

TERAPIA OCUPACIONAL E POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NA CIDADE DE SÃO PAULO*

Adriana Leão, Ana Márcia C. Nori, Ana Paula S. Malfitano, Alexandra A.E. Oliveira
Graduandas do Curso de Terapia Ocupacional da UFSCar

Roseli Esquerdo Lopes
Professora Adjunta do Departamento de Terapia Ocupacional da UFSCar

Resumo:

Na gestão 1989 – 1992 da prefeitura de São Paulo iniciou-se a efetiva implantação do SUS, conforme prevê a Constituição de 1988. Foram criados serviços de atenção à saúde da pessoa portadora de deficiência, bem como à saúde da pessoa portadora de transtorno mental. Para tanto, ocorreu a contratação de vários profissionais da equipe interdisciplinar de saúde, dentre eles o terapeuta ocupacional, que foi incorporado de forma efetiva, naquela gestão, ao sistema público municipal de saúde. Na administração seguinte (1993 - 1996), entre 1993 e 1995, houve um sucateamento das verbas destinadas para o setor, comprometendo a implantação do SUS e demais iniciativas, na área, do governo anterior. Em 1996 foi implementado o Plano de Atendimento à Saúde – PAS, apresentado como uma nova proposta de assistência à saúde na cidade de São Paulo, que enfatizava o modelo de pronto-atendimento. Este sistema veio a restringir a assistência pública oferecida, resultando na retirada gradual dos profissionais de terapia ocupacional do serviço público municipal. Pretendemos, com este trabalho, demonstrar as afirmações acima, a partir de estudos documentais e de pesquisa, e, principalmente, sensibilizar profissionais e estudantes para o fato de que o ideário político vigente permeia as relações profissionais e sociais, relacionando-se diretamente, neste caso, com a redução de espaços de trabalho do terapeuta ocupacional e com a diminuição da oferta de assistência equitativa a toda a população, inclusive aos grupos populacionais que têm sido alvo tradicional das ações da terapia ocupacional.

Palavras-chave: políticas públicas, saúde, terapia ocupacional

* Trabalho apresentado no VI Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional de Águas de Lindóia, 1999

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A ATENÇÃO À SAÚDE DE TODOS

A Constituição de 1988 estabeleceu um reordenamento dos serviços e das ações de saúde. Foram incorporadas novas doutrinas que visam assegurar a todos, indiscriminadamente, serviços de saúde de forma equânime, adequada e progressiva. Para tanto, criou-se o Sistema Único de Saúde, o SUS. Suas diretrizes condicionam as ações e os serviços de saúde, sendo elas: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade através das instâncias colegiadas (Brasil, 1990).

Os princípios que regem o SUS, do ponto de vista doutrinário, englobam a universalidade, a equidade e a integralidade; do ponto de vista organizacional, a descentralização, o controle social, a regionalização, a hierarquização e a complementação do setor privado (Brasil, 1990). A partir daí, as ações e os serviços não se restringem mais à prestação de serviços médicos individuais de enfoque curativo, no modelo centrado na cura da doença e na hospitalização. Com base no ideário do Movimento pela Reforma Sanitária (Brasil, 1987), a atenção integral à saúde objetiva ações de promoção, proteção e recuperação da saúde de todos. Dessa forma são introduzidas, na saúde pública, medidas que possibilitam a prestação de serviços antes somente ofertados pelo setor privado, tanto filantrópico quanto comercial.

O fato de o Estado passar a ter o dever de se responsabilizar pela atenção integral à saúde de todos, e grife-se *todos*, os cidadãos brasileiros, cria a possibilidade da reivindicação de assistência por grupos populacionais antes não assistidos pelo serviço público, assim como a implantação de novas ações e novos serviços de saúde que possam acolher diferentes problemáticas. Assim, temos no Brasil, a partir de 1988,

fundamentalmente através de vários governos municipais comprometidos com o SUS, a busca da efetiva prestação de assistência pelos serviços tradicionais em saúde (hospitais, prontos-socorros, vários programas nas Unidades Básicas de Saúde, etc), bem como a implantação de novos equipamentos e ações, contratando-se para tal diferentes profissionais, para além do médico e do pessoal de enfermagem. São criados Centros e Unidades de Reabilitação, Núcleos de Atenção Psicossocial, Hospitais-Dia, Centros de Referência de Saúde do Trabalhador, Centros de Referência em AIDS, Centros de Referência de Saúde da Criança, Centros de Convivência e Cooperativas, equipes de saúde mental e de reabilitação nas Unidades Básicas de Saúde, dentre outros inúmeros nomes que receberam esses serviços em diferentes cidades.

A SAÚDE NA CIDADE DE SÃO PAULO

• A GESTÃO 89/92: O SUS

A Constituição de 1988 trouxe, como mencionado acima, na área da saúde, conquistas significativas, tanto no reconhecimento oficial desta como um direito universal de todos os cidadãos e um dever do Estado, como na definição teórica de um sistema – o SUS – de descentralização das gerências e ações na área, conferindo ao município a responsabilidade de decidir e agir neste campo, a partir de diretrizes estabelecidas pelas instâncias centrais. Esse repasse de responsabilidades exigiria a correspondente transferência de recursos orçamentários e financeiros necessários à implementação de ações de atenção à saúde, de saneamento, de fiscalização e controle dos serviços públicos e privados de saúde e de vigilância epidemiológica e sanitária.

O avanço conseguido no campo legislativo, com

a adoção dos princípios já referidos, consubstanciados na proposta de implantação do SUS, não garantiu e não garante, por si só e apesar do grau de importância de que se reveste, a concretização prática desses mesmos princípios. Isto quer dizer que, embora tenha se potencializado essa possibilidade a partir do campo jurídico-formal, sua existência concreta só pode ser viabilizada através de vontade política institucionalmente constituída (seja no executivo, seja no legislativo), isto é, eleita pelo conjunto de forças políticas partidárias do novo sistema, e da pressão e controle público permanentes.

Assim é que os governos do Partido dos Trabalhadores – e o de Luiza Erundina, na cidade de São Paulo, em particular, se preocuparam em propor políticas específicas visando a adoção efetiva do SUS, a partir dos municípios. Nesse sentido “o modo petista de governar” aponta os seguintes eixos para a área da saúde:

“Entendemos que este movimento nacional [em defesa da vida e da saúde] deverá articular-se em torno de quatro diretrizes:

. Implantação, em todo o território nacional, do Sistema Único de Saúde, garantindo, com qualidade, atendimento integral preventivo e de reabilitação a todos que dele quiserem fazer uso.

. Democratização e humanização da gestão do Sistema Único de Saúde através da participação popular e dos trabalhadores de saúde, em todos os níveis de planejamento, alocação de recursos financeiros e execução de serviços.

. Aumento efetivo do volume de recursos investidos em saúde. Deveríamos ter como meta (...) elevar para 8% do PIB os gastos com serviços de

saúde, o que implica assegurar para o SUS um volume de gasto federal de 4,5% do PIB, isto é, mais que o dobro do que foi dispendido anualmente no custeio e em investimentos na década de 80.

. Resgate do caráter público dos serviços de saúde. O setor público no Brasil sempre esteve a serviço dos interesses médico-empresariais privados. Todos os recursos destinados para investimentos deveriam ser utilizados para recuperar. Ampliar e manter os serviços públicos: rede de unidades, de hospitais, de centros de pesquisa e de formação no âmbito do SUS.” (Bittar, 1992, p. 147)

O mesmo texto refere-se à necessidade de definir-se política de recursos humanos compatível com essas metas – ao mesmo tempo que destaca a valorização do trabalho dos servidores (através do estabelecimento de política salarial, plano de cargos e carreira). Aponta também para a contratação dos profissionais requeridos para a implantação do SUS, bem como para o contínuo aperfeiçoamento desses trabalhadores da saúde, de forma a garantir-se que sua formação e reciclagem os capacite a atuar de acordo com os princípios do novo sistema.

No município de São Paulo, em particular, havia sido eleito, em 1988, um governo comprometido com as inovações políticas trazidas pelo SUS (Lopes, 1999). Este governo, fruto de uma coalisão de partidos de esquerda liderada pelo Partido dos Trabalhadores, na figura da prefeita Luiza Erundina defendia, na esfera pública, a busca da concretização efetiva dos princípios daquele sistema, com a universalização do acesso à saúde; e, no âmbito municipal, defendia o controle do espaço privado contratado com o SUS, a regulamentação da atenção médica supletiva e a submissão da iniciativa privada na saúde às regras do mercado, vetando, portanto, quaisquer subsídios diretos e indiretos (Lopes, 1999).

Na cidade de São Paulo, durante a gestão 89/92, buscou-se também incorporar à assistência municipal de saúde a pessoa portadora de transtorno mental e a pessoa portadora de deficiência, com a implantação de uma rede de serviços que realizassem novas ações de saúde¹.

Como exigido pelos preceitos constitucionais, a realização das ações de saúde deveriam corresponder às necessidades de todos os cidadãos e estas deveriam ser definidas tanto pela procura dos serviços, quanto pelos estudos epidemiológicos e sociais de cada região. Estes estudos demonstraram, através da análise da distribuição social da doença, que na cidade ocorria o que alguns pesquisadores denominaram *transição epidemiológica* (Cohn e Elias, 1996), ou seja, não bastavam ações de prevenção, faziam-se necessárias ações em todos os níveis de saúde, para atender à real demanda da população.

Assim, houve um relevante aumento da contratação de profissionais cujo trabalho se relacionava com a demanda populacional dos antigos e dos novos serviços.

A contratação de novos funcionários pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) representou um aumento de 100% no quadro geral. No que se refere, especificamente, aos profissionais da equipe de reabilitação, seu número subiu de setenta e cinco (75), em 1988, para quinhentos e quarenta (540), em 1992, ou seja, um acréscimo de 625%. Em relação aos terapeutas ocupacionais, o número de vagas a serem preenchidas saltou de 3 para 241 (Barros, Lopes e

¹ Na área de saúde mental foram criados os seguintes novos serviços: Emergências Psiquiátricas, Enfermarias de Saúde Mental em Hospitais Gerais, Equipes de Saúde Mental em Unidades Básicas de Saúde, Hospitais-Dia, Centros de Convivência e Cooperativas. Na área de saúde da pessoa portadora de deficiência: Unidades de Reabilitação em Hospitais Gerais e Equipes de Reabilitação em Unidades Básicas de Saúde.

Oliver, 1995). A estes funcionários foi oferecido um plano de carreira, cargos e salários, programas de reciclagem; sua admissão era feita via concurso público (SMS, 1989).

A possibilidade de tratamentos alternativos aos convencionais e a progressiva resolubilidade desses serviços fez com que a população usuária passasse a conhecer novas formas de lidar com diversos problemas, como os advindos das crises na saúde mental, ou das necessidades de tratamento e recuperação da saúde de pessoas acometidas por deficiências e, a partir daí, a reivindicar, demandar e exigir os novos serviços, incorporando-os, assim como aos profissionais por eles responsáveis, ao rol de suas necessidades básicas (Lopes, 1999).

Essa nova demanda possibilitou a efetiva valorização de vários profissionais dentro do sistema público de saúde, dentre eles os terapeutas ocupacionais.

• A GESTÃO 93/96: DO SUCATEAMENTO AO PAS

Nos três anos iniciais da nova gestão o repasse orçamentário municipal para a Secretária de Saúde sofreu drásticos cortes.

A gestão 93/96 foi, portanto, marcada pelo sucateamento dos recursos materiais e humanos na área de saúde, o que só mudou em 1996, quando foi implantada, após uma série de entraves políticos e jurídicos, uma proposta que se contrapunha frontalmente ao trabalho que vinha sendo feito pela gestão anterior (Lopes, 1999).

Inicialmente, o governo municipal revogou as leis que previam a descentralização administrativa da Secretária de Saúde, passando a não participar ou apoiar as atividades dos Conselhos Populares – uma forma de pressão que visava desarticulá-los (Cohn e Elias, 1997).

Na área dos recursos humanos, houve uma suspensão dos planos de carreira, cargos e salários e, além disso, um rebaixamento dos salários reais percebidos, pela via da não concessão de reajustes. O sistema público perdeu, uma vez implantadas essas medidas, o caráter de posto de trabalho competitivo e atraente; e a Prefeitura, em consequência, passou a “perder” igualmente muitos profissionais.

Ainda assim a permanência de técnicos foi relativamente alta e essa permanência deveu-se à forte identificação dos mesmos com a proposta apresentada na gestão anterior (Lopes, 1999). Esses profissionais buscavam manter os novos serviços e ações, bem como, no caso dos profissionais das equipes e serviços de saúde mental e de reabilitação, a continuidade da inserção das populações portadoras de deficiência e transtorno mental no sistema público de atendimento.

No início de 1993, a nova gestão declarou que manteria todos os principais programas de governo 89/92 (Lopes, 1999). O que se constatou, porém, foi um fenômeno de histerese, isto é, houve uma mudança na direção das políticas adotadas pelo novo governo, mas não com impacto instantâneo, e sim ao longo do tempo. Foi só em 1994 que se concretizaram de fato as proposições da nova gestão.

Ocorreu, portanto, um processo de desmonte do SUS. Adotou-se uma abordagem de cunho empresarial, que privilegiou aspectos de uma suposta racionalização do serviço público, mas que, ao mesmo tempo, relegou ao mero formalismo aparente as interações participativas da população. Dentro dessa nova abordagem também não foi dada ênfase ao trabalho em equipe, à integração entre recursos humanos ou à construção de espaços de debate e reflexão.

Apesar desses fatos, contudo, os equipamentos

implantados durante a gestão 89/92, tanto os relativos à luta antimanicomial como os necessários à atenção da saúde da pessoa portadora de deficiência, continuavam funcionando, apesar de inúmeras dificuldades, até o último ano da gestão do Prefeito Paulo Maluf.

A partir de março de 1996, entretanto, com o processo de viabilização da implantação do Plano de Atendimento à Saúde - PAS, o atendimento experimentou uma grande desestruturação, dada a não adesão da maioria dos técnicos da Secretaria Municipal de Saúde ao sistema proposto, acrescida da constante possibilidade de que fossem transferidos para outros serviços ou outras Secretarias.

O PAS foi apresentado como sendo uma proposta de organização dos serviços municipais de saúde – uma alternativa capaz de superar as “crônicas deficiências de atendimento no setor público de saúde” (SMS, 1995). Concretamente, o PAS era um modelo de convênio de cooperativas que objetivava, segundo documentos oficiais (SMS, 1995), o desenvolvimento de serviços de saúde e de medicina social firmados entre a Prefeitura do Município de São Paulo e a Cooperativa de Desenvolvimento da Comunidade. Esta união visava proporcionar serviços de natureza preventiva e de assistência médica, ambulatorial e hospitalar à população, considerando-se, para o atendimento, a divisão do município em diferentes áreas de residência. Cada área abrangida pelo plano seria servida por, no mínimo, uma unidade de pronto-socorro e pelos postos de assistência à saúde (ex-Unidades Básicas de Saúde), além de outros serviços como os Centros de Convivência e os Hospitais-Dia. A composição desses serviços por região era denominada Unidade Modular. Cada Unidade Modular era administrada por uma cooperativa de trabalho, formada por profissionais da saúde. A cooperativa era responsável pelos recursos

humanos, compras e pagamentos e a Prefeitura cedia os recursos materiais. Os recursos financeiros advinham do FUMDES - Fundo Municipal de Saúde, que era repassado para as cooperativas através da Prefeitura. O valor da verba repassada a cada área era dado pelo cálculo do produto da população nela cadastrada pelo montante mensal de R\$ 10,00 por morador.

Vale ressaltar que o PAS teve um processo de implantação conturbado e polêmico. Em abril de 1995, foi instituído através de Decreto na Secretária Municipal de Saúde, numa tentativa frustrada de implementação, pois houve contestação, nas instâncias jurídicas e políticas, por diversas entidades de profissionais da saúde e por vereadores e partidos de oposição, na Câmara Municipal. O Judiciário, acatou, inicialmente, essas contestações. Contudo, o PAS foi aprovado e sancionado na forma de Projeto de Lei, em setembro de 1995.

As críticas ao PAS prosseguiram após sua implantação e tinham como ponto fundamental o fato de ser um serviço de pronto-atendimento, com controle empresarial de uma cooperativa. Dentro desse sistema perdia-se o princípio de atenção integral à saúde e trabalhava-se com o conceito de saúde enquanto ausência de doença. Nesse sentido, um serviço de pronto-atendimento mostrava-se aparente e temporariamente eficaz na resolução dos problemas da população, sendo que os casos graves – por exemplo os portadores de HIV e câncer – eram encaminhados ao que restava do SUS na cidade. Além disso, houve a eliminação de tratamentos preventivos e desativou-se parcialmente o Programa de Saúde Mental.

Nesse novo contexto, entre outros exemplos, uma equipe multiprofissional de reabilitação era supérflua e desnecessária, visto que sua população alvo não era

mais assistida pelo serviço público municipal. Dessa forma, ocorreu a quebra do mecanismo de implantação da política de saúde prescrita pela Constituição brasileira.

Muitos profissionais da saúde, e dentre eles especificamente aqueles da área de reabilitação e saúde mental, ao compreenderem que a nova proposta política de serviço público de saúde confrontava com as ações que vinham desenvolvendo, não aderiram, em sua maioria, ao PAS, apesar da atraente melhoria dos salários que foi, inicialmente, oferecida. Esses técnicos foram transferidos, de forma impositiva e sem critérios transparentes, para outros locais de serviço da Prefeitura, como Secretárias de Esportes, de Educação, da Família e Bem-estar Social, entre outros.

Em suma, o sucateamento promovido pela gestão 93/96 nas áreas sociais, como um todo, trouxe profundos reflexos e impossibilidades, sem que, contudo, tivessem chegado a ser extintos ou fechados os serviços oferecidos (Lopes, 1999).

• GESTÃO 97/2000: A FALÊNCIA DO PAS E A CRIAÇÃO DO SIMS

O atual secretário municipal da saúde, Jorge Pagura, declarou à imprensa o fim do PAS (FSP, 1999). Justificou a falência do plano em função de seu alto custo, custo este provido unicamente por recursos do orçamento municipal, e também pela falta de um rígido controle, por parte da Prefeitura, das entidades privadas de cada um dos módulos, em relação à utilização do dinheiro público. Informou, então, a criação do SIMS - Sistema Integrado Municipal de Saúde - o qual, diz ele, será administrado diretamente pela prefeitura, mantendo-se o modelo cooperado, porém mais enxuto e agilizado. Em outras palavras, esta proposta prevê o retorno, embora parcial e por outras vias, ao processo, iniciado em 1989,

de municipalização da saúde na cidade, buscando-se reintegrar parte da assistência municipal à saúde ao SUS.

Segundo o ex-secretário municipal da saúde (90-92) e atual vereador Carlos Neder, que vem acompanhando, na Câmara Municipal, juntamente com o Movimento Popular de Saúde, outros vereadores e setores ligados aos profissionais e servidores da saúde (sindicatos, associações e conselhos profissionais), a questão do PAS e da assistência à saúde na cidade, o novo sistema proposto não representa, efetivamente, o fim do PAS. Assiste-se, diz ele, a uma estratégia de retirada do seu slogan e marca política, passando-se a apresentar o SIMS como um sistema híbrido entre o PAS e o SUS, pois mantém quatro das quatorze cooperativas existentes no mesmo esquema de gerenciamento da saúde. Trata-se de uma tentativa de fazer com que São Paulo volte a ter condições de receber verba proveniente do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado da Saúde. A cidade, desde de que o PAS foi implantado, já deixou de receber cerca de R\$ 800 milhões, em função desse sistema não atender às exigências do SUS (Neder, 1999).

O SIMS conta aparentemente com o apoio do governo estadual para sua implantação e, assim, espera-se o repasse das verbas do SUS, controladas pela Secretaria de Estado da Saúde.

Os recursos humanos para o SIMS foram chamados pela Prefeitura, através da publicação de uma listagem inicial de 09 UBSs e, posteriormente, de mais 39 UBSs. A SMS declarou que, até o próximo ano, contará com as 142 UBSs sob gerência direta da Prefeitura. Edital publicado em diário oficial (04/09/99), abre vagas, naquelas UBSs, para funcionários do PAS, funcionários da SMS lotados em outras secretarias - em função da não adesão ao PAS - e

funcionários que serão encaminhados "ex-ofício".

Observa-se, entretanto, que profissionais da área de reabilitação, como fisioterapeutas, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais, não se encontram nesta chamada. Surgem, a partir daí, diversas perguntas. Por que estes profissionais não foram incluídos? Que tipo de assistência a UBS, sob este novo sistema, oferecerá? Entende-se que, desta forma, as UBSs não exercerão sua função de "porta de entrada ao sistema público de saúde". Elas serão, aparentemente, apenas um local de produção de pronto-atendimento.

Com relação à volta dos funcionários comissionados em outras secretarias, criou-se uma polêmica: aderir ou não ao SIMS? O ex-secretário de saúde, Carlos Neder, defende o retorno daqueles profissionais, com o intuito de buscar a reconstrução do SUS na cidade. Segundo ele "*apenas através da volta, para a SMS, de recursos humanos identificados com uma assistência pública integral, universal, resolutiva, descentralizada e com controle social, a reconstrução do setor público de saúde na cidade de São Paulo far-se-á possível*" (Neder, 1999).

Alguns profissionais, entretanto, não vêem a perspectiva desta reconstrução e pretendem continuar inúmeros e variados trabalhos em andamento fora da SMS (Neder, 1999).

Consideramos que a reinserção dos profissionais no sistema público de saúde, a participação nas Conferências Municipais de Saúde e a busca da efetivação de trabalhos a partir da SMS, possibilitaria um início de reconstrução do SUS em São Paulo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na análise destes dois sistemas de saúde com proposições diferenciadas (SUS e PAS), verificam-se

conceitos divergentes no que se refere ao que seja atenção à saúde de todos. Decorrem daí proposições diferenciadas quanto à inserção dos profissionais de saúde e de suas ações, dentre eles o terapeuta ocupacional.

Num sistema em que se prevê o atendimento de *toda* população, como preconiza a Constituição de 1988, a inserção do terapeuta ocupacional torna-se necessária devido à demanda a ser atendida, que se amplia em direção às pessoas portadoras de deficiência e às pessoas portadoras de transtorno mental. Já num sistema em que se prioriza o pronto-atendimento, alguns profissionais, dentre eles o terapeuta ocupacional, tornam-se secundários, pouco relevantes para a assistência à saúde que se pretende oferecer à população em geral.

Estabelece-se assim, uma relação direta entre o ideário político vigente, o mercado de trabalho para o

terapeuta ocupacional e o acesso de todos cidadãos a serviços públicos de saúde, e, dentre estes, aqueles nos quais os terapeutas ocupacionais podem trazer contribuições específicas importantes.

Finalizamos ressaltando que é necessário o resgate da integralidade e da universalidade do atendimento público municipal de saúde. Entendemos que programas como o de saúde mental e o de saúde da pessoa portadora de deficiência são parte da atenção à saúde de todos os cidadãos brasileiros e que esta deve ser financiada por todos nós, através dos impostos já pagos ao Estado. A partir desta vertente, a inserção do terapeuta ocupacional torna-se uma consequência da incorporação de toda a população no sistema de atendimento, incluídos os grupos populacionais comumente alijados do exercício de seus direitos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARROS, D. D., LOPES, R. E., OLIVER, F. C. **Novas propostas assistenciais em São Paulo: estudo da incorporação da terapia ocupacional no contexto das ações de saúde mental e saúde da pessoa portadora de deficiência física, mental e/ou sensorial, no município de São Paulo.** São Paulo : USP/UFSCar/CNPq, 1995. 89p. (Relatório de pesquisa)
- BITTAR, J. **O modo petista de governar.** São Paulo: Ed. Teoria e Debate. Cadernos Polêmicos. 1992. 324p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília : Centro de Documentação do Ministério da Saúde. 1987. 430p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS: doutrinas e princípios.** Brasília: Imprensa Oficial, 1990.
- COHN, A., ELIAS, P. E. (Coord.) **O processo de implantação do PAS: universalidade ou seletividade no acesso à saúde?** São Paulo : CEDEC, 1997. 249p. (Relatório de pesquisa)

- COHN, A., ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil: Política e organizações dos serviços**. São Paulo : Ed. Cortez/CEDEC, 1996. 117p.
- DIÁRIO OFICIAL DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. 04 set. 1999. p.2-3.
- FOLHA DE SÃO PAULO. 24 ago. 1999. Caderno Brasil, p.3
- LOPES, R. E. **Cidadania, políticas públicas e terapia ocupacional no contexto das ações de saúde mental e saúde da pessoa portadora de deficiência, no Município de São Paulo**. Campinas, 1999. 539p. Tese (Doutorado) – Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas.
- NEDER, C. Comunicação pessoal. São Paulo, 10/09/99.
- SÃO PAULO (Município). Secretaria da Saúde. **PAS – Plano de atendimento à saúde: um novo modelo de gestão para os serviços públicos de saúde no Município de São Paulo**. Resumo Executivo. São Paulo, 1995. 14p.
- SÃO PAULO (Município). Secretaria da Saúde. **Plano municipal de saúde**. São Paulo, 1989. 38p.

ABSTRACT:

The working principles and main definitions of the Brazilian National Health System (*SUS – Sistema Único de Saúde*) were laid down by the 1988 Brazilian Constitution. The process of their effective adoption was initiated, in the city of São Paulo, during the administration period 1989/92. Health attendance services for the disabled and for the mentally disturbed people were created. The staff of civil municipal servants in the health area was considerably increased, in order to provide the required multidisciplinary teams. Among the newly contracted professionals was the occupational therapist, which was to play an all-important role in this scenario. The following administration (1993/96), however, dramatically reduced, between 1993 and 1995, the amount of public funds to be allocated to health, jeopardising the continuity of the implantation of *SUS* and also severely impairing health attendance services. In 1996 it was established the '*Plano de Atendimento à Saúde*' (*PAS*), which was presented as an approach of health assistance emphasising the ready-attendance. This system restricted the previously offered public attendance, leading towards a gradative decrease in the number of occupational therapists in the municipal public service. The aim of this study is to demonstrate these facts from documental data and to show to professionals and students that inpowered political ideas impregnate both professional and social relations. In our case, there is a close link between the change in political orientation of São Paulo's administration, the reduction of working places for occupational therapists and the decreasing of health attendance services.

Key words: public politics, health, and occupational therapy