

POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE, INOVAÇÃO E O PLANO DE ATENDIMENTO À SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Tânia Margarete Mezzomo Keinert
Professora do Departamento de Administração Geral e
Recursos Humanos da EAESP/FGV e Coordenadora do
Núcleo de Políticas Públicas em Saúde, Instituto de Saúde,
Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.
E-mail: sesi@eu.ansp.br

RESUMO: O artigo analisa o Plano de Atendimento à Saúde do Município de São Paulo a partir dos princípios do Sistema Único de Saúde e dos conceitos de governos empreendedores.

ABSTRACT: The article analyses the Health Care Planning held by the community of São Paulo in comparison with the Health System Organization and the concept of entrepreneurial government.

PALAVRAS-CHAVE: Plano de Atendimento à Saúde, Sistema Único de Saúde, política de saúde, inovação, Município de São Paulo.

KEY WORDS: Health Care Planning, Health System Organization, health policy, innovation, São Paulo City.

O campo da Administração Pública vivencia, há algum tempo, um período de ebulição: novas demandas, recursos escassos, estruturas e processos organizacionais que não respondem satisfatoriamente à equação custo-benefício.

Neste contexto, novas formas jurídico-institucionais estão sendo testadas. Novos termos estão entrando em cena: parcerias, consórcios, organizações não-governamentais, organizações sociais. Os Estados nacionais passam a ser questionados em sua soberania pelo processo de globalização que traz consigo novas instâncias de poder de caráter supranacional e, ao mesmo tempo, atribui novas demandas às instâncias locais de poder — municípios em especial.¹ Ainda, as sucessivas crises que se abateram sobre o Estado na América Latina — especialmente as crises econômica e fiscal² — desafiaram as soluções tradicionais numa instigante busca de soluções inovadoras.

Mas o que é inovação? Com que critérios pode-se atribuir a uma idéia nova características inovadoras?

O conceito de inovação já foi trabalhado por vários autores, de perspectivas diferentes. Alguns enfatizam a inter-relação entre os sistemas técnico e social nos processos de inovação dado, que eles se influenciam mutuamente: mudanças na estrutura social, advindas da adoção de inovações administrativas, podem levar à adoção de inovações técnicas e vice-versa;³ outros, enfatizam os componentes comportamentais destacando aspectos ligados aos processos de aprendizagem;⁴ ou relacionados ao grau de autonomia e controle organizacionais;⁵ ou ligados, ainda, a determinados desenhos organizacionais;⁶ ou a diferentes estratégias corporativas.⁷

Simplificadamente, poderíamos assumir que inovação é a prática da idéia nova, julgada como positiva, benéfica.⁸

Dentre as abordagens da questão na gestão pública podemos citar as concepções de inovação social, ou seja, aquelas que criam um “conceito” novo que produz uma transformação grande ou tão grande quanto algumas inovações tecnológicas;⁹ as propostas de parcerias entre a própria administração pública com o setor privado ou não-governamental;¹⁰ as de governos empreendedores.¹¹

Utilizando os conceitos desenvolvidos pelo

último grupo citado, assume-se que inovação em saúde só é possível se ela acarretar:

- uma maior focalização no cliente-usuário;
- mudanças no modelo organizacional de prestação de serviços;
- aumento das possibilidades de controle social (ver figura 1).

Figura 1



Na área de saúde os processos de **municipalização** têm sido considerados os mais representativos de experiências inovadoras. Assim, a região de Penápolis — SP destacou-se por uma parceria público-público através de um consórcio de municípios; Ipatinga — MG, pela participação social na gestão pública através da incorporação de um conselho de representantes na estrutura organizacional da própria Secretaria Municipal da Saúde; Guarapuava — PR, pela inovação na área de controle e avaliação dos serviços contratados; Quixadá — CE, pela flexibilização da gestão dos recursos financeiros; Itanhandu — MG, por inovações na gestão dos recursos humanos; e Niterói — RJ, pela agilização da gestão e melhor coordenação dos serviços através da criação de uma fundação pública autônoma.¹²

No Município de São Paulo, a Prefeitura propõe implementar uma alternativa diferenciada denominada Plano de Atendimento à Saúde (PAS), que propõe a formação de cooperativas pelos profissionais de saúde para a prestação de serviços.¹³

Pretende-se, neste artigo analisar o PAS à luz dos indicadores apresentados anteriormente (figura 1) e de um referencial analítico constituído de dois pilares: o primeiro, os princípios do Sis-

1. Ver, do autor (em parceria com Claudete de Castro Silva), "Globalização, Estado Nacional e instâncias Locais de Poder na América Latina". Baías 1995 Conference, Washington.

2. Esta questão pode ser aprofundada em BRESSER PEREIRA, L. C. *A crise do Estado: ensaios sobre a economia brasileira*. São Paulo: Nobel, 1992.

3. DAMANPOUR, F. et al. The relationship between types of innovation and organizational performance. *Journal of Management Studies*, v. 26(6), 1989.

4. DÁVILA, C. e GOMEZ, Samper, H. Innovation interman and international business in Latin America. *The International Executive*, v. 36(6), pp. 745-747, 1994.

5. FELDMAN, S. P. The broken wheel: the inseparability of autonomy and control in innovation within organizations. *Journal of Management Studies*, v. 26(2), 1989.

6. MINTZBERG, H. *Mintzberg on management*. New York: The Free Press, 1989; MINTZBERG, H. AND QUINN, J.M. *The strategy process*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1991 (cap. 18).

7. PORTER, M. *The competitive advantage of nations*. New York: The Free Press, 1990.

8. MOTTA, P. R. *Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente*. Rio de Janeiro: Record, 1991.

9. DRUCKER, Peter. *Innovation and entrepreneurship: practice and principles*. New York: Harper & Row, 1985.

10. BORGONOV, Elio e MENEGUZZO, Marco. *L'impatto dell'Europa 1993 sulle amministrazioni locali: un studio comparativo*. Milão: AIM, 1993; ————. *La gestione strategica dei servizi pubblici locali: un nuovo ruolo per il comune*. Milão: AIM, 1993; CABRERO, Enrique M. e AURELLANO, David G. Massive urban renewal under emergency. *The International Executive*, v. 36(6), pp. 719-724, November/December, 1994.

11. DRAYTON, William e McDONALD, Shawn. *Leading public entrepreneurs*. Ashoka: Innovators for the Public, 1993.

12. A Revista *Espaço para a Saúde* tem se dedicado à divulgação destas experiências. Ver, por exemplo, no número de maio de 1994, "Municípios: uma resposta aos desafios".

13. O PAS passou a ser implantado a partir de janeiro deste ano no Município de São Paulo, em princípio em duas regiões. No momento da feitura deste artigo (jun/96), já estava sendo implantado em outras três regiões, incluindo a região central da cidade. Deve-se destacar que, em que pese ser bastante recente sua implantação, como proposta constitui-se em uma alternativa diferenciada de se pensar a municipalização da saúde, que deve ser levada em consideração.

tema Único de Saúde (SUS), vigentes no Brasil; e, o segundo, de alguns princípios das proposições de governos empreendedores (quadro 1).

O conteúdo analítico dado pelo SUS representa o padrão atual; já o conteúdo analítico dado pelas proposições de governos empreendedores representa uma possível intervenção inovadora. Com a análise efetuada pretende-se localizar a posição do PAS em relação a esses dois quadrantes.

Gostaríamos de salientar que, em que pese a subjetividade e o engajamento que toda a análise traz consigo, far-se-á uma tentativa de expurgar pré-julgamentos e valorações de caráter puramente ideológico. A tentativa é de privilegiar a perspectiva do usuário-cliente, razão única de qualquer proposta de inovação.

Assim, inicialmente será construído o referencial analítico; em seguida, descrito o PAS; e, por fim, procedida a análise.

REFERENCIAL ANALÍTICO

Como colocado anteriormente, o caso será analisado em função de dois indicadores: os princípios do SUS e algumas diretrizes das propostas de governos empreendedores.

O SUS representa o modelo vigente, que deve ser respeitado por qualquer proposta inovadora (que não se proponha a modificá-lo) dado que está expresso não apenas em lei, como também na própria Constituição do País.¹⁴ Além disso, é fruto de grande mobilização e debate com a população, logo seus princípios têm um valor cívico e democrático muito grande.¹⁵

As proposições de inovação, por sua vez, representam tentativas de aperfeiçoar os mecanismos de gestão pública com vistas a uma melhoria na qualidade dos serviços prestados.¹⁶

Cabe salientar, aqui, que não há contradição entre os dois modelos analíticos, ou seja, as proposições aqui apresentadas como inovadoras são perfeitamente implementáveis no modelo vigente sem prejudicar a sua essência.

Quadro 1

Indicadores	Modelo atual: SUS	Inovação no modelo: governos empreendedores
Foco no cliente-usuário	Universalidade	Competitividade
Modelo organizacional	Municipalização	Coordenação
Controle social	Órgãos Colegiados	Recursos alternativos

Os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS)

O Brasil experimentou grandes transformações na área de saúde nos últimos anos, transformações estas que se caracterizaram por uma grande mobilização popular e conseqüente aumento da participação neste setor, de caráter não somente reivindicatório, como também decisório e gerencial. Também se verificou uma maior participação dos profissionais da área, intensificando as demandas por treinamento e formação, aumentando sua importância estratégica. Dessa atuação, notadamente movimentos sociais e profissionais da saúde, surge, ainda, uma ampliação do conceito de saúde, que passa a englobar, não somente aspectos relativos ao processo saúde-doença, como também aqueles relativos à qualidade de vida, tais como, educação, habitação, saneamento básico.

Essas iniciativas consolidaram-se no projeto do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovado na Constituição Brasileira atualmente em vigor e regulamentado, posteriormente, pela Lei Orgânica da Saúde. Desta forma, a Saúde, no Brasil, passa a ser uma responsabilidade constitucionalmente assumida pelo Estado e um direito civil do cidadão.

O Sistema Único de Saúde conforma-se a partir de três princípios básicos: universalização da assistência, descentralização das ações e controle social, os quais serão descritos brevemente a seguir:

1. A universalização da assistência: O princípio da universalização da assistência à saúde estabelece livre acesso aos serviços por toda a população, rompendo com a lógica contributivista anterior, na qual apenas os setores da sociedade vinculados ao mercado de trabalho recebiam assistência.¹⁷ Isso representou, obviamente, um grande avanço, dadas as características socioeconômicas do país, ou seja, ampliaram-se enormemente as possibilidades de acesso aos

14. A Constituição Federal de 1988 resgatou as propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, e criou o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado posteriormente pelas Leis 8080 e 8142 de 1990, conhecidas como Leis Orgânicas da Saúde.

15. A questão da adequação de algumas propostas inovadoras aos princípios do SUS foi discutida em outro texto do autor (em parceria com Monique Borba Cerqueira), "A Inovação na Prestação dos Serviços Públicos de Saúde: Experiências de Municipalização", Anais da XXXI Assembleia Anual do CLADEA, Santiago, Chile, 1996.

16. Vários autores defendem, hoje, no Brasil, a necessidade de se analisar criticamente a Reforma Sanitária Brasileira e, mais especificamente, o SUS, com vistas a garantir seus propósitos originais. Amélia Cohn, por exemplo, coloca que houve "um discreto avanço, a partir dos critérios conquistados até 1988, na formulação de propostas e modelos técnicos de atenção à saúde. Verifica-se ainda o predomínio de formulações de reengenharia institucional, tais como competências de cada esfera de governo (ainda indefinidas e confusas), mecanismos de repasses de recursos de esfera nacional para as subnacionais, regulamentação de formas de gestão, etc. No entanto, é necessário que se ressalte — e aqui está o fator promissor — que a esse quadro se contrapõe uma multiplicidade altamente diversificada e rica de experiências locais na gestão da Saúde, nutriente fundamental para que se avance tanto na construção de um modelo de atenção à saúde como em forma de gestão dos sistemas locais de Saúde efetivamente democráticos e voltados para priorizar as reais necessidades de saúde da população. COHN, A. "Saúde e Cidadania". Suplemento de Saúde, *Diário Oficial do Estado de Pernambuco*, n. 10, jan./fev. 1996.

17. A universalização é garantida na Lei 8080/90: "Art. 2º. A Saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. §1º. O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário de ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação". Pode-se afirmar, então, que o avanço substancial ocorrido no SUS foi o reconhecimento de que a saúde é um direito fundamental do ser humano e não uma contraprestação de serviços devida pelo Poder Público ao contribuinte do sistema da seguridade social. Daí o acesso à assistência ser universal e igualitário, pois, como direito humano fundamental, não pode haver condicionantes para o seu exercício. Ver CARVALHO, G. I. de e SANTOS, L. *Sistema Único de Saúde: comentários à lei orgânica de saúde*. São Paulo: Hucitec, 1992. pp. 55 e 61.

serviços, especialmente para as camadas desvinculadas do mercado formal de trabalho.

No entanto, a universalidade proposta pelo sistema implicou em maiores investimentos por parte do Estado, o que, num contexto no qual ainda imperam estruturas pouco flexíveis e carência de recursos, por um lado; e um perfil epidemiológico no qual ainda morrem pessoas por doenças edêmicas, por outro; constituiu-se num grande desafio. Logo, aquilo que deveria tornar-se um direito exequível pela população adquiriu um caráter, muitas vezes, apenas *pro forma*. O atual estágio de desenvolvimento do SUS

pode ser caracterizado, por um lado, por uma radical transformação na concepção do sistema de saúde, por outro, e paradoxalmente, por lentas mudanças na sua organização e no aumento efetivo da qualidade dos serviços à população. Isso ocorre porque a demanda aumentou exponencialmente ou, ainda, devido à queda da qualidade ocasionada pela pressão da demanda e pela falta de investimentos.

2. A descentralização: O fortalecimento das instâncias locais de poder e, em especial, dos municípios, constituiu-se numa mudança importante operada pela Constituição de 1988. O novo texto constitucional fortaleceu os municípios à medida que prevê maior participação na divisão de recursos tributários, designa novas atribuições e competências e lhes delega maior poder decisório.

A descentralização, no caso da saúde, operou-se através da proposta de implantação do SUS, que objetivou devolver às instâncias locais de poder autonomia e capacidade de gestão, estratégia destinada a dinamizar e fortalecer os serviços de saúde através do processo de municipalização.

Essa proposição se, por um lado, é coerente com a conjuntura atual — caracterizada por um movimento de globalização e pelo enfraquecimento dos estados nacionais, bem como, paradoxalmente, por um processo de “localização” —, destinando (ou gerando) recursos e recursos alternativos ao nível local, por outro, traz consigo algumas dificuldades, como, por exemplo, a efetivação desse projeto em cidades de grande porte, dada a complexidade de sua rede assis-

tencial, de suas demandas e dos atores sociais envolvidos.

3. O controle social: Através da participação social institucionalizada constante na proposta do SUS, objetivou-se transparência na for-

mulação e execução das políticas públicas de saúde, bem como uma maior democratização de sua gestão. Foram criados uma série de mecanismos institucionalizados, como, por exemplo, os Conselhos de Saúde — órgãos consultivos, deliberativos e de caráter colegiado, compostos por representantes do governo, profissionais de saú-

de e usuários —, que atuam na formulação, controle e execução das políticas de saúde.¹⁸

A democratização das políticas de saúde traz consigo a possibilidade de organizar demandas sociais, podendo criar uma agenda de interesses coletivos capaz de satisfazer direitos de parcelas da população antes excluídas. Não obstante as vantagens políticas que a proximidade e a participação da população trazem consigo, alguns riscos também se colocam, como, por exemplo, o risco de práticas clientelistas e populistas.

GOVERNOS EMPREENDEDORES

Dentre as propostas que têm surgido, nos últimos tempos, propondo mudanças na gestão pública, nenhuma causou tanto impacto quanto a de “governos empreendedores”. Iremos trabalhar aqui com alguns pressupostos compartilhados por vários autores e, em especial, com a proposição de Osborne & Gaebler¹⁹ no livro *Reinventando o governo*.

Introdução de competitividade na gestão pública

A proposição visa tornar o serviço público mais eficiente através do incentivo à liberdade de escolha por parte dos usuários, por um lado, e, por outro, da vinculação das dotações orçamentárias aos níveis de desempenho.

A idéia consiste em introduzir mecanismos de mercado nos órgãos públicos de maneira que eles passem a precisar “brigar” pelos seus clientes, invertendo a lógica predominante em boa

O CAMPO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA VIVENCIA, HÁ ALGUM TEMPO, UM PERÍODO DE EBULIÇÃO: NOVAS DEMANDAS, RECURSOS ESCASSOS, ESTRUTURAS E PROCESSOS ORGANIZACIONAIS QUE NÃO RESPONDEM SATISFATORIAMENTE À EQUAÇÃO CUSTO-BENEFÍCIO.

18. Os organismos colegiados pertencentes ao SUS são, basicamente, de dois tipos: as Comissões Intergestores — instâncias de articulação, negociação e decisão dos gestores do SUS, nos diferentes níveis de governo — e as Instâncias de Participação Social — categoria na qual se incluem os Conselhos Nacional, Estadual e Municipal de Saúde. Ver MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual: *Avançando para a municipalização plena da saúde: o que cabe ao município*. 1995.

19. OSBORNE, D. e GAEBLER, T. *Reinventing government*. New York: Plume, 1992.

parte da administração pública. A prestação de um serviço de boa qualidade tornar-se-ia, assim, requisito essencial para manter os clientes e para receber mais recursos, uma vez que estes últimos estariam condicionados aos primeiros.

Poderiam ser estabelecidos dessa forma patamares de desempenho que, quando alcançados, justificariam o aumento dos recursos investidos naqueles órgãos. A idéia é vincular o aumento nos recursos orçamentários ao nível de satisfação da população atendida.

Ainda, propõe-se a separação dos “prestadores” e dos “compradores” de serviços públicos de saúde ou entre “oferta” e “procura”. Nessa ótica, o Estado — nos seus níveis federal, estadual e municipal —, que financia a saúde, seria considerado “comprador” de serviços públicos ou representante dos usuários (demanda), enquanto que a rede assistencial pública (ou privada conveniada) seria considerada “prestadora”, trabalhando do lado da “oferta”.²⁰ Tal iniciativa visa garantir o provimento e o financiamento dos serviços públicos mesmo não sendo os prestadores unicamente órgãos do Estado. Isso se traduz em competitividade à medida que um hospital do Estado, por exemplo, passa a competir com um filantrópico (não-estatal) por recursos públicos.²¹

Aumento da capacidade de coordenação

A perspectiva anterior pressupõe uma complexificação e um aumento do número de atores envolvidos com a prestação, o financiamento, a fiscalização e o controle dos serviços públicos de saúde. Tal constelação irá demandar um aumento na capacidade de coordenação por parte do poder público, não apenas para garantir a boa aplicação dos recursos como, também, para que as políticas públicas sejam formuladas pelo Estado de maneira pró-ativa e coordenada.

Ou seja, foge-se aqui da perspectiva público *versus* privado para pensar em um governo diferente, que realce seu poder de monitorar e regular o mercado através da política de saúde.

Mobilização de recursos alternativos

O trabalho voluntário ou a participação em conselhos que garantam uma co-gestão entre Estado e Sociedade é um recurso de difícil quantificação financeira. O que ocorre, quando se consegue mobilizar esses recursos, é que não apenas recursos públicos estão sendo

substituídos por recursos comunitários, como, também, se potencializa o rendimento daqueles investidos, uma vez que os cidadãos envolvidos em um processo de planejamento ou de controle tornarão o processo mais democrático e administrativamente mais eficiente.²²

O CASO ANALISADO

O Plano de Assistência à Saúde da Prefeitura Municipal de São Paulo delega a prestação dos serviços de saúde, anteriormente a cargo do poder público, a cooperativas de trabalho.

A cidade foi dividida em catorze módulos. Cada módulo conta com hospital, posto de saúde e pronto-socorro, sendo gerenciado por uma cooperativa-mãe formada por médicos (funcionários públicos municipais em licença não-remunerada). Na formação das cooperativas podem entrar médicos ou outros profissionais da saúde (ver quadro 2).

A administração pública municipal coloca os equipamentos públicos existentes (infra-estrutura física) à disposição das cooperativas.

Os usuários da região atendida por determinada cooperativa devem cadastrar-se junto à mesma, podendo fazê-lo somente na região onde residem, mediante apresentação de comprovante de residência. Assim, os usuários somente poderão utilizar os serviços prestados pelo módulo da região onde residem, exceto em casos de urgência.

A Prefeitura passa a remunerar as cooperativas com um valor fixo por usuário potencialmente cadastrado através de um cálculo estimativo na região coberta pela cooperativa, previsto em R\$ 10,96 por habitante cadastrado (ver quadro 3).

A ANÁLISE EFETUADA

De acordo com a proposição explicitada anteriormente (figura 1), analisaremos o PAS em função do foco no cliente-usuário, das mudanças no modelo organizacional e das possibilidades de maior controle social, entendidos através da perspectiva do sistema vigente (SUS) e de uma proposta inovadora — governos empreendedores (quadro 1).

Foco no cliente-usuário

Da perspectiva do modelo vigente, ou seja, do SUS, observa-se que o PAS respeita o princípio da universalidade no atendimento, ape-

20. Mudanças nesse sentido estão sendo implantadas, por exemplo, na Itália, país cujo modelo de atenção à saúde influenciou a Reforma Sanitária Brasileira que resultou na proposta do SUS. Ver, por exemplo, “Concorrenza e servizi sanitari”, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Roma, 1994.

21. Tramita, em nível federal, juntamente com a proposta de Reforma Administrativa, a proposta de criação das organizações sociais, organizações não-estatais que passariam a receber e aplicar recursos do orçamento público.


22. O trabalho de voluntariado tem-se estendido por todas as partes do Brasil, ligado à Igreja, movimentos sociais e organizações não-governamentais. O Trabalho da Pastoral da Criança, por exemplo, conseguiu reduzir em 40% o índice de mortalidade de crianças de até um ano, nas regiões onde atua (*Folha de São Paulo*, 09 de março de 1996, p. 10).

sar dos usuários somente disporem de atendimento nas regiões onde estão cadastrados e mediante a apresentação do seu registro como usuário daquela cooperativa. Entende-se aqui a exigência do cadastro do usuário como um instrumento de planejamento e controle do sistema, uma vez que todos os moradores terão a possibilidade de cadastrar-se.²³

Pela ótica do modelo de governos empreendedores, o PAS não introduz competitividade

na gestão da saúde, uma vez que os usuários não poderão optar por uma ou outra cooperativa para cadastrar-se (por exemplo, na que proporcione um melhor atendimento) sendo obrigados a fazê-lo naquela da região onde residem. Desta forma, as cooperativas não precisarão oferecer mais qualidade no atendimento aos usuários para obter recursos adicionais, não precisarão brigar pelos seus clientes e poderão, no limite, simplesmente recusar-se a pres-

Quadro 2

COMO FUNCIONA O PAS															
<p>A CIDADE FOI DIVIDIDA EM 14 MÓDULOS*</p> 															
<p>CADA MÓDULO TEM HOSPITAL, POSTO DE SAÚDE E PRONTO SOCORRO</p> <table border="0"> <tr> <td>1. Centro</td> <td>8. Perus/Pirituba</td> </tr> <tr> <td>2. Butantã</td> <td>9. Parelheiros</td> </tr> <tr> <td>3. Ipiranga/Sapopemba</td> <td>10. Campo Limpo</td> </tr> <tr> <td>4. Mooca/Vila Matilde</td> <td>11. Freguesia do Ó/Brasilândia</td> </tr> <tr> <td>5. Itaquera/Guaianazes</td> <td>12. Jabaquara</td> </tr> <tr> <td>6. São Miguel Paulista</td> <td>14. Ermelino Matarazzo</td> </tr> <tr> <td>7. Santana</td> <td>15. Tatuapé/Penha</td> </tr> </table> <p>* não existe o número 13; a prefeitura pulou esse número</p>		1. Centro	8. Perus/Pirituba	2. Butantã	9. Parelheiros	3. Ipiranga/Sapopemba	10. Campo Limpo	4. Mooca/Vila Matilde	11. Freguesia do Ó/Brasilândia	5. Itaquera/Guaianazes	12. Jabaquara	6. São Miguel Paulista	14. Ermelino Matarazzo	7. Santana	15. Tatuapé/Penha
1. Centro	8. Perus/Pirituba														
2. Butantã	9. Parelheiros														
3. Ipiranga/Sapopemba	10. Campo Limpo														
4. Mooca/Vila Matilde	11. Freguesia do Ó/Brasilândia														
5. Itaquera/Guaianazes	12. Jabaquara														
6. São Miguel Paulista	14. Ermelino Matarazzo														
7. Santana	15. Tatuapé/Penha														
<p>CADA MÓDULO É GERENCIADO POR UMA COOPERATIVA-MÃE FORMADA POR MÉDICOS DA PREFEITURA QUE ADERIRAM AO PAS</p>															
<p>COOPERPAS: COOPERATIVA-MÃE</p> <p>Participam: funcionários de nível superior (médicos, psicólogos, nutricionistas, enfermeiros), licenciados da prefeitura.</p> <p>Função: é a principal cooperativa do módulo. Administra a verba repassada pela prefeitura, contrata ou dispensa, faz compras.</p> <p>Exemplo: O módulo 4 é administrado pela Cooperpas 4, formada por 264 pessoas.</p>															
<p>COOPERMED</p> <p>Participam: funcionários de nível médio da prefeitura (auxiliar de enfermagem, auxiliar administrativo, segurança etc.).</p> <p>Função: é subordinada à Cooperpas.</p> <p>Exemplo: Coopermed do módulo 4 tem 253 funcionários.</p>	<p>COOPERPLUS</p> <p>Participam: médicos e pessoal de nível médio que não trabalhavam para a prefeitura. Também formam uma cooperativa.</p> <p>Função: preenchem as vagas de funcionários que não deriram ao PAS. Não tem poder de decisão.</p> <p>Exemplo: Cooperplus do módulo 4 tem 705 funcionários</p>														
<p>O ATENDIMENTO AOS PACIENTES NO MÓDULO</p> <p>O atendimento é gratuito para o paciente. Cada morador é orientado a usar os hospitais e postos de saúde da sua região.</p>															
<p>Fonte: DATAFOLHA</p>															

23. Quando da implantação dos primeiros módulos do PAS argumentava-se que a universalidade não estaria sendo garantida. Como colocado anteriormente, a regra jurídica refere-se à universalização como um direito dos cidadãos ao atendimento à saúde independentemente de qualquer contraprestação ou contribuição ao Estado, isto é, desvinculando o benefício à qualquer ônus para o usuário. A Constituição Federal, em seu artigo 197, define os serviços de saúde como de relevância pública, atribuindo ao poder público as funções de regulamentação, fiscalização e controle das ações e serviços, independentemente da execução direta.

tar ou prestar parcialmente o serviço ao usuário. Assim, o princípio da competitividade na administração pública, através da garantia de livre escolha por parte do cliente-usuário e da necessidade dos prestadores de serviços me-

lhorem seus índices de desempenho para garantirem mais recursos, fica prejudicado.

Cria-se uma situação de quase-monopólio, uma vez que os recursos são garantidos e o "mercado" (a população residente naquela região), cativo.

Quadro 3

O FLUXO DO DINHEIRO		
COMO É CALCULADO O REPASSE		
COMO É	EXEMPLO COM O MÓDULO 4	
1. A prefeitura estima a população do módulo	População = 781.703	
2. Estima a porcentagem dessa população que usa a rede municipal de saúde. Esse número é chamado de ppc (população potencialmente cadastrada)	Dos 781.703, 45% usariam a rede (ppc = 352 mil)	
3. A prefeitura repassa R\$ 10,96 por pessoa potencialmente cadastrada. A verba sai do orçamento da Saúde	352 mil x 10.96 = R\$ 3,8 milhões por mês	
4. A prefeitura repassa ainda dinheiro para a reforma de hospitais, compra de equipamentos, ampliação do número de leitos etc.	O Módulo 4 recebeu em julho R\$ 3,8 milhões de ppc + R\$ 371 mil para investimentos = total de R\$ 4,2 milhões	
ONDE A COOPERATIVA GASTA		
Gastos: pagamento dos cooperados, das cooperativas subcontradas, manutenção e compra de remédios	Salários: chamados de "remuneração", variam de acordo com as horas trabalhadas. Exemplos: (por 20h semanais) Médico R\$ 3.200 Assistente social R\$ 2.000 Dentista R\$ 2.500 Aux. de enfermagem R\$ 1.000 Escriturário R\$ 600	Sobra de caixa: é dividido entre os cooperados, como se fosse o lucro de uma empresa
COMO É FEITO O CONTROLE DOS GASTOS		
COMO É	EXEMPLO COM O MÓDULO 1	
Contabilidade: cada módulo contrata uma empresa responsável por processar todos os gastos da cooperativa	Uma empresa gerenciadora recebe 6% da verba repassada pela prefeitura por mês para fazer o trabalho	
Auditoria: cada módulo contrata uma empresa auditora independente que faz um relatório mensal, enviado à prefeitura	A auditoria recebe R\$ 10 mil por mês para dar um parecer mensal sobre como o dinheiro está sendo gasto	
Análise externa: A FIA (Fundação Instituto de Administração), da USP, foi contratada pela prefeitura para analisar a eficácia da gestão de todas as cooperativas		
Fonte: DATAFOLHA		

Para introduzir competitividade na Administração Pública o PAS deveria prever mecanismos de premiação e incentivo àquelas cooperativas que apresentassem melhores indicadores de atenção à saúde, entendidos num sentido amplo e, especialmente, preventivo. Da forma como foi proposto, o PAS, ao invés de determinado pela livre escolha dos usuários, o será pela preferência dos prestadores de serviços. E este não é um indicador de foco no cliente-cidadão, uma vez que ele não terá opção, mas, apenas, uma mudança no prestador dos serviços.

Por outro lado, o fato de os usuários de uma determinada região estarem vinculados, obrigatoriamente, a um determinado módulo regional do PAS forçaria uma elevação na qualidade dos serviços, uma vez que, caso os usuários não estivessem satisfeitos com o atendimento recebido, não teriam a opção de mudar de módulo, mas apenas a de exigir um melhor atendimento. Nesta perspectiva, caso outros módulos estejam prestando um atendimento de melhor qualidade, em tese, os usuários da região organizar-se-iam na busca de equidade.

Modelo organizacional

Considerando-se o princípio do SUS, que preconiza a descentralização, pode-se afirmar que o PAS satisfaz, à medida que envolve instâncias autônomas regionais na prestação dos serviços de saúde. Ainda, o Município tem participação no financiamento, gestão e controle do sistema, o que pode ser entendido como uma estratégia de municipalização.

A ressalva que pode ser feita diz respeito ao fato de que ocorre uma **concessão total** da prestação dos serviços de saúde, o que não contribui para que a administração municipal acumule *know-how* gerencial.

Em relação aos princípios do governo empreendedor os mecanismos de coordenação e controle foram pouco explicitados no PAS: não se sabe que metas a Prefeitura pretende alcançar com essa mudança, quais as prioridades, qual a política de saúde que se quer garantir com esse Plano, quais indicadores serão utilizados para medir o

aumento na qualidade de vida da população com o novo sistema. Ainda, os mecanismos de controle social — ou seja, por parte da sociedade — foram pouco explorados. Por fim, não está explícito quem será a “inteligência do sistema”, ou seja, para delegar a execução dos serviços faz-se necessária uma grande capacidade de coordenação e controle, inclusive para garantir políticas preventivas e de longo alcance.

Controle social

Por fim, em relação ao controle social, quando se considera a proposta do SUS, não se consegue identificar como os órgãos colegiados existentes participariam na gestão do PAS.

Decorre que o PAS não é participativo e, portanto, não mobiliza recursos alternativos nem garante o controle social.

A sociedade civil organizada já atingiu um alto grau de maturidade política e um bom nível de organização com vistas à atuação no setor de saúde, de maneira que, se o PAS incorporasse esses organismos em um debate amplo, o seu formato poderia ser totalmente diferente. Para exemplificar, a prestação dos serviços poderia ser delegada parcialmente a organizações não-governamentais já existentes e que já vêm atuando na área ou em serviços específicos, ao invés de ser delegada totalmente às organizações cooperativas, cuja gestão, no Brasil, goza de pouca tradição.

CONCLUSÃO

Pelo exposto, conclui-se que o PAS, embora teoricamente constitua em uma tentativa de inovação na Administração Pública, não satisfaz totalmente as exigências constitucionais e legais do modelo vigente — o SUS — de caráter mais estatizante, em especial, no tocante à questão do controle social: nem, tampouco, constrói uma perspectiva empreendedora baseada na competitividade e no aumento da capacidade de coordenação por parte da administração municipal. Rompe-se com o velho sem, no entanto, criar-se o novo. □

BIBLIOGRAFIA SUPLEMENTAR

DAFT, R. L. Bureaucratic vs. nonbureaucratic structure and the process of innovation and change. In: BACHARACH, S. B. (ed.). *Research in the sociology of organizations*. Greenwich, CT: JAI Press, 1982.

DOIG, I. W. e HARGROVE, E. C. *Leadership and innovation: entrepreneurs in government*. Baltimore, Md.: Johns

Hopkins University Press, 1990.

DRAZIN, R. Professionals and innovation: structural-functional vs. radical structural perspectives. *Journal of Management Studies*, v. 27(3), 1990.

GOMEZ, Henry, MALAVE, José e PINANGO, Ramon. A public-private model for health

service delivery. *The International Executive*, v. 36(6), pp. 689-699, (nov/dez 1994).

METCALFE, Les. Public administration: from imitation to innovation. International Institute of Administrative Sciences, Bruxelas, 1992.

PUTNAM, R. *Making democracy work*. S.I., Princeton University Press, 1993.