do modelo, respeitando as demandas de saúde da prefeitura.

Em relação à manutenção de serviços, as opções encontradas foram:

- a) Terceirização dos serviços, que passariam a ser executados por entidades privadas, com pagamento por serviços prestados baseado em uma das tabelas existentes no mercado ou em uma tabela própria, com a cessão, pela prefeitura, de suas instalações e equipamentos a terceiros, permanecendo o atendimento gratuito para o usuário;
- b) A prefeitura permaneceria responsável diretamente pelos serviços de saúde, com recursos próprios e do SUS;

- c) Privatização e execução de serviços de saúde, com a venda de instalações e equipamentos a entidades privadas. O pagamento seria feito nos moldes do que ocorre na medicina de grupo ou de seguro-saúde, remunerando um determinado valor por pessoa inscrita.

A alternativa escolhida foi a de gestão compartilhada, que seria feita por meio de convênios com cooperativas de trabalho, em torno de um módulo regional, em que apenas a execução dos serviços seria terceirizada. O plano teria como bases principais a autogestão dos serviços pelos profissionais de saúde e a parceria entre estes e a prefeitura por meio das cooperativas. Seria feita uma regionalização do atendimento, com uma remuneração *per capita* por usuário cadastrado.

Segundo o projeto, um dos problemas referentes ao setor público de saúde estava no fato de que os funcionários não eram os proprietários da empresa, prevalecendo o interesse individual em detrimento do coletivo, levando a uma falta de compromisso dos funcionários públicos. Desta maneira, as mudanças deveriam concentrar-se no modelo de gestão de serviços públicos de saúde. As soluções para este problema poderiam ser a terceirização dos serviços ou a administração participativa.

O modelo proposto para a saúde tinha como principal característica a regionalização do atendimento, definida como um conjunto de unidades de uma determinada região gerida por uma cooperativa de trabalho. Os trabalhadores passariam a ser sócios das unidades de trabalho, tendo, desta forma, maior estímulo para fornecer um serviço de qualidade.

De acordo com o projeto, um dos possíveis problemas do modelo seria a minimização do atendimento, uma vez que este seria em função dos usuários cadastrados e não dos atendimentos realizados. A rentabilidade da cooperativa aumentaria quanto menor fosse o seu custo de atendimento, tendo como possíveis conseqüências a redução da qualidade de atendimento e o encaminhamento dos pacientes para outras unidades do setor público. Para alcançar este objetivo, a solução seria a fiscalização por parte da prefeitura e da comunidade.

O plano daria incentivo à prevenção, a partir de campanhas de prevenção de doenças e estímulo ao desenvolvimento de um estilo de vida adequado, fazendo com que houvesse uma diminuição nos custos de atendimento. Outro ponto importante do projeto seria a valorização das unidades básicas de saúde (UBSs), que funcionariam como um **filtro** do sistema de saúde, uma vez que diminuiria a necessidade de atendimento hospitalar, mais caro e complexo.

Um aspecto problemático do plano seria o risco de formação de monopólios de cooperativas. A solução seria criar competição entre as cooperativas, além do controle por parte da prefeitura e da comunidade. O usuário teria também a possibilidade de mudar de cooperativa no decorrer do tempo. Neste caso, a prefeitura transferiria os recursos de uma cooperativa para outra.

De acordo com a proposta, a prefeitura daria assistência técnica às cooperativas, em razão do sistema complexo que estas teriam que montar, o que exigiria uma estrutura gerencial profissionalizada.

Deveria ser feito um projeto-piloto para que se pudesse avaliar melhor o plano, mas o desenvolvimento deste só seria viável com a municipalização da saúde na cidade de São Paulo e, conseqüentemente, com a participação das verbas federais do SUS. Este projeto-piloto teria três elementos básicos: tarifação nos moldes de seguro-saúde, sistema de cooperativa para a relação trabalho e gestão descentralizada. O sistema proposto previa a integração das UBSs e um hospital, sendo todo sistema de responsabilidade de uma cooperativa, que teria o monopólio de atendimento dentro de uma determinada região. Seria feita uma valorização das UBSs, estabelecendo-se uma padronização entre elas. Os equipamentos seriam cedidos em comodato para as cooperativas, que ficariam comprometidas com a sua manutenção e com a formação de um fundo para cobrir a sua depreciação.

A cooperativa teria como obrigação a prestação de serviços com padrão de qualidade e com atendimento 24 horas, recebendo em troca a repartição do excedente da receita sobre os custos.

O financiamento dos serviços seria feito com recursos do orçamento da prefeitura. O repasse seria feito por uma tarifa *per capita* para a cooperativa, da mesma forma como acontece nos planos privados de saúde, diferenciando-se por não ter carências. Segundo a proposta, seria calculado um valor *per capita* suficiente para a cobertura de custeio, manutenção, depreciação do capital físico e geração de um excedente que serviria de estímulo para os cooperados. Durante a implantação do plano seriam feitos os ajustes necessários dos valores a serem repassados para as cooperativas de forma a se evitar possíveis distorções.

O documento enfatizava que poderia existir um incentivo das cooperativas a não atender os pacientes ou que fossem encaminhados para hospitais especializados não pertencentes à cooperativa. Uma solução encontrada foi responsabilizar a cooperativa por esse tipo de custo.

Foi estabelecido, ainda, que o usuário cadastrado em uma determinada cooperativa não poderia, no início, mudar de cooperativa. Após um ano, poderia ser aberta esta possibilidade, situação que levaria a um aumento na receita das cooperativas que recebessem essas pessoas. Por outro lado, caso a cooperativa perdesse um determinado número de usuários por dois períodos definidos pela prefeitura, seria descredenciada. Esta situação provocaria competição entre as cooperativas.

Este projeto enfatizava a autonomia das cooperativas a serem formadas. Percebe-se isto quando o projeto valoriza alguns aspectos, como o estímulo à competitividade entre as cooperativas e a valorização do trabalho entre os cooperados, que receberiam uma remuneração conforme seu desempenho. Apesar disso, questionava-se no projeto a capacidade gerencial das cooperativas, que precisariam receber apoio técnico da prefeitura, sendo de responsabilidade desta o controle da qualidade dos serviços prestados.

Segundo os cálculos efetuados, o plano só seria viável para a totalidade da cidade caso a prefeitura pudesse contar com recursos federais do SUS. Portanto, segundo o projeto, dois fatores seriam condicionantes para a expansão do plano para outras regiões da cidade:

1. Os resultados do projeto-piloto;
2. A capacidade do município de poder contar com recursos extra-orçamentários.

Os principais objetivos do plano eram: aumento da oferta de atendimento, redução de custos, participação da comunidade e melhoria na qualidade de atendimento.

Principais características:

- Criação de dez módulos regionais que corresponderiam, em princípio, às Administrações Regionais de Saúde (ARSs) existentes na época. Cada indivíduo seria atendido em um módulo específico, formado pelos profissionais reunidos em uma cooperativa de trabalho, filiando-se a ela por meio de cadastramento, pelo qual receberia uma carteira de atendimento;
- As cooperativas atenderiam emergências em geral, mesmo para os não filiados;
- Participação das cooperativas em todos os programas de saúde pública desenvolvidos pelo município e pelos governos estadual e federal;
- Caso houvesse necessidade, a pessoa poderia ser atendida em um módulo distinto daquele no qual se cadastrou;
- Atendimento gratuito, com a prefeitura repassando um valor *per capita* por morador filiado, com recursos do tesouro municipal e, posteriormente, com a colaboração de recursos do SUS.

Um ponto do plano que gerou muita controvérsia, no decorrer das versões apresentadas, refere-se a quem seriam os profissionais que trabalhariam nas cooperativas. De início, definiu-se que as cooperativas seriam formadas por profissionais de saúde de nível superior e que os profissionais de nível médio poderiam se associar sob este mesmo regime, sendo contratados por elas.

Em uma outra versão, foi proposto que as cooperativas deveriam ser formadas preferencialmente pelos servidores que estavam trabalhando nos equipamentos, que seriam de responsabilidade delas. Finalmente, foi escolhido para ser implantado um modelo de transição. Neste modelo, a Secretaria Municipal de Saúde alocaria os servidores dentro dos módulos, sendo que estes manteriam seus vínculos com a prefeitura.

Após este período de transição, os servidores poderiam optar por aderir à cooperativa, passando a ser autônomos sob um regime de licença sem vencimentos. Caso não aceitassem aderir à cooperativa, permaneceriam como servidores, porém seriam transferidos a outro local de trabalho.

Estava prevista a criação de um conselho do PAS, que seria organizado pela Secretaria Municipal de Saúde. Paralelamente, também seria criado um conselho regional, formado por trabalhadores, usuários e poder público, ligado a cada módulo regional.

Quatro mecanismos seriam utilizados para medir a qualidade dos serviços:

1. Avaliação médica, feita por organização não governamental;
2. Avaliação permanente do usuário, realizada por pesquisa de satisfação;
3. Fiscalização e auditoria pela prefeitura;
4. Acompanhamento da comunidade.

Seriam analisados para esta medição uma série de itens, como por exemplo, número de procedimentos realizados, organização de campanhas de prevenção e qualidade no atendimento.

A expectativa era que o PAS contasse com agentes de saúde recrutados nos bairros onde seriam instaladas as cooperativas médicas. Os agentes teriam como atribuição informar e orientar a população sobre as formas de prevenir doenças e acompanhar o tratamento domiciliar dos doentes crônicos. Essa mudança foi feita por sugestão do presidente da Associação Paulista de Medicina (APM), José Knoplich, e Antônio Ermínio de Moraes, presidente da Beneficência Portuguesa de São Paulo. Paulo Maluf também aceitou criar um órgão, o IncopPas, com o objetivo de supervisionar o uso de recursos repassados pela prefeitura às cooperativas. Deste órgão participariam diretores de hospitais privados, como Albert Einstein e Sírio Libanês.

Foram feitas mais três versões subseqüentes do projeto do novo sistema de saúde, entre os meses de janeiro e março de 1995. A principal diferença em relação à primeira versão é que as versões posteriores foram feitas para divulgação pública, dirigidas à sociedade em geral.

A quarta e última versão do projeto, ao contrário das versões anteriores, define o módulo regional de maneira mais detalhada, como sendo a unidade de gestão. Nele existiria um conselho regional de saúde do qual participariam os usuários, os trabalhadores da saúde e o Poder Público. O módulo regional também substituiria, na estrutura da Secretaria Municipal de Saúde, a Administração Regional de Saúde, nas regiões em que o plano fosse implantado.

Segundo o projeto, o plano deveria ser iniciado em uma região que fosse representativa das características populacionais e da infra-estrutura de saúde no município. A implantação previa o cadastramento de toda a população da região escolhida de modo a identificar a clientela potencial do plano oferecido pela prefeitura e gerar informações para um diagnóstico sócio-econômico inicial. O cadastramento seria um modo de criar um envolvimento da comunidade, gerando um processo de participação e identificação dos usuários do plano. Isso levaria à formação de um conselho de saúde na comunidade, que poderia monitorar, avaliar e medir a qualidade dos serviços oferecidos.

O projeto-piloto seria avaliado a partir de um conjunto de indicadores e de um cronograma de avaliação, levando em conta o número de pessoas atendidas por UBS, o número de consultas realizadas, os resultados dos atendimentos e a opinião dos usuários sobre a qualidade dos atendimentos. Segundo a proposta, a divulgação dos resultados poderia ser feita a cada noventa ou cento e oitenta dias durante os dois primeiros anos de funcionamento do projeto-piloto.

2.3. Implantação do PAS

Depois de ter concluído o projeto, Paulo Maluf assinou o decreto n°. 35.037, que instituía o PAS, em 5 de abril de 1995. Porém, no dia 8 de maio do mesmo ano, foi concedido pelo vice-presidente do Tribunal de Justiça, desembargador Yussef Said Cahali, uma liminar que suspendeu provisoriamente este decreto. Os 13 vereadores do Partido dos Trabalhadores (PT), que pediram o mandado de segurança no tribunal de justiça em 03 de maio, argumentaram que o PAS, por permitir à prefeitura ceder equipamentos públicos e

transferir os serviços médicos da rede municipal para cooperativas por meio de convênios, teria de ser criado por lei municipal e não por decreto, como havia sido feito.

A prefeitura apresentou defesa do PAS, pedindo cassação da liminar concedida contra o plano, porém o desembargador manteve a decisão. Como acreditava que iria demorar muito tempo para implantar o plano por meio de decreto, Paulo Maluf enviou à Câmara de Vereadores, em 29 de maio de 1995, um projeto de lei para criação do PAS.

Em setembro de 1995, Maluf criou um conselho formado por secretários municipais para gerenciar a criação do PAS. Seria coordenado pelo secretário do planejamento, Paulo Roberto Richter, reduzindo, desta forma, o poder político de Getúlio Hanashiro. Este conselho teria o poder de influir na transferência de verbas e determinar mudanças no PAS.

O projeto de lei foi apreciado pela Câmara Municipal, aprovado e sancionado em setembro de 1995. A bancada de oposição do PAS era formada pelos seguintes partidos políticos: PT, PC do B, PV, PSDB, e pelo vereador Dalmo Pessoa, pertencente ao PMDB.

Richter foi empossado, em novembro de 1995, como novo secretário municipal de saúde, substituindo Hanashiro, que também continuou a ser secretário de planejamento. Richter foi o quarto titular da Secretaria da Saúde na gestão de Paulo Maluf. Dois de seus três antecessores perderam o cargo por causa do PAS. Silvano Raia não concordou com o plano e Getúlio Hanashiro foi demitido por não conseguir implementá-lo.

O PAS começou a funcionar, efetivamente, em 1 de janeiro de 1996. A região escolhida para o projeto-piloto foi a de Pirituba/Perus, que era relativamente isolada, tendo como limites a Marginal Tietê e outros municípios. Os motivos para escolha desta região estavam no fato de que ela possuía uma rede municipal de saúde estabelecida, contando com um hospital, um pronto socorro, dois ambulatorios de especialidades, oito unidades básicas de saúde e um centro comunitário de convivência. Pelo fato da rede municipal nessa região ser bem diversificada, apesar de não ser grande, tornaria mais fácil reunir um número suficiente de profissionais para operá-la. Outra característica importante da região era a diversidade socioeconômica. A tarifa ponderada para esta região, baseada na composição da renda no bairro, foi de R\$ 12 *per capita* ao mês.

No dia 24 de janeiro de 1996, o presidente do Tribunal de Justiça concedeu uma liminar suspendendo a implantação do plano. Porém, em 13 de março do mesmo ano, essa liminar que impedia a adoção do PAS foi cassada pelo Tribunal de Justiça, por 21 votos contra 2. Foi decidido, então, que não haveria entraves constitucionais ou legais que pudessem impedir a efetiva adoção do PAS, desde que toda sua disciplina e

regulamentação decorressem dos preceitos constitucionais que conferiam autonomia constitucional. No período de validade da liminar, o PAS continuou funcionando no módulo do projeto-piloto, mas a expansão do plano para outras regiões da cidade ficou suspensa.

No final de junho de 96, o processo de implantação do PAS se intensificou. O motivo disto foi a lei eleitoral, que impedia que o prefeito fizesse transferências de funcionários depois do dia 3 do mês de julho. Como, no plano, os funcionários que não aderissem seriam transferidos, a proibição atrapalharia sua implantação.

Em 24 de setembro de 1996, o presidente do Tribunal de Justiça, desembargador Yussef Said Cahali, suspendeu, novamente, a implantação do PAS. Cahali aceitou o pedido de liminar feito por entidades que representavam médicos, segundo o qual a lei municipal que criou o PAS (lei nº. 11.866/95) continha vício de inconstitucionalidade, uma vez que não observava os princípios licitatórios, lesava o erário público e desviava o município de responsabilidade direta na assistência à saúde da população, mas o Órgão Especial do Tribunal de Justiça (TJ) derrubou a liminar que impedia a implantação do PAS em São Paulo. Foram autores do pedido de suspensão a Associação Paulista de Medicina, a Federação Nacional dos Médicos e o Sindicato dos Médicos de São Paulo.

O arcabouço jurídico que instituiu o PAS é constituído pela lei nº. 11.866, de 13 de setembro de 1995, pelo decreto nº. 35.664, que a regulamenta, de 16 de novembro de 1995, pela minuta padrão do termo de convênio, decreto nº. 35.726, de 16 de novembro de 1995, e pelos 14 decretos que criaram os diversos módulos de atendimento (vide anexo 1).

2.4. Apoio ao plano

No início de sua implantação, o plano teve grande índice de aprovação por parte da população. Em público, nenhum candidato às eleições para prefeito em 1996 afirmava que iria interromper o programa.

O plano contava com grande apoio da população que até mesmo a candidata do PT à prefeitura, Luiza Erundina, declarou-se favorável ao plano, enfatizando que ele tinha pontos positivos, como ser descentralizado, tornando o atendimento mais próximo da população e dando agilidade ao atendimento. Segundo ela, caso fosse eleita, daria

continuidade ao plano, fazendo apenas alguns ajustes. Segundo pesquisa da DataFolha¹, realizada no primeiro ano do plano, na opinião da maioria dos usuários, o PAS melhorou o serviço municipal de saúde.

2.5. Estrutura do sistema

2.5.1. Módulos

A cidade foi dividida em 14 módulos. Eles foram numerados de 1 a 15, porque a prefeitura de São Paulo pulou o número 13². Em cada módulo havia, pelo menos, um hospital, um posto de saúde e um pronto-socorro. Antes do PAS, a cidade era dividida em dez administrações regionais de saúde.

As regiões da cidade foram agrupadas da seguinte forma:

Módulo 1 – Centro

Módulo 2 - Butantã/Lapa

Módulo 3 - Ipiranga/Sapopemba

Módulo 4 - Mooca/Vila Matilde

Módulo 5 - Itaquera/Guainazes

Módulo 6 - São Miguel Paulista

Módulo 7 - Santana

Módulo 8 - Perus/Pirituba

Módulo 9 - Parelheiros

Módulo 10 - Campo Limpo

Módulo 11 - Freguesia do Ó/Brasilândia

Módulo 12 - Jabaquara

Módulo 14 - Ermelino Matarazzo

Módulo 15 - Tatuapé/Penha

¹ Pesquisa realizada pela DataFolha em setembro de 1996. Para mais detalhes da pesquisa ver Folha de São Paulo, edição do dia 20/10/1996.

² O número 13 é normalmente considerado número de sorte ou azar, e também é o número do PT. A prefeitura não explicou o motivo disto.

2.5.2. Cooperativas

Cada módulo era gerenciado por uma **cooperativa-mãe**, denominada Cooperpas, formada por funcionários de nível superior (médicos, psicólogos, nutricionistas e enfermeiros), licenciados pela prefeitura e que aderiram ao PAS. Era a principal cooperativa do módulo. Tinha como função administrar a verba repassada pela prefeitura, contratar ou dispensar funcionários e fazer compras.

As outras duas cooperativas existentes em cada módulo eram a Coopermed, subordinada à Cooperpas e formada por funcionários de nível médio da prefeitura (auxiliar de enfermagem, auxiliar administrativo, segurança etc.), e a Cooperplus, da qual participavam médicos e pessoal de nível médio que não trabalhavam para a prefeitura. Esta última, que não tinha poder de decisão, preenchia as vagas de funcionários que não aderiram ao PAS.

As cooperativas seriam responsáveis pela guarda e manutenção dos equipamentos e dariam cobertura a danos da estrutura física das unidades. A compra de equipamentos de maior complexidade, como tomógrafos computadorizados, continuaria sendo atribuição da prefeitura. A cooperativa teria liberdade para gerir as sobras de dinheiro repassado mensalmente para comprar equipamentos de menor complexidade, como máquinas de raio-x.

Nos casos clínicos complexos e não atendidos pela rede municipal, como cirurgia cardíaca, AIDS e transplantes de órgãos, os doentes seriam encaminhados aos hospitais estaduais de referência, sendo responsabilidade do SUS a despesa resultante.

2.5.3. Gerenciadoras

A administração dos módulos era completamente autônoma. Cada um dos 14 módulos do PAS criados na cidade teve sua direção escolhida por uma cooperativa formada por médicos. Os diretores não precisam ser médicos.

O nome deles era submetido a um conselho de gestão, que podia aprová-lo ou não. Os módulos, por sua vez, contratavam os serviços de empresas gerenciadoras. As gerenciadoras eram empresas privadas, contratadas sem concorrência pública e que recebiam 6%, em média, da verba repassada pela prefeitura aos módulos. Tinham como função:

- Cuidar da contabilidade dos módulos;
- Fazer a folha de pagamentos de funcionários;
- Fazer a tomada de preços para todas as compras e serviços;

- Indicar fornecedores e prestadores de serviços;
- Preencher, mas não assinar, todos os cheques de pagamentos;
- Cuidar da manutenção dos módulos (Ex: manutenção de equipamentos);
- Decidir a logística de funcionários nos módulos (Ex: definir quantos seguranças seriam necessários em um determinado hospital);
- Assessorar a direção dos módulos.

Várias gerenciadoras que atuavam nos módulos do PAS pertenciam a empreiteiras, construtoras ou empresas de engenharia, e muitas delas não tinham experiência anterior na área de administração.

Eram elas:

Módulo 1 – Boucinhas & Campos

Módulo 2 – Planova

Módulo 3 – JR Associados

Módulo 4 – Hidrobrasileira

Módulo 5 – Cogito

Módulo 6 – Medix

Módulo 7 – Maubertec

Módulo 8 – Enger

Módulo 9 – Logos

Módulo 10 – Ductor

Módulo 11 – Geribello

Módulo 12 – Hidroconsult

Módulo 14 – Concremat

Módulo 15 – Multiservice

2.6. Mudanças com a implantação do PAS

2.6.1. Atendimento

Antes do PAS – Pacientes, paulistanos ou não, eram atendidos em qualquer unidade de saúde da cidade.

Com o PAS – Apenas eram atendidos os moradores cadastrados na região onde moravam. Pessoas que viessem de outros estados ou municípios poderiam ser atendidas em qualquer

hospital da rede municipal, porém, apenas em casos de emergência médica (acidentes, ataques cardíacos etc.). Essa regra também seria válida para moradores que se acidentassem em outras regiões da cidade. Pacientes cadastrados em uma região não poderiam ser atendidos em outras, mesmo que fossem nos locais onde o plano tivesse sido implantado.

O cadastramento era feito na Administração Regional de Saúde (eram dez na capital) e, neste momento, o munícipe recebia um cartão magnético que deveria ser apresentado a cada consulta ou internação. Os documentos necessários para a obtenção do cartão de atendimento eram:

- RG ou certidão de nascimento de todos os moradores do imóvel;
- Comprovante de endereço (conta de água, luz, gás etc.);
- Carnê do IPTU (mesmo para os isentos).

2.6.2. Salários dos médicos

Antes do PAS – O médico recebia um salário fixo variando de R\$ 700 a R\$ 1.200 por 20 horas semanais de trabalho.

Com o PAS – O salário passou a depender do número de horas trabalhadas. O rendimento médio era cerca de R\$ 3.200 por 24 horas semanais (plantonista) ou 20 horas (diarista).

2.6.3. Recursos

Antes do PAS – O diretor apresentava os custos à prefeitura que repassava o dinheiro. Em casos de gastos extras, o hospital recorria à prefeitura. A compra de equipamentos exigia licitação pública.

Com o PAS – As cooperativas recebiam por mês R\$ 10 por paciente. Com esse dinheiro, a cooperativa pagava os salários dos funcionários e o material consumido diariamente. Compra ou manutenção de equipamentos, conservação dos prédios ou gastos extras eram pagos pela prefeitura.

2.6.4. Estabilidade

Antes do PAS – Os funcionários dos hospitais tinham estabilidade.

Com o PAS – Os funcionários do PAS poderiam ser demitidos, mas não seriam demitidos da prefeitura. Caso quisessem desistir do PAS, poderiam voltar a trabalhar para a prefeitura, com total estabilidade.

2.6.5. A equipe

Antes do PAS – Toda a equipe do hospital era formada por funcionários da prefeitura.

Com o PAS – A equipe passou a ser formada pelos funcionários que aderiram ao PAS e os contratados pela cooperativa, que não tinham estabilidade. A adesão dos funcionários não era obrigatória. Um médico que não quisesse fazer parte do PAS seria transferido para uma unidade da prefeitura onde o plano não tivesse sido implantado. No caso de ele aderir, ele pediria uma licença para trabalhar no PAS.

2.6.6. Transferências

Antes do PAS – A administração do hospital era feita pela Secretaria Municipal de Saúde, que indicava um diretor e controlava os gastos.

Com o PAS – As unidades passaram a ser administradas pela cooperativa de médicos. Existiam três cooperativas em cada módulo: duas de funcionários da prefeitura e outra de funcionários prestadores de serviço. Essas cooperativas eram autônomas, podendo contratar, demitir e gerenciar suas verbas. O uso do dinheiro seria controlado por um conselho gestor, formado por membros da prefeitura.

2.6.7. Plantão

Antes do PAS – Cada hospital tinha uma tabela exigindo um número mínimo de médicos por plantão.

Com o PAS – Essas tabelas deixaram de existir. O número de médicos passou a ser definido em função da demanda.

2.6.8. Fichas de pacientes

Antes do PAS – Atendentes preenchiam as fichas manualmente ou com máquinas de escrever. O trabalho não era informatizado. Cada paciente abria um prontuário no hospital.

Com o PAS – Os pacientes cadastrados na unidade passaram a ter um cartão magnético com seus dados pessoais. Quando o paciente chegasse à unidade do PAS, ele apresentaria o cartão que o identificaria.

2.6.9. Benefícios

Antes do PAS – Todos os funcionários eram funcionários públicos, com direito a 13º salário, férias etc.

Com o PAS – Os funcionários do PAS eram todos trabalhadores autônomos.

2.7. Críticas ao PAS

Entre as críticas ao PAS apontadas por juristas, médicos e políticos destacavam-se as seguintes:

- O plano era inconstitucional, uma vez que feria o princípio da universalidade, segundo o qual todas as pessoas deviam ser atendidas em qualquer ponto da rede pública. O cadastramento prévio e a carteirinha não condiziam com esse princípio;
- A Constituição atribuiu ao município a tarefa de cuidar da saúde da população, portanto a prefeitura não poderia abdicar-se dessa tarefa;
- O PAS estava voltado exclusivamente para a assistência hospitalar, desobrigando-se dos programas de medicina preventiva, tais como campanhas contra o cólera e a distribuição de camisinhas;
- Não estava claro, no plano, quem cuidaria dos doentes em situação mais grave, que exigiria cuidados mais sofisticados e onerosos, tais como as vítimas de AIDS;
- O plano foi criado sem consultar o Conselho Municipal de Saúde, instituição criada de acordo com a orientação federal com o objetivo de avaliar as políticas de atendimento em saúde na cidade;
- O cadastramento seria feito por empresas contratadas sem licitação pública;
- Para poder passar recursos e o patrimônio da prefeitura para terceiros, o governo deveria antes ter consultado a Câmara Municipal;
- Os médicos das cooperativas recém-formadas não tinham em sua maioria experiência empresarial, e isto faria com que eles recorressem a grupos privados para o gerenciamento do módulo, o que caracterizaria privatização do sistema;
- Para assinar contratos com as cooperativas recém-formadas, o governo municipal deveria ter aberto licitação pública, e isso não foi feito;
- O paciente que se cadastrou em determinado módulo, caso não fosse bem atendido, ficou afinal sem opções para procurar outro serviço municipal de saúde;
- Apesar de o PAS ser pago com dinheiro público, nenhuma compra ou prestação de serviços das cooperativas era sujeita à licitação ou concorrência pública;
- A contratação das gerenciadoras também foi feita sem concorrência. Elas foram indicadas pela direção de cada módulo.

Em relação à crítica de inconstitucionalidade do plano, o Tribunal de Justiça julgou constitucional, em 22 de agosto de 1997, a Lei 11.866, de 13 de setembro de 1995, que

criou o PAS. O plenário, por unanimidade, julgou improcedente a ação promovida pelo PT que visava à declaração de inconstitucionalidade da referida lei. A decisão foi tomada porque esta lei não violaria a Constituição Federal e nem a Estadual, uma vez que o PAS não estaria desvinculado do SUS e nem alheio às diretrizes dos demais entes políticos.

Além disso, o PAS reservava competência ao secretário municipal de saúde para a criação e execução do plano. Portanto, a responsabilidade política e administrativa continuava sendo do município, segundo a decisão. Para o tribunal, a descentralização dos serviços de saúde e sua execução indireta não eram proibidas, até mesmo no que diz respeito aos convênios, pois a Constituição não impedia a delegação de serviços a particulares.

Para José da Silva Guedes, secretário de Saúde do estado de São Paulo no período de implantação do PAS, o problema do plano seria a transferência de uma entidade pública para o controle de uma cooperativa com fins lucrativos. Não haveria problema se os acordos fossem feitos com entidades filantrópicas ou universidades. Para ele, as leis federais que regulavam o sistema de saúde não impediriam os governos municipais de trabalhar com instituições privadas, mas deveria haver um equilíbrio do sistema, para que elas não predominassem.

No início, o PAS sofreu críticas do Ministro da Saúde, Adib Jatene. Segundo ele, “o plano estava completamente fora de esquema do ministério”, porém não poderia impedir sua implantação, uma vez que a prefeitura tinha autonomia para fazê-lo.

Um aspecto muito pouco enfatizado no debate sobre o PAS é que uma empresa particular de medicina de grupo tem lucro com as pessoas cadastradas que pagam por serviços que não utilizam, mas nas cooperativas do PAS, principalmente nos hospitais da periferia, a grande maioria dos cadastrados era composta pela população carente e idosa, justamente a que mais utiliza os serviços gratuitos. Desta maneira, a maioria dos cadastrados iria utilizar o sistema de saúde, ao contrário dos planos de saúde, em que apenas uma parcela utiliza.

2.8. Administração do Sistema

2.8.1. Funcionários do PAS

Os funcionários da prefeitura tiveram a opção de se demitir ou se licenciar das unidades para as quais foram contratados. Eles passariam a ser sócios do sistema. A

cooperativa também pagaria os demais funcionários com a cota mensal por morador repassada pela Secretaria Municipal de Saúde. Os médicos deveriam atender 4 pacientes por hora e 16 no período, com duração média de 15 minutos a consulta.

Mais de 15 mil funcionários da Secretaria de Saúde, entre eles mais de 3 mil médicos, não aderiram ao PAS. Esses funcionários foram distribuídos por diversas secretarias que tinham poucas ocupações a oferecer nas suas especialidades. Muitas equipes de especialistas que já estavam formadas há algum tempo foram desfeitas, levando a conseqüências negativas aos pacientes.

Um médico do PAS ganhava bem mais do que um médico do Estado. Em outubro de 1996, um médico recebia R\$ 3.200 por 20 horas semanais ou por plantões semanais de 24 horas. Além da remuneração dos cooperados, o PAS custava ao município o salário dos funcionários que não aderiram ao plano e foram transferidos para outras secretarias. Em 1996, a prefeitura pagava cerca de R\$ 13 milhões mensais para os funcionários que não aderiram ao PAS.

Em agosto de 1997, o PAS começou a reduzir a remuneração dos funcionários para poder pagar as dívidas, agravadas por atrasos no repasse da prefeitura. Os cooperados não recebiam salários, mas adiantamentos de sobras, por isso foi possível reduzir a remuneração.

A idéia de se criar um sistema de saúde por cooperativa foi descaracterizada durante a implantação do PAS. Os funcionários ganhavam por hora, com direito a 13º salário e férias remuneradas, ao contrário do que foi proposto pelo plano. Numa cooperativa real, as pessoas ganhariam por produção.

2.8.2. Pagamento às Cooperativas

No começo do plano, o repasse feito pela Secretaria Municipal de Saúde para as cooperativas era de R\$ 70 milhões mensais. Desde novembro de 1996, começaram a ocorrer atrasos no pagamento às cooperativas. Desde o início de 1997, as cooperativas passaram a receber 20% a menos, em torno de R\$ 55 milhões.

A redução das verbas levou às cooperativas a reduzirem seus gastos, e conseqüentemente, diminuírem os atendimentos em termos qualitativos e quantitativos. Algumas cooperativas passaram a restringir o atendimento, uma vez que quanto mais pacientes sobravam sem atendimento, mais lucro cada módulo obtinha. Alguns profissionais foram instruídos a limitar exames e outros procedimentos a casos de extrema emergência. Ainda houve a ameaça de demissão para quem resistisse à determinação.

O número de atendimentos de casos graves aumentou nos hospitais estaduais desde a implantação do PAS. Como o plano privilegiava atendimentos de urgência, mais econômicos, os casos mais graves eram entregues aos hospitais estaduais de grande porte. Diversas vezes, o PAS não removia os pacientes de ambulância, mas fornecia uma ficha de remoção e os mandava procurar outro hospital, sem orientar qual. Uma das conseqüências imediatas do não atendimento do PAS foi à superlotação do sistema estadual.

Além da transferência de doentes para hospitais estaduais, outros artifícios eram utilizados para reprimir a demanda de pacientes no PAS. Alguns hospitais se negavam a internar pacientes, mesmo havendo leitos disponíveis, outros faziam triagem de pacientes.

Tabela 2.1. Repasse de verbas ao PAS

Módulo	Cadastrados (PPC) (1)	Orçamento (2)	Gerenciadora (3)	Meses (4)	Total (5)
Centro	450.000	4.932.000	295.920	11	3.255.120
Butantã/Lapa	375.000	4.110.000	246.600	8	1.972.800
Saúde/Ipiranga	518.000	5.677.280	340.637	9	3.065.733
Mooca	352.000	3.857.920	231.475	8	1.851.800
Itaquera	586.807	6.431.405	385.884	11	4.244.724
São Miguel Paulista	390.000	4.274.400	256.464	8	2.051.712
Santana	408.000	4.471.680	268.301	8	2.146.408
Pirituba	375.000	4.110.000	246.600	14	3.452.400
Santo Amaro	457.045	5.009.213	300.553	8	2.404.424
Campo Limpo	525.000	5.754.000	345.240	10	3.452.400
Brasilândia	305.870	3.352.335	201.140	8	1.609.120
Jabaquara	98.335	1.077.752	64.665	8	517.320
Ermelino Matarazzo	96.719	1.060.040	63.602	8	508.816
Tatuapé	93.600	1.025.856	61.551	8	492.408
Total	5.031.376	55.143.880	3.308.632	127	31.025.185

Fonte: TCM (Tribunal de Contas do Município) in Jornal Folha da Tarde, 13/02/1997

Nota: (1) PPC: População Potencialmente Cadastrável; (2) PPC x R\$ 10,96; (3) 6% do orçamento; (4) Número de meses em que funcionou o PAS no módulo, até fevereiro de 97. O mês de implantação só é computado quando ela ocorreu antes do dia 15; (5) Valores obtidos pelas gerenciadoras até fevereiro de 97.

Como se pode observar pela tabela 2.1, as gerenciadoras do PAS receberam R\$ 31.025.185,00 do início do plano até fevereiro de 1997, mesmo sem ter cumprido suas principais funções. As gerenciadoras não apresentavam as prestações de contas como deveriam fazê-lo, mesmo contrariando os dispositivos legais.

Segundo o diretor da pesquisa realizada pela FIPE na época da implantação do PAS, Simão Davi Silber, foi feito apenas um estudo para os módulos de Perus/Pirituba no começo de 1995, com base no ano de 1991 e levando em conta a faixa de renda. Em relação ao valor por usuário, foi feita apenas uma enquete com seguradoras de saúde sobre o valor por paciente cadastrado. Chegou-se ao valor de R\$ 12 por pessoa cadastrada, mas a

prefeitura baixou este valor para R\$ 10. Porém, a FIPE não recomendou que o valor de R\$12 fosse aplicado em toda a cidade, devido à diversidade socioeconômica nas diversas regiões.

Em outubro de 1996, a prefeitura dispensou a apresentação da carteirinha e passou a repassar verbas pela estimativa da população que poderia utilizar a rede municipal em cada módulo, deixando de ser calculado pelo número de pessoas cadastradas. Este novo método de remuneração foi chamado de População Potencialmente Cadastrada (PPC). As cooperativas passaram a receber R\$ 10,96 por usuário em potencial. Alguns módulos recebiam mais verbas além do PPC, pois havia um pagamento adicional para alguns procedimentos, como por exemplo, cirurgias complexas.

Em pesquisa coordenada pelos médicos Paulo Eduardo Elias e Amélia Cohn, que eram professores do departamento de medicina preventiva da Faculdade de Medicina da USP e pesquisadores do Cedec³, foi constatado que a capacidade de atendimento do PAS equivalia, em média, a um terço de pessoas que a prefeitura se predispôs a atender pelo plano. A pesquisa foi baseada em parâmetros da Organização Mundial de Saúde (OMS). A OMS recomendava quatro leitos para cada 1.000 habitantes e 2,5 consultas por habitante por ano. A PPC de cada módulo variava entre 40% e 50% do número total de habitantes dos bairros que compunham os módulos. A população era estimada sempre acima do potencial real de atendimento. Para cada habitante, a prefeitura pagava R\$ 10,96 por mês às cooperativas. No entanto, como a estrutura só permitia atender um terço da população, o custo real de cada usuário atendido pelo PAS seria de aproximadamente R\$ 33. Isto tornou o plano mais caro do que muitos convênios privados.

2.8.3. Controle do PAS por vereadores

A maioria dos módulos do PAS eram controlados por vereadores considerados alinhados com o prefeito Celso Pitta. Em 1997, primeiro ano do governo Celso Pitta, os vereadores que apoiavam o governo ameaçaram obstruir a aprovação de projetos de interesse do executivo, caso não ganhassem mais espaço na administração pública. Para contornar este problema e garantir sua sustentação política, Celso Pitta aceitou dar o controle do PAS aos vereadores. A negociação foi conduzida pelo então secretário de governo, Edevaldo Alves da Silva. Com isso, a máquina pública passou a ser usada para a

³ Pesquisa divulgada no Jornal Folha de São Paulo, edição do dia 05/12/1997.

obtenção de vantagens financeiras⁴. A ex-presidente da cooperativa que administrava o antigo módulo Butantã/Lapa, Carmine Cornicelli, afirmou na CPI do PAS, realizada em 2001, que muitos contratos firmados pelas cooperativas eram impostos pelo secretário municipal de saúde na época, Paulo Roberto Richter. Existiam contratos que chegavam às cooperativas com redação pronta. Alguns funcionários das cooperativas eram ameaçados de demissão caso não assinassem estes documentos (Agora São Paulo, 06/04/2001). Este fato foi confirmado na CPI pelo ex-secretário municipal de saúde, Carlos Alberto Velucci. Segundo ele, a interferência incluía a escolha de fornecedores e funcionários para as cooperativas e órgãos da administração (OESP, 20/09/2001).

2.9. Crise do PAS

Um ano depois de seu nascimento, o PAS enfrentava uma grande crise, que ameaçou o funcionamento da rede de saúde municipal.

O plano foi implantado com muita rapidez em toda cidade. O período entre a implantação do primeiro módulo até a implantação do último foi menos de sete meses. Pelo projeto, primeiro deveria ser implantado o projeto-piloto, e somente após este ser analisado é que se poderia implantar o plano em outras regiões.

A crise se espalhou por várias áreas:

- a) Crise financeira: o PAS precisava de mais dinheiro para não prejudicar o atendimento da população no ano de 1997. A verba extra necessária era de R\$ 340 milhões, além dos R\$ 500 milhões que haviam sido aprovados no orçamento. Além disso, as cooperativas estavam endividadas;
- b) Crise jurídica: havia até o início de 1997 cerca de 30 representações contra o PAS no Ministério Público, que considerava a total autonomia financeira e administrativa do sistema inconstitucional. Já o Tribunal de Contas do Município (TCM) e a polícia investigavam denúncias de superfaturamento em pagamentos feitos por módulos;

⁴ Desde 1997, foram feitas muitas reportagens sobre a interferência de representantes do poder público na administração do PAS. Algumas destas foram publicadas nos seguintes periódicos: Jornal Folha da Tarde, edições dos dias 07/04/98 e 25/11/97; Jornal Folha de São Paulo, edição do dia 31/07/99; Jornal O Estado de São Paulo, edição do dia 29/08/99.

- c) Crise administrativa: com uma estrutura interna burocrática e complexa, o PAS tropeçou em falhas gerenciais, irregularidades funcionais e incapacidade operacional de suas gerenciadoras;
- d) Crise ética: apesar de movimentar quase R\$ 2 bilhões em dinheiro público (96/97), todas as compras ou contratações de serviço no PAS eram feitas sem licitação e concorrência pública. Tal crise foi agravada pela ausência de um sistema de fiscalização de gastos e da qualidade do atendimento dos módulos.

O dinheiro pago pela prefeitura às cooperativas do PAS sustentava um sistema de terceirização de serviços em cascata, no qual várias empresas foram contratadas para prestar o mesmo serviço. A cooperativa encarregada de um módulo contratava uma empresa para gerenciar os hospitais e postos de saúde. Esta, por sua vez, recontratava várias outras empresas.

O PAS foi caro desde o começo. Ainda em 96, quando Celso Pitta era candidato a prefeito, o PAS chegou a custar R\$ 70 milhões por mês, quase o dobro do que a prefeitura acreditava ser o ideal em 1999. Três problemas – na avaliação de membros de alto escalão da prefeitura – teriam inviabilizado o modelo de Paulo Maluf:

- a) Os governos federal e estadual deixaram de repassar verbas do SUS. Alegaram que as cooperativas não estavam credenciadas e, por isso, não prestariam contas individualmente das verbas. A prefeitura dizia que ela própria estava credenciada e que faria a prestação;
- b) O modelo não controlaria desvio e desperdício de recursos. Diversas denúncias de superfaturamento e nepotismo atingiram as cooperativas, que não precisavam fazer licitações;
- c) Os funcionários que não aderiram ao PAS continuaram recebendo da prefeitura, trabalhando em outros setores.

Entre as irregularidades investigadas pelo Ministério Público durante a existência do PAS estavam:

- Compra fantasma: a cooperativa pagou por produto que não recebeu ou serviço que não foi realizado;
- Pagamento adiantado: sem explicação ou contrapartida, a cooperativa lançava previsão de pagamento a fornecedor. O dinheiro era desembolsado sem nenhuma nota ou fatura que justificasse o pagamento;
- Superfaturamento: apesar de mexer com dinheiro público, algumas cooperativas compravam produtos com preço muito acima do cobrado pelo mercado, porque

estava dispensada de licitação, uma vez que era entidade privada. Havia denúncias de que parte desse dinheiro era desviada para dirigentes de cooperativas;

- Atraso inexplicável: a cooperativa atrasou os pagamentos e pagou juros aos fornecedores, embora tivesse recebido o repasse em dia da prefeitura;
- Pagamento duplo: a cooperativa contratou serviços iguais de empresas diferentes.

Quando era realizada alguma compra, a cooperativa deveria encaminhar notas fiscais e outros documentos de controle para a gerenciadora, que ganhava para fazer a contabilidade. Na teoria, a gerenciadora deveria preencher os cheques destinados aos fornecedores, que deveriam ser assinados pela direção da cooperativa. Os fornecedores faziam contratos diretamente com as cooperativas e recebiam delas. Como em qualquer relação comercial, tinham o compromisso de entregar o que venderam e prestar o serviço contratado.

Em 1998, em função da grave crise pelo qual o PAS estava atravessando, a prefeitura começou a estudar mudanças para o plano.

Para solucionar os problemas financeiros, a prefeitura precisaria aumentar a receita e diminuir os gastos. Estes correspondem a procedimentos comuns quando se quer resolver uma crise financeira, porém, a dificuldade está em como atingir estes objetivos.

As duas alternativas encontradas pela prefeitura para a superação da crise, foram: a diminuição do custo do Sistema Municipal de Saúde e o retorno das verbas do SUS, suspensas desde a implantação do PAS, visando o aumento das receitas. Para diminuir os custos, a prefeitura precisaria acabar ou reformular o PAS, uma vez que este tinha um custo muito alto e para voltar a receber os recursos do SUS, a cidade precisaria municipalizar seu sistema de saúde.

CAPÍTULO 3

A MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE

3.1. Início da municipalização da saúde na cidade de São Paulo

Desde a implantação do PAS no início de 1996, a verba do SUS deixou de ser repassada à prefeitura sob a alegação de que as cooperativas, como organismos privados, deveriam se cadastrar no SUS para ter direito aos repasses. O Ministério Público Federal recomendou ao Ministério da Saúde que, por sua vez, oficiou à Secretaria Estadual de Saúde, que não fizesse o pagamento referente ao PAS, sob pena de ser responsabilizada criminalmente pelo uso indevido e ilegal de verbas públicas.

Quando instituiu o PAS, a prefeitura se organizou de forma taxativa em oposição ao SUS. Em razão da grave crise financeira pela qual o PAS atravessou no final de 1998, a prefeitura tentou receber os recursos do SUS, mas para que se integrasse novamente no Sistema Nacional de Saúde, ela teria de reorientar todo o Sistema Municipal de Saúde.

Caso optasse por se integrar ao SUS na Gestão Plena de Atenção Básica, o município precisaria:

- Comprovar funcionamento do Conselho Municipal de Saúde;
- Comprovar a operação do Fundo Municipal de Saúde;
- Apresentar Plano Municipal de Saúde;
- Comprovar que a prefeitura possuía equipe e condições técnicas adequadas para fazer auditoria e controle dos procedimentos e da contabilidade do sistema;
- Apresentar prestação de contas da utilização dos recursos destinados à saúde no ano anterior, aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde;
- Comprovar capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância epidemiológica.

De outro modo, caso optasse por se integrar ao SUS na Gestão Plena do Sistema de Saúde, que envolvia serviços de atendimento básico e de especialidades, o município precisaria:

- Comprovar o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde;
- Comprovar a operação do Fundo Municipal de Saúde;
- Apresentar Plano Municipal de Saúde;

- Comprovar que a prefeitura possuía equipe e condições técnicas adequadas para fazer auditoria e controle dos procedimentos e da contabilidade do sistema;
- Comprovar a criação da divisão municipal do Sistema Nacional de Auditoria do SUS;
- Apresentar prestação de contas da utilização dos recursos destinados à saúde no ano anterior, aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde;
- Comprovar capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância epidemiológica e sanitária e de controle de zoonoses;
- Apresentar relatório de gestão do ano anterior;
- Assegurar a oferta de serviços de atenção básica e de diagnóstico.

Nos dois casos mencionados, o município deveria ter a proposta de habilitação aprovada pela Comissão Intergestora Bipartite e, posteriormente, aprovada pela Comissão Intergestora Tripartite.

A expectativa da prefeitura era que a municipalização do sistema de saúde da capital demorasse pelo menos um semestre até ser concretizada. Para que pudesse incorporar ao SUS as 132 UBSs e receber verbas federais para seu funcionamento, a prefeitura ainda precisava cumprir uma série de condições.

Algumas das principais etapas que a prefeitura ainda não havia cumprido eram: a elaboração de um plano municipal de saúde e sua aprovação numa conferência municipal, a apresentação da prestação de contas de 1998 aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde e a aprovação de um relatório sobre a gestão do sistema. A prestação de contas incluía a atividade financeira do PAS, mas desde a implantação do sistema nenhuma prestação de contas havia sido feita.

Membros da Comissão Intergestora Bipartite, responsáveis pela aprovação das propostas dos municípios para integração no SUS, diziam que a cidade de São Paulo estava bem aparelhada, mas que cumprir todas as condições levaria tempo.

Os municípios do estado de São Paulo levaram de seis a oito meses para se integrar ao SUS. Dependendo da forma de gestão que a prefeitura escolhia para sua participação no SUS, os requisitos mínimos e a forma de administrar a verba variavam, mas o tempo para o credenciamento era praticamente o mesmo.

Uma das principais causas da municipalização foi o custo a que chegou o PAS, considerado insuportável pela prefeitura. A municipalização começou a ser negociada em meados de 1998, quando Jorge Pagura assumiu a Secretaria Municipal da Saúde. Ele

diminuiu de R\$ 60 milhões para R\$ 40 milhões o repasse mensal para as cooperativas e começou a atender as exigências do Estado. Em dezembro de 1999, com a criação do Conselho Municipal da Saúde por eleição direta, os requisitos foram preenchidos.

3.2. Projeto PAS 2000

No final de 1998, a prefeitura estudou uma série de reformulações para o PAS a fim de que conseguisse receber as verbas do SUS.

O projeto escolhido para ser aprofundado foi denominado PAS 2000. Este projeto, elaborado pela Fundação Getúlio Vargas (FGV) e pela Empresa de Processamento de Dados do Município de São Paulo (Prodam), apresentava como principais características:

- As cooperativas continuariam administrando suas áreas, permanecendo com o mesmo número de módulos, porém perderiam as UBSs;
- Os novos módulos teriam hospitais, unidades de atendimento de emergência e de especialidades, que representavam cerca de 30% do sistema. Todas as outras unidades seriam administradas diretamente pela prefeitura de São Paulo. Pelo plano, todos os postos de saúde municipais seriam descredenciados do PAS e passariam à administração direta, que correspondia a 70% do sistema;
- Além da estatização de parte do PAS, a prefeitura pretendia passar a administrar cerca de 190 postos de saúde geridos pelo governo do estado na cidade, o que caracterizaria a municipalização e garantiria R\$ 100 milhões do PAB, programa do governo federal que repassava R\$ 10 por habitante ao ano às cidades com atendimento básico todo municipalizado;
- O governo municipal utilizaria nas UBSs do Estado os funcionários públicos que não aderiram ao PAS, uma vez que esses funcionários continuavam recebendo salários para trabalhar em outros setores, como por exemplo, centros esportivos e usinas de asfalto. Haveria a redução em 70% no número de funcionários envolvidos no PAS, uma vez que só 30% dos profissionais trabalhavam em hospitais. Nas mudanças, funcionários que foram contratados pelo PAS no mercado e que formavam a Cooperplus seriam dispensados;
- No lugar das gerenciadoras, surgiriam quatro subcontroladorias, ligadas diretamente à Secretaria da Saúde. Estas subcontroladorias, que teriam o apoio da FGV, iriam redefinir o funcionamento dos módulos e, para isto, apoiariam as

atividades das cooperativas, desempenhando funções de assessoria, planejamento, acompanhamento e controle de serviços. O processo de administração do módulo seria invertido. Até este momento, a cooperativa decidia como aplicar as verbas e a gerenciadora cumpria as determinações, porém, com a implantação deste projeto, as subcontroladorias passariam a avaliar as necessidades da cooperativa e liberariam os gastos. Com a extinção das gerenciadoras, a prefeitura economizaria R\$ 32 milhões anuais, mas exigiria pagamento das multas de rescisão, que correspondiam a 10% do que as empresas receberiam até o final do contrato, em 2001;

- Para acabar com o superfaturamento, a prefeitura criaria uma central de compras com a função de assessorar as subcontroladorias na compra de produtos e medicamentos. Estas subcontroladorias teriam de respeitar uma lista de produtos e seus preços máximos. Caso não respeitassem, teriam que explicar o motivo. Esta central de normas de compras e serviços avaliaria se os preços pagos por materiais, equipamentos e serviços estavam compatíveis com os de mercado. Essas subcontroladorias passariam a orientar e fiscalizar os gastos das cooperativas com base em uma central de preços. Até então, as cooperativas compravam sem licitação e não eram obrigadas em obedecer a tetos.

O contrato de R\$ 4,98 milhões assinado entre a Secretaria Municipal de Saúde e a FGV¹ era referente a elaboração de um projeto para o Sistema Municipal de Saúde e a prestação de serviços de consultoria e suporte para este novo sistema. O objetivo seria reduzir em R\$ 20 milhões o custo anual de gerenciamento. Na prática, a secretaria assumiria todo o controle do plano. Sem as empresas contratadas, o custo da nova gestão cairia para R\$ 12 milhões.

O secretário estadual da saúde, Jorge Pagura, tinha a intenção de credenciar as cooperativas do PAS para receberem repasses do SUS. Isso faria com que as cooperativas recebessem verbas públicas duas vezes pelo mesmo serviço: do estado cobriam por atendimento e da prefeitura pela PPC.

Com a criação das subcontroladorias, a prefeitura esperava receber também a verba do SUS por procedimentos, que iriam render outros R\$ 90 milhões anuais aos recursos municipais. Nesse caso, a prefeitura seria gestora do sistema.

¹ O contrato de um ano com a FGV foi feito sem licitação.

Segundo o secretário estadual da saúde, João da Silva Guedes, a simples divulgação dessas mudanças não garantiria repasse imediato das verbas do SUS referente as UBSs municipalizadas. Isso porque elas ainda precisariam ser aprovadas na Comissão Intergestora Bipartite, que definiria a forma como a municipalização seria feita. Depois disso, ainda seria necessária a aprovação pela Comissão Intergestora Tripartite.

Alguns itens do projeto PAS 2000 não foram colocados em prática, como por exemplo, a estatização de parte do PAS, a administração dos postos de saúde do estado pela prefeitura e o retorno dos funcionários que haviam sido deslocados por não aderirem ao sistema. Porém, um item representativo colocado em prática foi a extinção das empresas gerenciadoras que administravam as cooperativas e a criação das subcontroladorias.

As 4 subcontroladorias que passaram a gerenciar os 14 módulos foram agrupadas da seguinte forma:

- Subcontroladoria 1 – módulos 2 (Butantã/Lapa), 7 (Santana), 8 (Pirituba/Perus) e 11 (Brasilândia/Cachoeirinha);
- Subcontroladoria 2 – módulos 3 (Ipiranga/Saúde/Sapopemba), 4 (Mooca/Vila Matilde), 6 (São Miguel) e 9 (Santo Amaro);
- Subcontroladoria 3 – módulos 1 (Centro), 5 (Itaquera/Guaianazes) e 10 (Campo Limpo);
- Subcontroladoria 4 – módulos 12 (Jabaquara), 14 (Ermelino Matarazzo) e 15 (Tatuapé/Penha).

Apesar da prefeitura não ter conseguido avançar no processo de municipalização, o projeto PAS 2000 foi fundamental para a extinção do PAS, que levaria, em alguns anos, à municipalização da saúde na cidade.

3.3. Projeto do Sistema Integrado Municipal de Saúde - SIMS

No início de agosto de 1999, em razão das graves crises econômica e ética enfrentadas pelo sistema de saúde na cidade, a prefeitura acabou com o PAS. Em seu lugar, foi criado o Sistema Integrado Municipal de Saúde (SIMS). O principal objetivo desta medida foi voltar a receber os recursos do SUS.

3.3.1. As mudanças propostas na saúde com a implantação do SIMS

3.3.1.1. Divisão da cidade

Os 14 módulos seriam organizados geograficamente em 4 grandes módulos, divididos entre as zonas norte, sul, leste e central, sendo que essa última englobaria a região oeste. Cada módulo teria, pelo menos, um hospital, um pronto-socorro, ambulatórios de especialidades e postos de saúde.

3.3.1.2. Controle de gastos

As subcontroladorias iriam manter uma lista básica de preços de materiais e equipamentos, que deveria ser respeitada pelas cooperativas. Até então, as cooperativas compravam pelo preço que quisessem. A tomada de preços seria fiscalizada pelas subcontroladorias. Para avaliar e fiscalizar todo o sistema, seria criado o Conselho Superior de Gestão, ligado a Secretaria Municipal de Saúde, integrado pelo secretário da saúde, pela coordenadora geral do Modelo Cooperativo, por representantes da Ordem dos Advogados do Brasil, pela comissão de saúde da Câmara Municipal e pelo Conselho Regional de Medicina.

3.3.1.3. Gerenciadoras

No lugar das gerenciadoras, haviam sido criadas quatro subcontroladorias. Antes, elas cuidavam dos 14 módulos, mas com a implantação do SIMS, cada subcontroladoria passou a cuidar de um grande módulo. Sua função seria orientar e fiscalizar as compras e contratações das cooperativas com base em uma central de preços. Estas subcontroladorias seriam subordinadas ao Conselho Superior de Gestão.

3.3.1.4. Cooperativas

As 14 cooperativas existentes seriam fechadas e em seus lugares seriam criadas 4 grandes cooperativas, cada uma responsável pela administração de um módulo. Os cooperados seriam absorvidos por essas novas cooperativas.

3.3.1.5. A situação dos funcionários

Os funcionários que não aderiram ao PAS voltariam gradualmente a trabalhar na Secretaria de Saúde para operar as UBS, que seriam gerenciadas diretamente pela

prefeitura. Essa proposta sofreu resistência dos funcionários que estavam longe de suas funções. Estes desejavam trabalhar em hospitais, onde poderiam aplicar sua especialização.

3.4. O SIMS como novo sistema de saúde

Apesar do SIMS ter sido um sistema novo, pouca coisa foi alterada no sistema de saúde. O modelo de cooperativas foi reformado, porém foi mantido. Para os usuários dos serviços de saúde, tudo continuou da mesma forma. As principais mudanças foram administrativas, muitas delas visando melhorar o controle sobre o uso da verba.

Cada um dos quatro módulos foi ligado a uma subcontroladoria formada por uma equipe da secretaria municipal, por técnicos de informática e em economia, que tinham como principal função o controle de custos, gastos e serviços.

A nova distribuição geográfica dos módulos ficou do seguinte modo:

- Sul – módulos 9 (Santo Amaro) e 10 (Campo Limpo);
- Norte – módulos 7 (Santana), 8 (Pirituba/Perus), 11 (Brasilândia/Cachoeirinha) e 15 (Tatuapé/Penha);
- Leste – módulos 4 (Mooca/Vila Matilde), 5 (Itaquera/Guaianazes), 6 (São Miguel) e 14 (Ermelino Matarazzo);
- Central – módulo 1 (Centro), 2 (Butantã/Lapa), 3 (Ipiranga/Saúde/Sapopemba) e 12 (Jabaquara).

De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde, a fusão dos módulos proporcionaria uma redução no custo do sistema da ordem de R\$ 4 milhões por mês.

O SIMS manteve a autonomia para contratar sem concurso e comprar sem licitação. O problema na reformulação do PAS é que foi mantido o predomínio da lógica do lucro no atendimento à saúde e a falta de controle social. Por lei, toda rede pública de saúde precisaria estar submetida ao controle da sociedade civil. Era preciso, entre outras coisas, seguir as diretrizes traçadas pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS), integrado por representantes de entidades da sociedade civil, por trabalhadores da área da saúde e pelo poder público. Antes do PAS, existia em São Paulo um CMS semelhante ao dos outros municípios. O novo conselho criado por decreto, depois do PAS, era formado por pessoas indicadas pelo secretário municipal de saúde, a partir de uma lista tríplice apresentada para

cada uma das entidades. Além disso, o novo CMS excluía os movimentos populares de saúde.

A proposta da prefeitura era fazer a municipalização em etapas. No início, além dos 132 postos de saúde do PAS, o município assumiria apenas os postos estaduais de alguns bairros, até que, progressivamente, os 190 postos estaduais da capital passassem ao controle municipal.

A prefeitura de São Paulo e o governo do Estado assinaram, em março de 2000, um acordo para extinguir o SIMS. Este acordo, que foi batizado de **convênio de municipalização**, devolveria à administração direta a gestão da saúde na capital e acabaria definitivamente com o modelo de cooperativas, adotado na criação do PAS. Em troca, a cidade voltaria a receber os repasses do SUS, cerca de R\$ 200 milhões anuais, suspensos desde a implantação do plano. Do total deste valor, R\$ 100 milhões anuais seriam referentes ao PAB por todos os moradores da capital. O repasse só chegaria a R\$ 200 milhões quando a prefeitura retomasse os hospitais e assumisse integralmente a vigilância epidemiológica e sanitária da capital, entre outras tarefas administrativas. No caso dos postos do Estado, o governo cederia o prédio, os equipamentos e o pessoal, que continuaria recebendo pelo Estado, mas caberia à prefeitura administrar o atendimento ao público.

O prefeito Celso Pitta chegou a iniciar o processo, retomando 42 dos 142 postos do PAS, mas o repasse das verbas por conta dessa municipalização foi insignificante. De janeiro a setembro de 2000, foram repassados R\$ 1,9 milhão pelo atendimento. Esses recursos seriam suficientes para atender cerca de 190 mil pessoas nesses nove meses, mas só o módulo norte atendia mais de 300 mil pessoas por mês. O valor irrisório repassado justificou-se porque, como a prefeitura se descredenciou do SUS, a forma de gerenciamento à qual estava inscrita era de oito anos atrás.

O motivo do adiamento no processo de municipalização foi a lei eleitoral. A prefeitura teria que, até junho de 2000, reconvocar para trabalhar nas UBSs os médicos e funcionários que eram servidores municipais e que haviam sido deslocados para outras áreas da administração por não aderirem ao PAS². O que atrasou a convocação destes servidores foi, principalmente, o afastamento do prefeito Celso Pitta.

Jorge Pagura, secretário da saúde desde março de 1998, deixou a Secretaria da Saúde em julho de 2000, alegando problemas pessoais. Porém, o real motivo para sua saída foi a acusação de que ele teria feito um acordo com empresários para manter o PAS. A

² A lei eleitoral não permitia que a transferência compulsória fosse feita três meses antes ou depois das eleições, em outubro.

acusação foi feita por José Aristodemo Pinotti, secretário da saúde na gestão de 19 dias do vice-prefeito Régis de Oliveira, durante o afastamento de Celso Pitta da prefeitura de São Paulo. Em artigo publicado³, Pinotti declarou que “para manter a estrutura viciada do PAS, secretaria e secretário tinham preço e havia uma rede interna de cumplicidade”.

Celso Pitta nomeou o ginecologista Carlos Alberto Velucci como novo secretário da saúde. Velucci, médico concursado da prefeitura de São Paulo, era amigo de Jorge Pagura e havia sido nomeado por ele para o cargo de diretor de planejamento da Secretaria de Saúde.

3.5. CPI do PAS

Criada em fevereiro de 2001, a CPI do PAS investigou denúncias de suposto desvio de verbas, mau gerenciamento, empréstimos de bancos a cooperativas, relação entre a Secretaria da Saúde com fornecedores do PAS e ingerência administrativa de vereadores nos módulos.

Por falta de tempo, a apuração só ocorreu nos módulos 1, 2 e 3, do total de 14 módulos. A CPI calculou que irregularidades e mau gerenciamento provocaram perdas de R\$ 1,7 bilhão, de um investimento total de R\$ 2,6 bilhões. Os indícios foram de improbidade, estelionato e falsidade de documento.

O relatório da CPI do PAS, aprovado em outubro de 2001 pela Câmara Municipal de São Paulo, responsabilizou por crime de improbidade administrativa o ex-prefeito Celso Pitta, os ex-secretários de saúde Paulo Roberto Richter (gestão Paulo Maluf), Massato Yokota e Jorge Pagura (gestão Celso Pitta) e o ex-secretário de Finanças José Antônio de Freitas (gestão Celso Pitta). O relatório final da CPI também responsabilizou ex-chefes de gabinete de secretários, interventores de módulos, dirigentes de cooperativas e sócios de empresas prestadoras de serviços aos módulos. O documento poupou, no entanto, o ex-prefeito Paulo Maluf, responsável pela criação do PAS. O relatório pediu apenas a responsabilização de Paulo Maluf por indícios de mau gerenciamento, mas ele nem chegou a ser ouvido pela CPI⁴.

³ Jornal Folha de São Paulo, edição de 23 de junho de 2000.

⁴ O crime de improbidade previa a suspensão dos direitos políticos e a possibilidade de ressarcimento dos prejuízos, enquanto a acusação de mau gerenciamento era vaga e não tinha conseqüências legais previstas.

O documento da comissão também apontou a suposta ingerência administrativa de dez vereadores e ex-vereadores paulistanos nos módulos do PAS.

3.6. Transição de Gestão

Os contratos com as cooperativas começariam a vencer antes mesmo do término do mandato do prefeito Celso Pitta. O módulo norte tinha um contrato que se encerraria em dezembro de 2000. Os contratos dos módulos central, sul e leste venceriam, respectivamente, nos meses de janeiro, abril e junho de 2001. Celso Pitta afirmou que garantiria a continuidade do serviço das cooperativas até o término de seu mandato, mas depois seria a equipe da prefeita eleita Marta Suplicy que teria de negociar com as cooperativas um período de transição. Por este motivo, o Conselho Municipal da Saúde aprovou, em dezembro de 2000, a prorrogação por seis meses do termo de convênio firmado entre a prefeitura de São Paulo e o módulo norte, um dos quatro do SIMS. O aditamento foi feito sem alteração de valor ou modificação das regras fixadas pela administração de Celso Pitta. Se não houvesse a renovação do acordo com o módulo norte, a prefeitura teria de voltar a administrar as unidades e hospitais que estavam sob o comando das cooperativas.

A prorrogação foi proposta por Carlos Alberto Velucci, considerado um dos mentores e grande impulsionador da municipalização da saúde na cidade, e articulada por Eduardo Jorge, que seria o futuro secretário da Saúde na gestão de Marta Suplicy. Apesar de ter anunciado que acabaria com o atual sistema, Eduardo Jorge afirmou que dependia da prorrogação do convênio para fazer uma transição com cautela, pois o fim simultâneo dos acordos com todos os módulos, em janeiro de 2001, poderia provocar um colapso no sistema de saúde. A nova administração poderia romper o convênio antes dos seis meses de duração do contrato. Os outros três contratos foram renovados nos meses seguintes.

A transição na área da saúde foi a mais demorada, a mais delicada e a mais conturbada de todo o processo de instalação petista na prefeitura. Pelo regime adotado, as cooperativas nunca prestaram contas à Câmara Municipal nem ao Tribunal de Contas do Município. A lei federal de licitações nunca foi cumprida. Não se sabia ao certo o valor que as cooperativas deviam aos fornecedores nem quanto acumularam de dívidas trabalhistas. Os diretores do PAS agiam como se nunca tivessem que prestar contas.

Alguns chegaram a retirar R\$ 40 mil por mês, outros transformaram clínicas públicas em clínicas privadas. Muitos documentos foram queimados para dificultar as investigações.

A prefeita eleita, Marta Suplicy, enfrentou um problema emergencial ao tentar acabar com o SIMS, que foi sua promessa de campanha. O déficit de recursos humanos foi o principal problema da transição. Dos 17.732 funcionários que atuavam nas quatro cooperativas de atendimento, apenas 5.018 eram servidores da Secretaria Municipal da Saúde. Mesmo que conseguisse reaver os 10.360 funcionários lotados na secretaria, mas que estavam espalhados em outras áreas da prefeitura, ainda assim faltariam 2.354 funcionários para, ao menos, equiparar o número de profissionais que atuavam no atendimento à população no SIMS. Para equacionar o problema, a prefeitura teria de realizar concurso público, porém, mesmo que o fizesse em caráter de urgência, o prazo estimado para que os novos funcionários fossem contratados seria de, no mínimo, seis meses.

A Secretaria de Saúde contava com cerca de 43 mil funcionários no ano de 1992. No fim de 2000, esse número era de 29.268 servidores. Além dos 5.018 que estavam nas cooperativas, 10.360 trabalham em outras secretarias, 758 estavam licenciados, 742 eram comissionados e apenas 12.390 continuavam atuando na Secretaria da Saúde.

A diferença salarial entre os servidores que trabalhavam nas cooperativas e os funcionários da prefeitura foi outro item problemático da transição. Enquanto um médico da cooperativa ganhava, em média, R\$ 2.300 por 20 horas semanais de trabalho, um médico da prefeitura recebia R\$ 960 pela mesma carga horária.

Além da falta de pessoal próprio para trabalhar, a Secretaria da Saúde também enfrentou problemas financeiros. As cooperativas reclamavam na justiça um passivo de R\$ 230 milhões. A Secretaria da Saúde reconhecia um débito de apenas R\$ 43 milhões.

A Secretaria Municipal da Saúde receberia de volta 12 hospitais em péssimas condições, pois, durante os cinco anos que estiveram nas mãos do PAS, os estabelecimentos não passaram por reformas nem substituíram ou modernizaram seus equipamentos.

3.7. Governo Marta Suplicy

Marta Suplicy assumiu a prefeitura de São Paulo em 1 de janeiro de 2001. Sua principal ação relacionada à saúde foi a retomada do processo de municipalização, que havia sido paralisado em 2000.

A cidade receberia da atenção básica cerca de R\$ 100 milhões anuais em repasses do SUS. Em termos financeiros, não mudaria muita coisa, pois parte desse dinheiro beneficiava essas unidades básicas, e a outra parte continuaria financiando o Qualis, que era o Programa de Saúde da Família que o estado mantinha com várias parcerias. Mais importante do que os repasses do SUS foi a autonomia que a cidade voltou a ter sobre sua rede de assistência.

A municipalização também seria vantajosa para o estado, pois uma vez isenta da responsabilidade do atendimento básico, a Secretaria Estadual de Saúde poderia investir mais atenção e dinheiro nos hospitais de referência e nas políticas mais amplas de saúde.

No universo de 645 cidades paulistas, São Paulo estava entre as quatro que ainda não tinham habilitação do SUS para municipalizar seus serviços. Das outras três cidades, todas eram pequenas: Guararema, Iaras e Santa Maria da Serra.

Primeiramente, a descentralização foi realizada com duas ações:

- Criação, em janeiro de 2001, de 41 distritos de saúde, que eram vinculados diretamente ao secretário municipal de saúde. Cada um responsável por cerca de 250 mil habitantes;
- Acordos com os governos estadual e federal para a municipalização da rede sob responsabilidade do governo estadual, sediada na capital.

No início de janeiro, em acordo com a Secretaria Estadual de Saúde, foi estabelecido um cronograma de transferência das UBSs dos módulos cooperativados e do estado para a gestão direta da prefeitura. Após ter sido aprovado, em fevereiro de 2001, pela Comissão Intergestora Bipartite, e pelo Conselho Municipal de Saúde, a Secretaria Municipal de Saúde foi habilitada na condição de Gestora Plena da Atenção Básica pela Comissão Intergestora Tripartite, segundo a NOB 96/01. A prefeitura pleiteou a Gestão Plena da Atenção Básica, uma vez que não tinha estrutura para assumir a Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde.

A Secretaria Municipal de Saúde estabeleceu cinco frentes de atuação para cumprir com as diretrizes do SUS:

1. Reconstrução da Secretaria Municipal de Saúde;

2. Municipalização do sistema de saúde;
3. Distritalização;
4. Modernização gerencial;
5. Adoção do Programa de Saúde da Família (PSF).

O objetivo da prefeita era dar prioridade ao Programa Saúde da Família porque, além de repasses do SUS e das vantagens do programa de caráter preventivo, o atendimento domiciliar trazia grande visibilidade política.

Os membros da prefeitura decidiram que a desativação do SIMS deveria ser feita gradativamente, de forma que preservasse a população de maiores prejuízos no atendimento.

Algumas atitudes foram tomadas para averiguar os problemas existentes. Uma auditoria independente investigou a movimentação financeira e patrimonial do PAS desde que o sistema foi criado. Ao mesmo tempo, uma comissão intersecretarial – composta por representantes das Secretarias de Saúde, de Governo, dos Negócios Jurídicos, das Finanças e da Administração – ocupou-se especificamente da transição dos serviços do PAS para a Secretaria Municipal da Saúde. Em outra frente, uma coordenação reunindo médicos sanitaristas especialistas em administração hospitalar acompanhou todo o trabalho das cooperativas no seu dia-a-dia. O secretário Eduardo Jorge também cancelou o pagamento de jetom⁵ que os membros do conselho de gestão recebiam.

Em fevereiro de 2001, todos os módulos sofreram intervenção pela prefeitura. A intervenção foi um pressuposto para a extinção completa do SIMS e o início do processo de municipalização do serviço de saúde. Com a intervenção, o presidente da cooperativa que prestava serviços ao módulo foi afastado e, em seu lugar, foi colocado um representante do poder público.

Em abril de 2001, 31 unidades da zona sul que estavam sendo administradas pelo PAS voltaram para o comando da administração direta. A mudança foi o primeiro passo do governo petista para a extinção do SIMS e o início da municipalização de postos de saúde, ambulatórios de especialidades, centros de convivência e hospitais de saúde mental. Após esta etapa, foi a vez dos hospitais voltarem a ser administrados pela prefeitura.

De acordo com o processo implantado pela Secretaria Municipal de Saúde, as direções das unidades e os antigos funcionários do PAS foram substituídos por servidores e profissionais contratados emergencialmente pelo município. O módulo sul do PAS tinha

⁵ Jetom correspondia ao pagamento por presença em reuniões.

cerca de 2.800 funcionários. Desses, cerca de mil eram servidores públicos que aderiram ao PAS. Os restantes eram profissionais contratados pelo sistema.

O PAS acabou oficialmente em 21 de julho de 2001, deixando ausência de pessoal, déficit de equipamentos e estoque insuficiente de remédios e materiais nos hospitais. A prefeitura passou a administrar 15 hospitais municipais, 12 deles antes controlados pelo SIMS, assim como 120 das 170 UBSs. Todos estes voltaram para o controle da prefeitura no dia 21, quando terminou o último convênio dos 4 módulos, o leste. Os convênios dos módulos norte, sul e central finalizaram-se na primeira quinzena de julho.

A distritalização serviu como referência para a retomada e reorganização do Sistema Municipal de Saúde. A rede de serviços, antes de responsabilidade fragmentada entre o governo estadual e o municipal, precisou ser ampliada em quantidade e complexidade no território do município. A decisão de instalação dos distritos de saúde baseou-se na experiência anterior ocorrida no município de São Paulo entre 1989 e 1992, durante o governo de Luiza Erundina, do PT. Naquele momento, foram construídos 32 distritos de saúde contidos em 10 administrações regionais de saúde e desenvolvidas ações de desconcentração e descentralização.

Os distritos de saúde passaram a ser o ponto central do planejamento e gestão dos serviços de saúde, sob a influência integradora e normativa da coordenação central do sistema, nível em que se formulavam políticas municipais e definiam-se os serviços de apoio logístico e técnico-administrativo à execução dos serviços de saúde.

Além dos 41 distritos de saúde, foram criadas 5 autarquias hospitalares regionais⁶ com a finalidade de promover a modernização da gerência dos 15 hospitais municipais. Estas autarquias foram criadas para que os hospitais e pronto-socorros tivessem autonomia administrativa, requisito necessário em função das especificidades da dinâmica de produção de serviços destes locais. As cinco autarquias municipais, que começaram a funcionar em maio de 2002 eram: Centro, Tatuapé, Ermelino Matarazzo, Campo Limpo e Jabaquara.

Com a municipalização da atenção básica, a rede pública municipal recebeu 200 unidades estaduais municipalizadas e, com elas, 6.460 servidores, dos quais um terço eram celetistas e dois terços eram estatutários. O governo Marta iniciou a Secretaria Municipal de Saúde com 30.000 trabalhadores. Em 2003, esse número passou para 44.000, incluindo os trabalhadores que vieram com os postos de saúde do estado. Também foram

⁶ Instituídas pela lei municipal nº. 13.271, de 4 de janeiro de 2002.

municipalizadas as equipes estaduais do Programa Saúde da Família (PSF/Qualis). A municipalização dos serviços da atenção básica foi concluída em dezembro de 2002, e elevou para 467 o número de unidades básicas de serviços de saúde sob responsabilidade direta do município. Neste ponto, o processo de municipalização foi concluído, iniciando-se outro período: o desenvolvimento do SUS na cidade de São Paulo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os objetivos deste trabalho foram analisar a gestão municipal de saúde nos anos que antecederam o processo de municipalização e investigar os motivos pelos quais a cidade de São Paulo demorou tanto tempo para participar deste processo.

Em 1995, o prefeito de São Paulo, Paulo Maluf, criou o Plano de Assistência à Saúde (PAS). Nos dois anos anteriores de sua gestão, o prefeito havia dado pouca atenção à área social, principalmente à área da saúde, privilegiando o setor de obras. O PAS surgiu como oportunidade para mudar a imagem que o prefeito tinha perante a opinião pública e, principalmente, a seus eleitores.

A proposta do PAS surgiu a partir de uma parceria entre a Secretaria Municipal de Planejamento e a FIPE/USP. Os problemas encontrados no projeto da FIPE/USP foram o baixo grau de eficiência do setor da saúde, a baixa qualidade de atendimento e os altos custos dos serviços prestados. As soluções propostas para os problemas mencionados foram a regionalização do atendimento e a operação das unidades de saúde através de um modelo de gestão eficaz e contratada.

Este modelo foi estruturado com base na gestão compartilhada, que seria feita por meio de cooperativas de trabalho, em torno de um módulo regional, em que apenas a execução dos serviços seria terceirizada. Estas cooperativas executariam os serviços e para isso receberiam um valor *per capita* por usuário cadastrado.

O projeto previa que o PAS começasse primeiramente em uma região da cidade. Somente após a avaliação deste projeto-piloto é que o plano deveria ser estendido às outras regiões. Entretanto, o plano foi posto em prática rapidamente por toda a cidade, em função da lei eleitoral. O projeto-piloto (módulo Pirituba/Perus) iniciou em janeiro de 1996. Em julho do mesmo ano, o PAS já estava funcionando em toda cidade. A rapidez na implantação do plano não permitiu que fossem corrigidos seus defeitos.

Havia muitas diferenças entre o que foi proposto pelo projeto e o que foi posto em prática. Um exemplo é que o projeto previa incentivo às políticas de prevenção de doenças, mas pouca atenção foi dada neste quesito no plano. Os módulos valorizavam mais os atendimentos curativos do que os preventivos. Durante a implantação do plano foram feitas poucas campanhas de prevenção de doenças. O PAS atuava principalmente por meio de prontos-socorros, o que vai de encontro ao recomendado pela boa medicina, que prioriza a ação preventiva e o atendimento ambulatorial.

A mais grave divergência entre o projeto e o plano foi relacionada ao controle das cooperativas e dos módulos pelo poder público e pela sociedade. O projeto previa como mecanismos para medir a qualidade dos serviços: avaliação médica, feita por organização não governamental; avaliação permanente do usuário, realizada por pesquisa de satisfação; fiscalização e auditoria pela prefeitura; acompanhamento da comunidade. Durante a execução do PAS, nenhum mecanismo de controle foi efetivamente posto em prática. Além da falta de controle, as cooperativas não prestavam contas à prefeitura. A Secretaria Municipal de Saúde não fazia um controle específico sobre os preços praticados pelos módulos. As auditorias realizadas somente levavam em consideração o cumprimento das formalidades em relação às compras e a real necessidade dos produtos comprados.

Em razão da falta de controle, o PAS freqüentemente apresentava problemas de superfaturamento, existência de empresas fantasmas, terceirizações não necessárias e demanda reprimida.

Outro problema do PAS foi seu alto custo. No início do plano, o PAS custava cerca de R\$ 70 milhões mensais à prefeitura. Quando o PAS terminou, em 1999, a prefeitura tinha capacidade de pagar pouco mais da metade desse valor. Quando criou o plano, a prefeitura esperava poder contar com os recursos do SUS, mas por problemas jurídicos, entre eles o fato das cooperativas não serem credenciadas junto ao SUS, esses recursos não vieram. Soma-se a isso o fato da prefeitura ter que pagar o salário de mais de 15.000 funcionários que não aderiram ao plano e foram mal aproveitados em outras secretarias, continuando a ser remunerados. Todos esses fatores tornaram o PAS financeiramente inviável.

O PAS não exigia nem incentivava que as cooperativas se mantivessem atualizadas em termos de equipamentos. Ao contrário, como eram remuneradas por usuário potencial, sem a necessidade de demonstrar produção, o montante não-investido convertia-se em lucro para a cooperativa. Por este motivo as cooperativas não realizaram investimentos durante a vigência do plano.

Outra consequência da implantação do PAS foi a superlotação do Sistema Estadual de Saúde. Algumas cooperativas negavam-se atender casos mais complexos e graves. Isso era uma forma de aumentarem sua rentabilidade, pois este procedimento diminuía o custo de atendimento. Pelo projeto, haveria fiscalização da prefeitura para coibir estes casos, mas isso não ocorreu. Esta situação se agravou quando a prefeitura diminuiu o repasse de recursos às cooperativas.

Um aspecto positivo do plano foi ter elevado a remuneração dos profissionais da saúde. Antes do PAS, os salários dos médicos estavam muito defasados. Porém, no decorrer do plano os salários foram diminuídos. Entretanto, mesmo com a diminuição, os salários eram superiores aos do período anterior ao PAS.

A mudança no modelo gerencial do Sistema Municipal de Saúde, propondo a regionalização e a gestão compartilhada dos serviços, representou uma inovação dentro do espírito de reengenharia, aplicado à administração pública, tradicionalmente marcada pela ineficiência e pelo desperdício de recursos. Enquanto tal, a proposta da prefeitura mereceria a devida atenção. Ocorre, porém, que uma inovação desse porte não poderia ocorrer sem uma ampla consulta a todos os que por ela foram atingidos. É contraditório, por exemplo, imaginar que a formação das cooperativas de médicos pudesse ser imposta à categoria. Afinal, cooperativa é livre associação, e não reduto obrigatório de servidores.

Um aspecto muito questionado no plano foi que o PAS privatizou o sistema de saúde. As fontes consultadas indicam que o PAS não significou a privatização do sistema de saúde, uma vez que as contas continuaram a ser pagas com o dinheiro público. Não se pode chamar de privatizante um sistema em que; a) o financiamento continuou sendo público e, b) a formulação das políticas de saúde continuou sendo realizada pela Secretaria Municipal de Saúde. Soma-se a isso o fato dos módulos terem sido controlados, informalmente, por alguns vereadores, como comprovado pela CPI do PAS.

Os problemas apontados fizeram com que o PAS entrasse em crise e em agosto de 1999 foi implantado o Sistema Integrado Municipal de Saúde (SIMS). Este sistema, apesar de ter sido considerado novo, manteve a maioria das características do PAS, inclusive a falta de fiscalização. O SIMS manteve a autonomia para contratar sem concurso e comprar sem licitação.

Um ponto positivo com o fim do PAS foi o cancelamento dos contratos que as cooperativas tinham com as gerenciadoras, que apesar de fazer muito pouco, recebiam mais de R\$ 30 milhões por ano.

O SIMS foi uma tentativa de diminuir os custos na saúde e ao mesmo tempo voltar a receber as verbas do SUS. Porém, como o prefeito Celso Pitta estava enfraquecido politicamente, não foi capaz de acabar completamente com as cooperativas, devido à pressão de vereadores e empresários que se beneficiavam com a existência delas.

Ainda na gestão de Celso Pitta, em março de 2000, foi assinado um convênio de municipalização, mas pouca coisa foi feita nesse ano em razão da lei eleitoral. A municipalização foi retomada pela prefeita eleita, Marta Suplicy.

A saúde foi o setor mais complexo na transição de governo. Apesar de ter sido promessa de campanha acabar com o SIMS, a prefeita manteve o plano por mais seis meses, visando uma transição mais tranqüila. O maior problema existente na transição na área da saúde foi a falta de funcionários para trabalhar na nova estrutura de saúde, uma vez que os funcionários do antigo plano eram contratados, e não concursados.

A municipalização dos serviços de atenção básica de saúde foi concluída em dezembro de 2002, elevando para 467 o número de unidades básicas de saúde sob responsabilidade do município.

O PAS foi um plano que não deu certo, mas que deixou um aprendizado muito importante. Seja qual for o caminho escolhido pelos governantes para uma determinada política social, é necessário haver controle público muito rígido nos gastos e nas ações. No caso do PAS, além das grandes perdas financeiras, houve a perda de muitas vidas provocadas pela má gestão e pela falta de controle do plano pelo poder público.

APÊNDICE

CARACTERIZAÇÃO DOS MÓDULOS DO PAS

MÓDULO 1 – CENTRO

Criado pelo decreto nº. 35.810 – Diário Oficial do Município de 16/01/1996

População estimada para 1996: 1.048.823 habitantes

População Potencialmente Cadastrável: 450.000 (43% da população total do módulo)

Gerenciadora: Boucinhas e Campos

Leitos necessários: 1.800*

Leitos existentes: 320

Déficit de leitos: 1.480 (82%)

EQUIPAMENTOS:

Postos de Atendimento à Saúde (PAS): 7

Hospital-Dia de Saúde Mental (HDSM): 1

Centro de Convivência (CECCO): 2

Hospital (H): 2**

Pronto-Socorro (PS): 1

Clínica de Atendimento Odontológico: 1

* Leitos necessários para o atendimento da população, segundo recomendação da OMS (4 leitos por 1.000 habitantes).

** Hospital Municipal Infantil Menino Jesus (200 leitos)/Hospital de Clínicas Professor Zeferino Vaz (120) leitos.

MÓDULO 2 – BUTANTÃ/LAPA

Criado pelo decreto nº. 36.100 – Diário Oficial do Município de 23/05/1996

População estimada para 1996: 822.771 habitantes

População Potencialmente Cadastrável: 375.000 (45,02% da população total do módulo)

Gerenciadora: Planova

Leitos necessários: 1.500

Leitos existentes: 140

Déficit de leitos: 1.360 (91%)

EQUIPAMENTOS:

Postos de Assistência à Saúde (PAS): 11

Ambulatórios de Especialidades (AE): 2

Hospital-Dia de Saúde Mental (HDSM): 1

Centro de Convivência (CECCO): 2

Hospital (H): 2*

Pronto-Socorro (PS): 3

* Hospital Municipal e Maternidade Jardim Sarah (80 leitos)/Hospital Sorocabano (60 leitos arrendados).

MÓDULO 3 – SAÚDE/IPIRANGA/SAPOPEMBA

Criado pelo decreto nº. 36.056 – Diário Oficial do Município de 03/05/1996

(Área correspondente aos distritos administrativos de Aricanduva, Cursino, Ipiranga, Sacomã, São Lucas, Sapopemba, Saúde e Vila Prudente)

População estimada para 1996: 1.196.935 habitantes

População Potencialmente Cadastrável: 518.000 (43,27% da população total do módulo)

Gerenciadora: Júnior Associados

Leitos necessários: 2.072

Leitos existentes: 170

Déficit de leitos: 1.902 (92%)

EQUIPAMENTOS:

Postos de Atendimento à Saúde (PAS): 13

Ambulatórios de Especialidades (AE): 1

Hospital-Dia de Saúde Mental (HDSM): 2

Centro de Convivência (CECCO): 1

Hospital (H): 2*

Pronto-Socorro (PS): 1

Laboratório: 1

*Hospital Municipal Dr. Benedicto Montenegro (50 leitos)/ Hospital Dna. Rosa Alves da Silva (120 leitos arrendados).

MÓDULO 4 – MOOCA/VILA MATILDE

Criado pelo decreto nº. 36.057 – Diário Oficial do Município de 03/05/1996

População estimada para 1996: 781.703.000 habitantes

População Potencialmente Cadastrável: 352.000 (45,02% da população total do módulo)

Gerenciadora: Hidrobrasileira

Leitos necessários: 1.408

Leitos existentes: 160

Déficit de leitos: 1.248 (89%)

EQUIPAMENTOS:

Postos de Atendimento à Saúde (PAS): 10

Hospital-Dia de Saúde Mental (HDSM): 1

Centro de Convivência (CECCO): 1

Hospital (H): 2*

*Hospital Municipal Dr. Ignácio Proença de Gouveia (80 leitos)/Hospital Municipal Dr. Alexandre Zaio (80 leitos).

MÓDULO 5 – ITAQUERA/GUAIANAZES

Criado pelo decreto nº. 35.936 – Diário Oficial do Município de 26/03/1996

População estimada para 1996: 1.197.941 habitantes

População Potencialmente Cadastrável: 540.000 (45,97% da população total do módulo)

Gerenciadora: Cogito

Leitos necessários: 2.160

Leitos existentes: 220

Déficit de leitos: 1.940 (90%)

EQUIPAMENTOS:

Postos de Atendimento à Saúde (PAS): 30

Hospital-Dia de Saúde Mental (HDSM): 2

Centro de Convivência (CECCO): 1

Hospital (H): 1*

*Hospital Municipal Professor Waldomiro de Paula.

MÓDULO 6 – SÃO MIGUEL PAULISTA

Criado pelo decreto nº. 36.058 – Diário Oficial do Município de 03/05/1996

População estimada para 1996: 686.882 habitantes

População Potencialmente Cadastrável: 356.000 (51,82% da população total do módulo)

Gerenciadora: Medix

Leitos necessários: 1.424

Leitos existentes: 160

Déficit de leitos: 1.264 (89%)

EQUIPAMENTOS:

Postos de Atendimento à Saúde (PAS): 7

Ambulatórios de Especialidades (AE): 1

Hospital-Dia de Saúde Mental (HDSM): 1

Centro de Convivência (CECCO): 2

Hospital (H): 1*

Pronto-Socorro (PS): 2

*Hospital Municipal Tide Setúbal

MÓDULO 7 – SANTANA

Criado pelo decreto nº. 36.099 – Diário Oficial do Município de 23/05/1996

(Área correspondente aos distritos administrativos de Jaçanã, Mandaqui, Santana, Tremembé, Tucuruvi, Vila Guilherme, Vila Maria, Vila Medeiros)

População estimada para 1996: 905.874 habitantes

População Potencialmente Cadastrável: 408.000 (45,03% da população total do módulo)

Gerenciadora: Maubertec

Leitos necessários: 1.632

Leitos existentes: 50

Déficit de leitos: 1.582 (97%)

EQUIPAMENTOS:

Postos de Atendimento à Saúde (PAS): 11

Ambulatórios de Especialidades (AE): 1

Hospital-Dia de Saúde Mental (HDSM): 1

Hospital (H): 1*

Pronto-Socorro (PS): 3

*Hospital Municipal Duprat (arrendado).

MÓDULO 8 – PIRITUBA/PERUS

Criado pelo decreto nº. 35.736 – Diário Oficial do Município de 06/12/1995

(Área correspondente a ARS – 8)

População estimada para 1996: 402.106.000 habitantes

População Potencialmente Cadastrável: 375.000 (91% da população total do módulo)

Gerenciadora: Enger

Leitos necessários: 1.500

Leitos existentes: 100

Déficit de leitos: 1.400 (93%)

EQUIPAMENTOS:

Postos de Atendimento à Saúde (PAS): 3

Ambulatórios de Especialidades (AE): 2

Hospital-Dia de Saúde Mental (HDSM): 1

Centro de Convivência (CECCO): 1

Hospital (H): 1*

Pronto-Socorro (PS): 1

*Hospital Municipal Dr. José Soares Hungria.

MÓDULO 9 – SANTO AMARO

Criado pelo decreto nº. 36.146 – Diário Oficial do Município de 13/06/1996

(Área correspondente aos distritos administrativos de Campo Grande, Cidade Ademar, Cidade Dutra, Grajaú, Marsilac, Parelheiros, Pedreira, Socorro, Santo Amaro)

População estimada para 1996: 1.015.056 habitantes

População Potencialmente Cadastrável: 457.045 (45% da população total do módulo)

Gerenciadora: Logos

Leitos necessários: 1.828

Leitos existentes: 50

Déficit de leitos: 1.778 (97%)

EQUIPAMENTOS:

Postos de Atendimento à Saúde (PAS): 13

Ambulatórios de Especialidades (AE): 3

Hospital-Dia de Saúde Mental (HDSM): 1

Centro de Convivência (CECCO): 1

Hospital (H): 1*

Pronto-Socorro (PS): 3

Pronto Atendimento: 1

* Hospital da OSEC (arrendado).

MÓDULO 10 – CAMPO LIMPO

Criado pelo decreto nº. 36.037 – Diário Oficial do Município de 11/04/1996

(Área correspondente à ARS – 10)

População estimada para 1996: 831.901 habitantes

População Potencialmente Cadastrável: 525.000 (63,1% da população total do módulo)

Gerenciadora: Ductor

Leitos necessários: 2.100

Leitos existentes: 250

Déficit de leitos: 1.850 (88%)

EQUAMENTOS:

Postos de Atendimento à Saúde (PAS): 18

Hospital-Dia de Saúde Mental (HDSM): 1

Centro de CONVIVÊNCIA (CECCO): 2

Hospital (H): 1*

* Hospital Municipal Dr. Fernando Mauro Pires da Rocha.

MÓDULO 11 – BRASILÂNDIA/CACHOEIRINHA

Criado pelo decreto nº. 36.149 – Diário Oficial do Município de 13/06/1996

(Área correspondente aos distritos administrativos de Cachoeirinha, Casa Verde, Limão, Freguesia do Ó e Brasilândia)

População estimada para 1996: 679.709 habitantes

População Potencialmente Cadastrável: 305.870 (45% da população total do módulo)

Gerenciadora: Geribello

Leitos necessários: 1.223

Leitos existentes: 50

Déficit de leitos: 96%

EQUIPAMENTOS:

Postos de Atendimento à Saúde (PAS): 9

Ambulatórios de Especialidades (AE): 1

Centro de Convivência (CECCO): 1

Pronto-Socorro (PS): 1

Hospital-Referência: 1*

* Hospital San Vito (50 leitos arrendados).

MÓDULO 12 – JABAQUARA

Criado pelo decreto nº. 35.146 – Diário Oficial do Município de 13/06/1996

(Área correspondente ao Distrito Administrativo de Jabaquara)

População estimada para 1996: 218.523 habitantes

População Potencialmente Cadastrável: 98.335 (45% da população total do módulo)

Gerenciadora: Hidroconsult

Leitos necessários: 393

Leitos especializados existentes: 200

EQUIPAMENTOS:

Postos de Atendimento à Saúde (PAS): 1

Ambulatórios de Especialidades (AE): 1

Hospital-Dia de Saúde mental (HDSM): 1

Centro de Convivência (CECCO): 1

Hospital (H): 1*

* Hospital Municipal Dr. Arthur Ribeiro de Saboya.

MÓDULO 14 – ERMELINO MATARAZZO

Criado pelo decreto nº. 36.145 – Diário Oficial do Município de 13/06/1996

(Área correspondente aos distritos de Ermelino Matarazzo e Vila Jacuí)

População estimada para 1996: 214.930 habitantes

População Potencialmente Cadastrável: 96.719 (45% da população total do módulo)

Gerenciadora: Concremat

Leitos necessários: 387

Leitos especializados existentes: 180

EQUIPAMENTOS:

Postos de Atendimento à Saúde (PAS): 5

Hospital-Dia de Saúde Mental (HDSM): 1

Centro de Convivência (CECCO): 1

Hospital (H): 1*

* Hospital Municipal Dr. Alípio Correa Neto.

MÓDULO 15 – TATUAPÉ/PENHA

Criado pelo decreto nº. 36.147 – Diário Oficial do Município de 13/06/1996

(Área correspondente aos distritos de Tatuapé e Penha)

População estimada para 1996: 207.029 habitantes

População Potencialmente Cadastrável: 93.600 (45,21% da população total do módulo)

Gerenciadora: Multiservice

Leitos necessários: 374

Leitos especializados existentes: 250

EQUIPAMENTOS:

Postos de Atendimento à Saúde (PAS): 2

Hospital (H): 1*

* Hospital Municipal Dr. Cármino Caricchio

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AFONSO, R. B. A.; SILVA, P. B. B. (Org.). *Federação em perspectiva: ensaios selecionados*. São Paulo, FUNDAP, 1995.

ARAÚJO, H. E. Desigualdades, mudanças demográficas recentes e perfil epidemiológico como variáveis políticas de saúde. in: GIOVANNI, G. D.; NEGRI, B. (Org.). *Brasil: Radiografia da saúde*. Campinas, Unicamp.IE, 2001.

ARRETCHE, M.; RODRIGUES, V. (Org.). *Descentralização das políticas sociais no Estado de São Paulo*. São Paulo, FUNDAP, IPEA, 1998.

BARROS, M. E. D.; PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M. *Política de Saúde no Brasil: Diagnóstico e perspectivas*. Texto para Discussão, IPEA, n. 401, Brasília, 1996.

BATISTA JR., P. N. *A economia como ela é*. São Paulo, Boitempo Editorial, 2002.

BIASOTO, G.; PIOLA, S. F. Financiamento do SUS nos anos 90 in: GIOVANNI, G. D.; NEGRI, B. (Org.). *Brasil: Radiografia da saúde*. Campinas, Unicamp.IE, 2001.

BOVO, J. M. *Federalismo fiscal e descentralização de políticas públicas no Brasil*. Araraquara, Cultura acadêmica Editora, 2000.

BRASIL. Constituição da república federativa do Brasil de 5 de outubro de 1988. Disponível em: www.senado.gov.br/legislação. Acesso em: 05/10/05.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2.023 de 6 de novembro de 1996. NOB 01/96 Norma Operacional Básica do SUS. Diário Oficial da União, 6 nov. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 545 de 20 de maio de 1993. NOB 01/93 Norma Operacional Básica do SUS. Diário Oficial da União, 24 maio 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 95 de 26 de janeiro de 2001. Noas Norma Operacional da Assistência à Saúde. Diário Oficial da União, 29 jan. 2001.

CARVALHO, G. I.; SANTOS, L. *Comentários à Lei Orgânica da Saúde: Leis 8080/90 e 8142/90*. São Paulo, Editora Hucitec, 1995.

COHN, A.; ELIAS, P. E. *O público e o privado na saúde: O PAS em São Paulo*. São Paulo, Cortez Editora, 1999.

COHN, A.; ELIAS, P. E. Saúde no Brasil: Políticas e organizações de serviços. São Paulo, Cortez Editora, 2005.

COSTA, N. R. A descentralização do sistema público de saúde no Brasil. . in: GIOVANNI, G. D.; NEGRI, B. (Org.). Brasil: Radiografia da saúde. Campinas, Unicamp.IE, 2001.

DAIN, S. et al. Avaliação dos impactos de reforma tributária sobre o financiamento da saúde. in: GIOVANNI, G. D.; NEGRI, B. (Org.). Brasil: Radiografia da saúde. Campinas, Unicamp.IE, 2001.

FOLHA DA MANHÃ. Jornal Folha de São Paulo. São Paulo, 1995/1996/1997/1998/1999/2000/2001.

FOLHA DA MANHÃ. Jornal Folha da Tarde. São Paulo, 1995/1996/1997/1998/1999.

GRUPO ESTADO. Jornal O Estado de São Paulo. São Paulo, 1995/1996/1997/1998/1999/2000/2001.

HEIMANN, L. S. et al. O município e a saúde. São Paulo, Editora Hucitec, 1992.

KLEBA, M. E. Descentralização do sistema de saúde no Brasil. Chapecó, Editora Argos, 2005.

LAURELL, A. C. *Estado e políticas sociais no neoliberalismo*. São Paulo, Cortez, 2002.

LAZZARI, J. B. Fontes de financiamento do Sistema Único de Saúde. São Paulo, LTR, 2003.

MARQUES, R. M . Descentralização da política de saúde. In: ARRETCHE, M.; RODRIGUES, V. (Org.). Descentralização das políticas sociais no Estado de São Paulo. São Paulo, FUNDAP, IPEA, 1998.

MÉDICI, A. C. Perfil da saúde no Brasil. Texto Para Discussão, IPEA, n.472, Brasília, 1997.

MEDICI, A. C.; OLIVEIRA, F.E.B. Considerações sobre o sucateamento da rede pública e privada de saúde. Texto para discussão, IPEA, n.252, Rio de Janeiro, 1992.

MINAYO, M. C. S. (Org.). A saúde em estado de choque. Rio de Janeiro, Editora Fase, 1992.

OCKÉ-REIS, O.; RIBEIRO, J. A .C.; PIOLA, S. F. Financiamento das políticas sociais nos anos 1990: o caso do Ministério da saúde. Texto para Discussão, IPEA, n. 802, Brasília, 1991.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. Diário Oficial do Município. São Paulo, 1995/1996/1997/1998/1999/2000/2001.

_____. Balanço Financeiro da Cidade de São Paulo. São Paulo, 1995/1996/1997/1998/1999/2000/2001.

REZENDE, F. *Finanças públicas*. São Paulo, Atlas, 1993.

RIANI, F. *Economia do setor público*. São Paulo, Atlas, 2002.

RIBEIRO, J. M. Regulação e contratualização no setor saúde. in: GIOVANNI, G.D.; NEGRI, B. (Org.). *Brasil: Radiografia da saúde*. Campinas, Unicamp.IE, 2001.

SILVA, F. S. *Municipalização da saúde e poder local*. São Paulo, Editora Hucitec, 2004.

SOUSA, M. F.; MENDES, A. *Tempos radicais da saúde em São Paulo*. São Paulo, Editora Hucitec, 2003.

VIANNA, S. M.; PIOLA, S. F.; OCKÉ-REIS, O. Gratuidade em torno do SUS: controvérsia em torno do co-pagamento. Texto para discussão, IPEA, n.587, Brasília, 1998.