

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE ECONOMIA
MONOGRAFIA DE BACHARELADO

**A POLÍTICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DO RIO DE
JANEIRO DURANTE O PERÍODO 2009 A 2017**

PEDRO AGUIAR DA SILVA SIMÕES

Matrícula nº: 109023640

ORIENTADOR(A): DENISE LOBATO GENTIL

OUTUBRO DE 2018

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Instituto de Economia

Monografia de Bacharelado

**A POLÍTICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DO RIO DE
JANEIRO DURANTE O PERÍODO 2009 A 2017**

PEDRO AGUIAR DA SILVA SIMÕES

Matrícula nº: 109023640

ORIENTADOR(A): DENISE LOBATO GENTIL

OUTUBRO DE 2018

As opiniões expressas neste trabalho são da exclusiva responsabilidade do autor

Dedico este trabalho aos meus pais, Marcus Vinicius e Christinne pelos anos de dedicação durante minha criação.

Dedico também a meus irmãos Bernardo e Taís, as pessoas mais próximas em minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a minha família que com amor me apoia em todos aspectos de minha vida.

Gostaria de agradecer também a todos colegas de curso e de estágio ao longo dos anos.

Agradeço também a minha orientadora Prof. Denise Lobato, que aceitou o desafio de orientar minha monografia mesmo com as dificuldades de tempo e também demais membros da banca pela presteza.

RESUMO

O presente estudo traz uma análise da política de saúde do município do Rio de Janeiro a partir da perspectiva do orçamento e indicadores disponibilizados pelos diversos sistemas de informação do SUS. O período abrangido começa em 2009, ano da promulgação da Lei 5026 de 19 de Maio de 2009, a Lei das Organizações Sociais de Saúde, e se estende até o ano de 2017, o último ano com dados disponíveis completos.

Os dados orçamentários e os indicadores de saúde apresentam um quadro de resultados ambíguos. Enquanto houve acréscimos no aporte de recursos para a saúde e um correto reordenamento das portas de entrada do SUS, onde o atendimento básico é priorizado, o modelo onde Organizações Sociais assumem protagonismo apresenta sinais preocupantes.

A prática, corroborada pelos frequentes casos corrupção, tem demonstrado o risco de fraudes sistêmicas e perdas para o erário público, aliado a resultados longe dos almejados. O que se ganha em eficiência dos gastos em termos de procedimentos mais baratos, tem sido compensado pela aumento expressivo do volume de procedimentos não justificados.

SÍMBOLOS, ABREVIATURAS, SIGLAS E CONVENÇÕES

ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
CAD	Coordenadoria de Auditoria e Desenvolvimento
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CER	Centro de Emergência Regional
CF	Constituição Federal
CGM	Controladoria Geral do Município
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
DATASUS	Departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil
DF	Distrito Federal
FIRJAN	Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro
FMS	Fundo Municipal de Saúde
FPE	Fundo de Participação dos Estados e do Distrito Federal
FPM	Fundo de Participação dos Municípios
IABAS	Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde
IFDM	Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica de Previdência Social
INAPS	Instituto Nacional de Administração Previdenciária
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPCA	Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
LC	Lei Complementar
LO	Lei Ordinária
LOA	Lei Orçamentária Anual
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
OS(S)	Organização Social (de Saúde)
PADI	Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso

PCRJ	Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro
PE	Plano Estratégico
PPA	Plano Plurianual
PSP	Programa Saúde Presente
RAG	Relatório Anual de Gestão
RMM	Razão da Mortalidade Materna
RMI	Razão da Mortalidade Infantil
SIM	Sistema de Informação Sobre Mortalidade
SINASC	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SIAB	Sistema de Informação a Atenção Básica
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SF	Saúde da Família
SMSDC	Secretaria Municipal de Saude de Defesa Civil
SMS-RJ	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
STN	Secretaria do Tesouro Nacional
SUBPAV	Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde
SUS	Sistema Unico de Saude
TCMRJ	Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE TABELAS, GRÁFICOS E ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 - Rio de Janeiro: Comparação Despesa Prevista x Liquidada.....	24
Tabela 2 - Rio de Janeiro: Gasto com Saúde por Subfunção.....	27
Tabela 3 - Rio de Janeiro: Comparação dos Gastos com OSS X Função Saúde.....	31
Tabela 4 - Cálculo elaborado pela PCRJ para apuração do mínimo constitucional.....	32
Tabela 5 - Variação do Número e Valor dos Procedimentos por Tipo de Estabelecimento.....	35
Tabela 6 - Rio de Janeiro: Número de Encaminhamentos por Tipo de Atendimento.....	36
Tabela 7 - Rio de Janeiro: Número de Solicitações Médicas de Exames por Especialidade...36	
Tabela 8 - Rio de Janeiro: Número de Solicitações Médicas de Exames e Procedimentos Ambulatoriais por Consultas Médicas.....	37
Tabela 9 - Rio de Janeiro: Número de Equipes de Saúde da Família.....	39
Tabela 10 - Número de atendimentos do Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso.....	41
Tabela 11 - Rio de Janeiro: Número de UPAs Existentes ao Final de Cada Ano.....	42
Tabela 12 - Rio de Janeiro: Resumo das Metas e Resultados dos PE.....	42
Tabela 13 - IFDM-Saúde e Posição Relativa do Município do Rio de Janeiro.....	46
Gráfico 1 - Rio de Janeiro: Comparação Entre Gastos da Função Saúde e Despesa Total da Prefeitura.....	25
Gráfico 2 - Rio de Janeiro: Variação Percentual do Valor Real dos Gastos da Função Saúde	26
Gráfico 3 - Rio de Janeiro: Evolução do Gasto com Pessoal Total da Prefeitura.....	29
Gráfico 4 - Rio de Janeiro: Gastos com Saúde Por Natureza de Despesa.....	30
Gráfico 5 - Rio de Janeiro: Taxa de Mortalidade Materna e Infantil.....	38
Gráfico 6 - Rio de Janeiro: Evolução da Taxa de Cobertura da Saúde da Família.....	40
Gráfico 7 - Evolução do IFDM-Saúde: 2008-2016.....	45

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	10
CAPÍTULO I - BREVE HISTÓRICO SOBRE A SAÚDE NO BRASIL E NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO.....	12
I.1 - A Reforma Sanitarista no Brasil e a Criação do Sistema Único de Saúde.....	12
I.2 - As Reformas do Aparelho do Estado.....	15
I.3 - As Transformações na Política Municipal de Saúde do Rio de Janeiro no Período 2009 a 2017.....	18
CAPÍTULO II - AS DESPESAS COM SAÚDE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO.....	23
II.1 - Análise Comparativas dos Gastos Municipais com Saúde.....	23
II.2 - Gastos com Organizações Sociais de Saúde no Município do Rio de Janeiro.....	28
II.3 - Apuração dos Mínimos Constitucionais.....	31
CAPÍTULO III - ANÁLISE QUALITATIVA DAS DESPESAS COM SAÚDE NO MUNICÍPIO: AS METAS DA PREFEITURA E O ÍNDICE IFDM-SAÚDE.....	34
III.1 - Os Planos Estratégicos.....	34
III.2 - Indicadores, Metas e Resultados Dos Planos Estratégicos.....	35
III.3 - A Metodologia do Índice Firjan de Desenvolvimento Municipal (IFDM Saúde).....	42
III.4 - Análise Comparativa do IFDM-Saúde.....	44
III.5 - As Operações Ilha Fiscal e S.O.S e o Modelo de Gestão por OSS.....	46
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	49
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	50

INTRODUÇÃO

A promulgação da Lei 5026 de 19 de Maio de 2009 marca a chegada de um novo modelo de gestão de saúde pública ao Rio de Janeiro, onde a atuação de Organizações Sociais (OS) ganham preeminência e a Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro (PCRJ) recolhe-se ao papel de monitoramento e fiscalização da prestação dos serviços. Este novo modelo preconiza maior flexibilização tanto dos regimes contratação de profissionais de saúde, quanto da própria gestão das unidades e rede de saúde.

A maior perenidade do modelo de gestão à iniciativa privado, aliada a reestruturação da rede de saúde em direção a medicina primária, preventiva e territorialmente referenciada, deveria trazer como resultado: maior eficiência e eficácia dos gastos públicos; maior transparência; e melhor fiscalização.

Este trabalho portanto buscou analisar pela ótica do orçamento público e dos indicadores, se de fato tal reestruturação ocorreu, quais resultados foram obtidos e dado as notícias de corrupção envolvendo Organizações Sociais de Saúde, quais vulnerabilidades este novo modelo traz consigo.

O corte histórico, estabelecido pelo estudo se inicia em 2009, no ano da promulgação da Lei das Organizações Sociais de Saúde, e se estende até o ano de 2017, último ano com dados completos. Outro ponto relacionado a esta monografia, e a utilização de valores monetários corrigidos pela inflação medida pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) médio de Agosto de 2018, de forma a possibilitar a comparação de exercícios diferentes com precisão.

A presente monografia verificou que o novo modelo de gestão de fato obteve sucessos em diversos aspectos previamente apontados, como maior atenção à saúde primária, maior eficiência relativa dos gastos. No entanto o modelo aparentemente possui incentivos inerentes a si, que multiplicam procedimentos e exames, o que vai contra o objetivo de maior eficiência dos gastos. No aspecto da transparência e melhor fiscalização, os escândalos recentes de corrupção apontam na direção contrária aos objetivos propostos.

Este trabalho foi dividido em cinco partes incluindo esta introdução. O primeiro capítulo faz um breve histórico do contexto ao qual a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) se insere, além da maneira como se deu sua formação. Este capítulo trata também das ondas de reformas do estado que influenciaram a formatação do sistema público de saúde. Por fim, o

capítulo aborda o contexto municipal do Rio de Janeiro e também a promulgação da Lei 5026 de 19 de Maio de 2009, a Lei das OSS, e suas consequências na estrutura da saúde pública do Rio de Janeiro. O capítulo seguinte traz os dados referentes à análise do orçamento destinado à saúde pública no município do Rio de Janeiro.

O terceiro capítulo aborda os diversos índices quantitativos e qualitativos referentes saúde no município de forma a contextualizar a análise. Este capítulo também tratará dos escândalos de corrupção envolvendo OSS, e o que isto diz a respeito das fragilidades do modelo de gestão adotado. Por fim, as considerações finais fazem um resumo do que foi compreendido pelo estudo e tece comentários.

CAPÍTULO I - BREVE HISTÓRICO SOBRE A SAÚDE NO BRASIL E NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Este capítulo em sua primeira parte fará um breve histórico da formação do Sistema Único de Saúde (SUS), abordando sua estrutura precursora e os movimentos que o levaram a ser consagrado na Constituição Federal Brasileira de 1988. Falará também dos desafios de sua implementação de forma a introduzir a temática dos problemas do provimento da saúde pública em âmbito municipal.

Em sua segunda parte discorre sobre três momentos de grandes reformas no Estado Brasileiro para que se possa entender seus efeitos no sistema de saúde vigente hoje.

A terceira parte trata de forma mais específica do assunto ao qual esta monografia se detém, ou seja, as transformações ocorridas no sistema público de saúde municipal do Rio de Janeiro e a preeminência atual das Organizações Sociais na sua gestão.

I.1 - A Reforma Sanitarista no Brasil e a Criação do Sistema Único de Saúde

Antes da criação do SUS a prestação do serviço da saúde pública consistia na assistência prestada pelo Instituto Nacional de Previdência Social, fruto da fusão dos institutos de aposentadoria e pensões de diversas categorias profissionais organizadas. Posteriormente desdobrou-se entre: o Instituto Nacional de Administração da Previdência Social (INAPS); Instituto Nacional de Previdência Social (INPS); e Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

Até aquele momento, o acesso a saúde pública restringia-se aos trabalhadores formais (carteira assinada) e seus dependentes, vigorando uma lógica contraprestacional. Havia também proporcionalidade entre os recursos gastos e os arrecadados geograficamente, o que acarretava na concentração dos serviços nas regiões Sul e Sudeste e outras capitais. A escassez de recursos e a lógica de exclusão de direitos produzia forte disputa orçamentária e forte dependência de entidades filantrópicas. O acesso a assistência médica no Brasil, de forma geral, se dividia entre aqueles que possuíam recursos para pagar pelo serviços e os que tinham direito a assistência prestada pelo INAMPS, estando o restante desassistido.

A partir de meados da década de 70, devido a crise do financiamento da Previdência, o INAMPS inicia um processo de universalização da clientela, estendendo a cobertura a trabalhadores rurais e extinguindo a exigência da Carteira de Segurado para o atendimento em

hospitais próprios e conveniados a rede pública. O ápice deste processo se deu com a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, por meio convênios entre o INAMPS e os governos estaduais.

Estas reformas foram fruto do movimento sanitarista que visava superar o sistema de saúde vigente no Brasil, caracterizado pela insuficiência na distribuição, descoordenação, e inadequação. Realizada em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde reuniu mais de 4 mil pessoas, contando com ampla participação da sociedade civil de todo o país, na forma de: delegados eleito de sindicatos; associações profissionais de saúde; movimentos populares em saúde; o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES); e da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco). Seu relatório final define a saúde como sendo não só fruto das condições de alimentação, habitação, educação, trabalho, lazer e acesso a saúde, mas também da forma de organização da produção na sociedade e das desigualdades inerentes a ela.

A Constituição Federal de 1988 (CF 88) representou a maior conquista deste movimento ao estabelecer em seu art. 196 a saúde como “direito de todos e dever do Estado”. Compete portanto ao Poder Público organizar baseado em uma lógica universalista, financiado por receitas de impostos e contribuições sociais dos orçamentos da União, dos estados e dos municípios. A CF 88 cria o Sistema Único de Saúde (SUS) no entanto foi a Lei Federal n 8080 de 19 de setembro de 1990, a chamada Lei Orgânica da Saúde, que o regulamentou, dispondo sobre sua organização e regulação. A definição acerca do seu financiamento ocorreu por meio da lei Federal 8142 de 28 de dezembro de 1990.

A lei orgânica da saúde define o SUS como “o conjunto de ações e serviços públicos de saúde prestado por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”. Também foram definidas por esta lei, os princípios e diretrizes do SUS, que são: a universalidade; a igualdade de acesso; a integralidade de atendimento; o controle e participação social; a descentralização político-administrativa; a regionalização dos serviços; a hierarquização da rede de serviços. A concepção ampla de saúde adotada pela CF 88 abarca não só atividades clínico-assistenciais como: prevenção e promoção de saúde; segurança alimentar; vigilância sanitária; entre outras necessidades relacionadas à garantia do bem estar físico, mental e social do indivíduo.

As garantias sociais estabelecidas pela CF 88 se tornaram, em contrapartida, novas obrigações por parte do Estado. Para dar conta da complexidade da tarefa aliada a eventual

falta de recursos a CF 88 previu a permissão para a atividade da iniciativa privada no âmbito da saúde, ficando incumbido à mesma o papel de complementaridade ao serviço público prestado. Estabeleceu-se portanto uma estrutura híbrida na gestão da saúde, baseada no funcionamento de uma rede pública e gratuita e a privada de forma complementar, conforme diretrizes do SUS. “O mesmo Estado que criou o SUS como um projeto de medicina socializada, mantém e fomenta a macroestrutura liberal em todo o setor da saúde e no próprio SUS” (Borges, 2012). Nas primeiras duas décadas de criação do SUS o mercado de seguros privados floresceu devido ao: crescimento do mercado interno brasileiro, pelas fragilidades na regulação e incentivos fiscais. Antes de sua criação aproximadamente 10% dos brasileiros se valiam de seguros privados. Esta proporção chega já em 2008 em 25,9% (VICTORIA et al., 2011).

A partir de 1990, o já mencionado INAMPS passa a integrar a estrutura do Ministério de Saúde como forma de assegurar a continuidade dos serviços de saúde prestados. A preservação do INAMPS conservou a lógica de financiamento que estabelecia limites físicos e financeiros para as unidades federadas (SOUZA, 2002). Os tetos financeiros limitam a prestação do serviço público de saúde à capacidade dos prestadores, sendo a capacidade de prover serviços de saúde um dos critérios que determinam a distribuição de recursos. A prestação da saúde descolada da demanda acarreta em aumento dos custos tornando o modelo insolvente.

Uma das principais demandas do processo de democratização no Brasil foi o aumento do poder local, com o intuito de que a descentralização do poder acarreta em uma maior participação popular. A criação do SUS caminhou nesta direção, porém ao se distribuir encargos aos municípios, faltou a contrapartida financeira necessária para tal autonomia. Ao se fragmentar a rede assistencial aumentam as insuficiências locais, o que acaba criando nichos de mercado atendidos pela iniciativa privada.

A municipalização das responsabilidades gerou crises nos sistemas locais de saúde, o que suscitou a possibilidade de inovações de gestão como a terceirização dos serviços de saúde e a maior participação da iniciativa privada. Como afirma Campos (2006), “da descentralização decorrem efeitos centrípetos que tendem a fragmentar o sistema, gerando um processo de municipalização com baixa capacidade de solidariedade entre as partes”.

Tais fatores são determinantes no deslocamento do SUS em direção ao modelo proposto pelo Banco Mundial, que privilegia a ampliação do mercado das seguradoras de saúde como

um sistema público atuando de forma complementar ao privado, ou seja, focado no atendimento aos pobres e portadores de doenças crônicas.

“A privatização de um sistema de saúde pressupõe, no amplo sentido da palavra a mudança no entendimento da saúde como um bem coletivo e um direito humano fundamental para um produto de consumo e uma responsabilidade privada” (ARMSTRONG; ARMSTRONG, 2008)

O subsistema privado de saúde vem se mostrando saturado pela demanda, e inclusive dependendo do sistema público para atender procedimentos preventivos, disponibilizar instalações físicas e recursos humanos, conceder subsídios fiscais e/ou financiamento direto, além de cobrir casos de alta complexidade cujos incentivos pecuniários não compensam. (BAHIA, 2011)

I.2 - As Reformas do Aparelho do Estado

O contexto histórico da formação e implementação do SUS contrasta com o momento ao qual o mundo atravessava, onde o paradigma neoliberal vigorava. No entanto desde sua concepção já havia pressões em direção a reforma gerencialista do Estado (New Public Management). Tais reformas visavam, por meio da implementação de uma administração pública de caráter gerencial, garantir uma governança colaborativa, orientada para resultados, composta não só pelo Estado, mas também pelo Mercado e Sociedade.

“Trata-se de um movimento que é portador de um novo modelo de administração pública baseada no estabelecimento de alianças estratégicas entre Estado e sociedade, quer para atenuar disfunções operacionais daquele, quer para maximizar os resultados da ação social em geral” (BRASIL, 1988)

A reforma elaborada e coordenada pelo ministro Luiz Carlos Bresser-Pereira já nos anos 90, tinha em seu plano diretor a pretensão de ser a terceira grande reforma da administração pública no Brasil. Getúlio Vargas havia implementado a primeira quando da criação do Departamento Administrativo do Serviço Público em 1936. Esta primeira reforma teve por objetivo introduzir o modelo de administração pública burocrática, se contrapondo ao patrimonialismo, a corrupção e ao nepotismo. A administração pública burocrática tem como princípios orientadores a profissionalização, impessoalidade, hierarquia funcional, o formalismo e a ideia de carreira.

A segunda grande reforma da administração pública foi implementada pelo governo militar em 1967 pelo Decreto-Lei 200, e tinha por objetivo um modelo voltado para o desenvolvimento superando a rigidez burocrática no Estado. Este decreto descentralizou diversas atividades estatais para a administração indireta (autarquias, fundações, empresas

públicas e sociedades de economia mista), com o objetivo de flexibilizar a administração e imprimir maior dinamismo operacional as atribuições econômicas no Estado.

Esta segunda geração de reformas operadas podem ser interpretadas como o prelúdio das reformas gerenciais implementadas nos anos 90. No entanto elas não desencadearam mudanças na administração burocrática central, permitindo a coexistência de ilhas de eficiência e competência como modais arcaicos no plano da administração central.

No mundo a administração pública gerencial surge em meados do século XX, como fruto por um lado da expansão das funções econômicas do Estado, e do outro do desenvolvimento tecnológico e a globalização econômica mundial. Os valores que norteiam este movimento de reforma do Estado são a eficiência e a qualidade na prestação de serviços públicos, além do desenvolvimento de uma cultura gerencial nas organizações.

O administrador público portanto deve basear sua estratégia na definição precisa dos objetivos aos quais planeja alcançar; deve garantir sua autonomia em relação a gestão dos recursos humanos, materiais e financeiros, de maneira a controlar resultados e não processos. Além disso deve prezar pela competição no interior do próprio Estado aumentando a permeabilidade do mesmo à participação de agentes privados. Há também a valorização da noção do interesse público como sendo fruto da coletividade, do cidadão-cliente, em contraposição do interesse do próprio Estado.

À época das reformas empreendidas por Bresser-Pereira, o Ministério da Administração e Reforma do Estado objetivou conferir “maior flexibilidade gerencial com relação à compra de insumos e matérias, à contratação e dispensa de recursos humanos, à gestão financeira dos recursos, além de estimular a implantação de uma gestão que priorizasse resultados, satisfação dos usuários e qualidade dos serviços prestados” (IBANEZ, 2001), o que a caracteriza como uma reforma gerencialista da administração pública.

O Plano Diretor possui como diagnóstico a ideia que a CF 88, ao instituir a obrigatoriedade do regime jurídico único para os servidores público, efetivou um retrocesso burocrático sem precedentes. A extensão das mesmas regras burocráticas adotadas no núcleo estratégico do Estado aos serviços públicos, e empresas estatais, a CF havia promovido um engessamento do aparelho estatal, acarretando em perda de autonomia executiva e retirando a flexibilidade operacional da administração indireta necessária.

Pelo Plano Diretor das reformas, o setor da saúde pertence ao dos “Serviços Não Exclusivos”, onde a atuação do Estado é compartilhada com outras organizações públicas não estatais e privadas. A atuação estatal se justifica por se tratar de serviços que envolvem diretamente direitos humanos fundamentais ou porque produzem externalidades positivas relevantes, na medida em que produzem ganhos que não são apropriados pelos mecanismos de mercado.

Neste caso, necessariamente a gestão é gerencial e a propriedade mais adequada seria a pública não estatal, formada por organizações sem fins lucrativos, as Organizações Sociais (OS), que não são propriedades privadas e se orientam para o atendimento do interesse público.

“A propriedade pública não-estatal torna mais fácil e direto o controle social, através da participação nos conselhos de administração dos diversos segmentos envolvidos, ao mesmo tempo que favorece a parceria entre sociedade e Estado. As organizações nesse setor gozam de uma autonomia administrativa muito maior do que aquela possível dentro do aparelho do Estado. Em compensação seus dirigentes são chamados a assumir uma responsabilidade maior, em conjunto com a sociedade, na gestão da instituição.” (BRASIL, 1995)

Dentro desta perspectiva as OS representam um modelo de parceria entre a sociedade e o Estado. Assim o mesmo continua a fomentar as atividades a ele incumbidas pela Constituição, e exerce o controle estratégico através da cobrança de resultados pautados pelos objetivos estabelecidos pelas políticas públicas. Através dos contratos de gestão as atividades das OS são reguladas e metas de desempenhos são acordadas, de forma a assegurar a qualidade e a efetividade dos serviços prestados. O Estado passa a controlar a aplicação dos recursos através do controle dos resultados, o que supostamente representaria uma inovação instrumental mais eficaz.

“O propósito central do Projeto Organizações Sociais é proporcionar um marco institucional de transição de atividades estatais para o terceiro setor e, com isso, contribuir para o aprimoramento da gestão pública estatal e não-estatal (...) A implantação das Organizações Sociais ensejará verdadeira revolução na gestão da prestação de serviços na área social. A disseminação do formato proposto entidades públicas não-estatais concorrerá para um novo modelo, onde o Estado tenderá à redução de sua dimensão enquanto máquina administrativa, alcançando, entretanto, maior eficácia na sua atuação” (BRASIL, 1988)

Os anos 80 foram marcados pelo momento histórico de distensão entre um período longo de ditadura para a transição democrática. A criação e formatação do SUS ilustra e representa este contexto no Brasil. A década seguinte no entanto foi marcada pelo alinhamento

brasileiro ao paradigma neoliberal vigente no restante do mundo. Neste contexto e atrasadas em uma década, foram implementadas no Rio de Janeiro a partir de 2009 as reformas já em voga no restante do Brasil. A seção seguinte discutirá o contexto carioca além da forma em que ocorre tal movimento em âmbito municipal.

I.3 - As Transformações na Política Municipal de Saúde do Rio de Janeiro no Período 2009 a 2017.

A cidade do Rio de Janeiro herdou devido ao seu passado como capital do Brasil, a maior concentração médico-hospitalar de um município brasileiro.

“Pode-se concluir que, na verdade, ocorreu apenas mudança de status estadual (Guanabara) para municipal (Rio de Janeiro). A capacidade instalada própria que permaneceu no município, somada às unidades do estado, do Ministério da Saúde, no INPS e nos hospitais universitários, conferiu ao Município do Rio de Janeiro a maior estrutura própria pública de assistência médica do país, que provavelmente provocará repercussões futuras” (PARADA, 2001, p.35)

Devido a esta particularidade, o município do Rio de Janeiro durante o processo de regionalização seguiu lógica própria, mantendo-se em linha independente, entretanto sem disposição política para assumir o comando único sobre unidades estaduais e federais nele localizadas (PARADA, 2001).

Somente em 1996, decorrido quase dez anos da criação do SUS, é que se iniciou uma gestão semi-plena. Em 1999 houve um processo de municipalização de 28 hospitais, postos e maternidades, culminando em 2004 numa crise no setor, tendo inclusive o prefeito à época César Maia, anunciado a devolução de tais unidades para o controle federal.

No bojo desta crise se instaurou uma discussão acerca da implantação de novos modelos de gestão da saúde, tendo protagonismo naquele momento as Fundações Estatais de Direito Privado. De tais discussões e do próprio processo eleitoral que elegeu Eduardo Paes em 2008, ganha corpo o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado na cidade do Rio de Janeiro.

De acordo com o Plano Estratégico de 2009-2012, o município do Rio de Janeiro seria dotado de baixa capacidade de investimento. Isto decorreria de diversos fatores, entre eles: ao excessivo gasto com pessoal; ao isolamento político em relação a outras esferas de governo; alienação do setor privado; custo elevadíssimo da dívida pública e a consequente incapacidade de contrair novos empréstimos. Um novo modelo de gestão de recursos humanos seria implementado, para que através do aperfeiçoamento do processo de contratação da Prefeitura, custos pudessem ser reduzidos aliando-se a maior transparência na gestão.

Portanto as Organizações Sociais foram alçadas a elemento chave no processo de modernização da administração pública, ao supostamente aumentar a eficiência, flexibilizar as relações de trabalho e substituir contratos precários realizados com ONGs, cooperativas e associações por contratos de gestão que melhoraram a fiscalização (MATTOS, 2012).

Como forma de argumentar em favor da implementação das OSS e da flexibilização das relações de trabalho no setor de saúde, foi utilizado a proximidade do limite máximo de 54% da Receita Corrente Líquida em gastos com pessoal, estabelecido pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF). Devido a este limite o município estaria de mãos atadas para suprir a carência de profissionais de saúde através da contratação de novos servidores, salvo por meio da contratação de profissionais regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Esta seria uma forma de burlar a limitação, uma vez que a contratação de pessoal celetista não é contabilizada como “Pessoal e Encargos Sociais” de acordo com a LRF e sim como “Outras Despesas Correntes”.

O plano estratégico de 2009 a 2012 no âmbito da saúde se focou nos seguintes pontos: a reestruturação do atendimento de emergência; o Programa de Atendimento Domiciliar ao Idoso (PADI); a criação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA); o Programa de Saúde Presente (PSP). Em comum todos são geridos por Organizações Sociais de Saúde.

O Programa Saúde Presente busca organizar o SUS, no âmbito da atenção primária, de forma territorializada, em vez de setorial e programaticamente, e como tal se relaciona à Estratégia de Saúde da Família (SF). Os gestores portanto, tendo como referência para o cuidado o território, poderiam compreender dinâmicas específicas dos lugares e sujeitos, de forma a mitigar desigualdades sociais. Segundo o Plano Estratégico, o PSP consiste na:

“(…) implantação dos Territórios Integrados de Atenção à Saúde, tendo como eixo fundamental para sua organização a expansão do Saúde da Família no município do Rio de Janeiro, através da implantação das Clínicas da Família, nas quais cada equipe de saúde da família será responsável pelo cuidado em saúde de 4 mil pessoas. Além das Clínicas de Família, os territórios oferecerão serviços de Policlínica, Centro de Especialidade Odontológica e Centro de Atenção Psicossocial”. (RIO DE JANEIRO, 2009c, p.35)

O programa buscou reorientar a atenção de saúde até então focada na medicina curativa, ou seja, hospitalocêntrica, em direção a uma medicina preventiva, baseada na promoção e atenção da saúde territorialmente. Portanto os hospitais públicos, geridos pela administração direta, deixaram de ser os principais vetores do serviço de saúde enquanto as Clínicas de

Famílias geridas por OSS privadas, ganharam protagonismo. Desta forma o Estado passa a promover a saúde do indivíduo antes que ele precise ser acolhido em estado agravado, reorganizando as portas de entrada do SUS.

Como primeira forma de entrada no SUS, o Estado deve privilegiar o acolhimento por demanda georreferenciada, ou seja, aquela que é fruto da atuação dos Agentes Comunitários de Saúde, que em visita domiciliar identificam a necessidade de atuação da Equipe de Saúde da Família. Ao priorizar esta forma de acolhimento, se impede o agravamento dos problemas para a média e alta complexidade, economizando tempo e recursos do sistema de saúde, além de prover melhor qualidade de vida aos indivíduos.

A segunda maneira de entrada no sistema de saúde se dá por demanda espontânea, ou seja, quando o cidadão busca o atendimento via consultas ou tratamento clínico. Esta demanda é atendida pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), cujo objetivo é atender até 80% dos problemas de saúde, sem que haja encaminhamento à hospitais. A reestruturação do sistema de saúde do Rio de Janeiro extinguiu diversas unidades: Postos de Saúde; Postos de Atendimento Médico; Unidades Integradas de Saúde - reorientando a demanda para Clínicas da Família e Centros Municipais de Saúde.

A terceira forma de entrada no SUS se dá por demanda emergencial. O Plano Estratégico 2009 a 2012 previu a interrupção do atendimento de demanda espontânea nos hospitais públicos, passando a atender somente demandas referenciadas pelo Sistema Nacional de Regulação (SISREG) relativas a média e alta complexidade. Esta medida visa desafogar hospitais públicos de atendimentos desnecessários que acarretavam em enorme gargalo para o sistema.

Da mesma forma que a prefeitura alocou a demanda por atendimento básico as Clínicas da Família, endereçou o acolhimento emergencial para os Centros de Emergência Regional (CER) e Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Em comum todos estes tipos de unidades são geridos por OSS, ou seja, outra porta de entrada do SUS reorganizada para ser atendida por gestão privada.

Unidades de Pronto Atendimento compõem a Política Nacional de Atenção às Urgências, e por serem estruturas de complexidade intermediária, figuram entre as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e os hospitais. Ao contrário do que ocorre em UBS, seu acolhimento leva em consideração o grau de risco e não a ordem de chegada, e seu principal objetivo é atender os

pacientes de menor gravidade para que hospitais possam se concentrar no indivíduos com maior risco de morte.

A prefeitura instalou de forma anexa a três dos grandes hospitais de emergência (Miguel Couto, Souza Aguiar e Jorge Lourenço), e ao novo hospital Evandro Freire, as CER. A finalidade destas é acolher pacientes em risco de morte iminente, absorvendo o atendimento dos casos com necessidade de pronto atendimento clínico, referenciando-os para rede básica, especializada ou para internação. Como resultado libera-se hospitais para casos de trauma e cirurgias, os quais, segundo o Plano Diretor, seriam sua vocação.

Por último, como o objetivo de desospitalizar o sistema e prestar atendimento domiciliar a pacientes passíveis de recuperação funcional, foi implementado o PADI, também entregue a gestão privada.

Em suma, é possível afirmar que a política de saúde municipal do Rio de Janeiro a partir do Plano Estratégico de 2009 - 2012 legou às OSS a gestão de todas as portas de entrada do SUS. Por este motivo, o corte histórico adotado pela monografia de 2009 a 2017, se mostra tão relevante para um estudo. Os capítulos seguintes irão ilustrar este momento histórico dos serviços de saúde prestados no Rio de Janeiro, a partir de uma análise orçamentária e da evolução dos indicadores de saúde obtidos.

CAPÍTULO II - AS DESPESAS COM SAÚDE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Neste capítulo serão apresentados diversos conceitos relativos ao Orçamento Público de acordo com a Lei nº 4320/1964, e dados referentes ao orçamento público de modo a traçar um panorama geral dos gastos do orçamento municipal de saúde do Rio de Janeiro.

O Objetivo é elucidar a maneira como a promulgação da Lei nº 5.026 de 19 de maio de 2009, a Lei das OSS, alterou a política de saúde empreendida em termos de gastos, ou seja, para onde foi destinado o dinheiro e o que foi determinado como prioritário.

II.1 - Análise Comparativas dos Gastos Municipais com Saúde.

Quando se abordam conceitos orçamentários, se faz necessário distinguir duas classificações importantes. Uma classificação, a de “Função”, diz respeito a área de atuação de um governo, que neste estudo será sobre saúde. A outra está relacionada aos órgãos da administração pública, que no caso desta monografia, se refere a Secretaria Municipal de Saúde.

Tal distinção se faz necessária pois apesar da grande intercessão entre os gastos realizados pela Secretaria Municipal de Saúde e os incluídos na “Função Saúde”, eles não são idênticos. Com relação à “Função Saúde”, todo e qualquer gasto diretamente relacionada a esta área de governo será incluído.

Em contrapartida despesas realizadas pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e suas unidades orçamentárias subordinadas podem ou não coincidir como os dispêndios da Função Saúde. O órgão das administração pública que hoje se designa SMS, até 2012 era chamado de Secretaria Municipal de Saúde e de Defesa Civil (SMSDC). Em 2013 a Defesa Civil se tornou uma Subsecretaria e já em 2014 passou a estar subordinada a Secretaria Municipal de Conservação e Serviços Públicos.

Compreendendo a distinção entre o que representa Função e Secretaria Municipal dentro do orçamento público, e a fim de evitar imprecisão nos dados, fez-se a escolha de apresentar todas as comparações a partir dos gastos referentes à “Função Saúde”.

A taxa de execução (ou liquidação) de uma determinada despesa constitui um importante indicador orçamentário. Seu cálculo é feito a partir da razão entre os valores liquidados e os previstos pela Lei Orçamentária Anual. O que se pode aferir de tal indicador é se os gastos realizados pela administração pública estão próximos daquilo que foi planejado no momento em que o orçamento foi formulado.

A tabela a seguir apresenta os valores referentes aos gastos de saúde no município do Rio de Janeiro:

Tabela 1

**Município do Rio de Janeiro: Gastos com a Função Saúde
Comparação Despesa Prevista x Liquidada
2009-2017 (Valores Reais*)**

	Previsto (A)	Liquidado (B)	Taxa de execução (B/A) (%)
2009	R\$ 3.160.884.723,98	R\$ 2.938.440.309,97	92,96%
2010	R\$ 3.640.352.825,54	R\$ 3.505.854.763,18	96,31%

2011	R\$ 4.209.700.586,00	R\$ 4.170.025.362,26	99,06%
2012	R\$ 5.374.297.484,00	R\$ 5.023.137.130,13	93,47%
2013	R\$ 5.876.234.982,00	R\$ 4.906.347.458,95	83,49%
2014	R\$ 5.203.368.959,00	R\$ 4.803.392.625,15	92,31%
2015	R\$ 4.919.463.289,91	R\$ 4.671.240.901,35	94,95%
2016	R\$ 4.978.730.019,40	R\$ 5.109.501.469,59	102,63%
2017	R\$ 5.286.807.758,22	R\$ 4.697.179.232,97	88,85%

Fonte: Controladoria Geral do Município do Rio de Janeiro
 (*) Valores deflacionados pelo IPCA-E (ano-base 2018)

O que se observa nos dados referentes aos anos em estudo é uma média de 93,78% do orçamento previsto sendo executado. O ano em que houve a menor taxa de execução foi o de 2013, o primeiro da vigência do segundo PE.

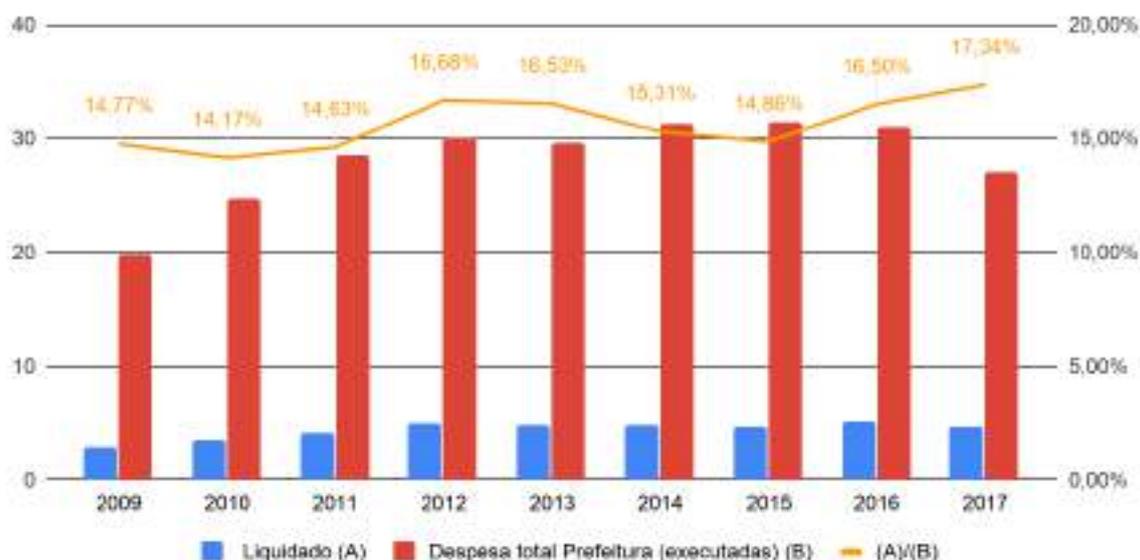
Neste ano diversas subfunções de menor peso no orçamento de saúde tiveram taxas de gastos executados abaixo de 50%. No entanto foi a subfunção referente a assistência hospitalar e ambulatorial a principal responsável pelo resultado agregado, com cerca de 80% de taxa de execução dos seus R\$ 2.730.405.302,00 previstos. Cabe fazer a ressalva que o orçamento trabalha com previsões e que as estimativas expressas na LOA não precisam ser obrigatoriamente cumpridas. Para efeitos de análise entretanto, taxas de execução baixas podem indicar deficiências no planejamento orçamentário.

Os valores expressos dentro da Função Saúde indicam todos os gastos referentes a essa área de governo. Além de incluir gastos destinados a AASPS (Aplicação em Ações e Serviços Públicos de Saúde), que são os gastos contabilizadas para aferir mínimos constitucionais, incluem diversos outros gastos referentes à saúde. Serve como uma classificação mais ampla, e portanto válida para efeitos comparativos.

O gráfico a seguir ilustra os volumes de gastos e a razão entre a Função Saúde e as despesas totais executadas pela prefeitura:

Gráfico 1

Município do Rio de Janeiro: Comparação Entre Gastos da Função Saúde e Despesa Total da Prefeitura 2009-2017 (Em bilhões de Reais)



Fonte: CGM (Elaboração Própria)

(*) Valores deflacionados pelo IPCA-E (ano-base 2018)

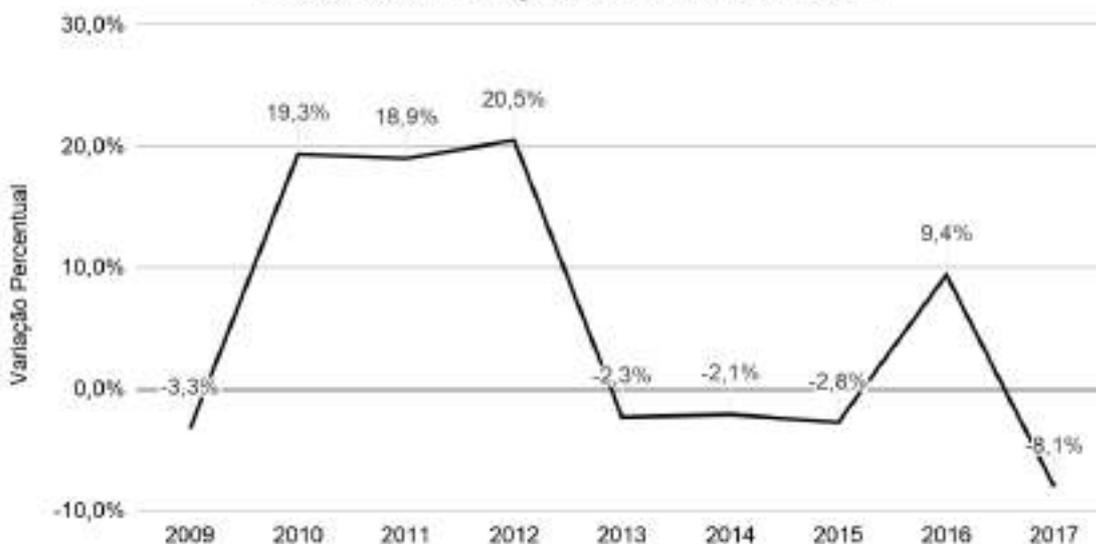
Ao longo do período estudado, a média do peso da saúde no orçamento total oscilou por volta dos 15,6%. O ano que apresentou o menor índice foi 2010 com 14,17% e o de maior peso o de 2017 com 17,34%. O que explica este fato é que no ano de 2017 ocorreu uma contração das receitas bem maior que a dos gastos com saúde

Em valores reais, os gastos totais da prefeitura aumentaram em 35,8%, quando comparados aos de 2008, ano imediatamente anterior ao período estudado. Neste mesmo período os gastos com a função saúde cresceram 58%, o que evidencia um razoável incremento dos recursos da saúde, acima do aumento proporcional das despesas totais da prefeitura. No entanto, o acréscimo das despesas ocorreu quase que exclusivamente durante os quatro primeiros anos.

O gráfico abaixo ilustra a variação percentual dos valores reais despendidos ao longo dos 9 anos em questão.

Gráfico 2

Município do Rio de Janeiro: Variação Percentual do Valor Real dos Gastos da Função Saúde 2009-2017



Fonte: CGM (Elaboração Própria)

Durante o primeiro quadriênio, se observa uma ligeira queda de 3% em 2009, seguida por um crescimento da ordem de 20% ao ano, o que representou ao final de 2012 um incremento de 65,32% no orçamento, quando comparado aos níveis de 2008. Já nos anos seguintes se observa um movimento ao contrário com quedas seguidas da ordem de 2% ao ano, revertidas temporariamente pelo crescimento em 2016 de 9%, compensada pela queda de 8% no ano seguinte. Neste segundo momento, o orçamento de saúde apresentou um encolhimento agregado de 6,5%.

Outra maneira de detalhar o orçamento é por sub-função. A tabela a seguir, apresenta os gastos de saúde classificados por subfuncoes do orçamento. Esta divisão ilustra em quais subáreas as variações observadas no gráficos acima ocorreram.

Tabela 2

**Gastos Com Saúde no Município do Rio de Janeiro por Subfunção
2009-2016 (Valores reais*)**

	Em Mil R\$				
	Atenção Basica	Assistência Hospitalar e Ambulatorial	Vigilância Sanitária	Vigilância Epidemiológica	Outros
2009	422.541.898,93	2.424.519.304,03	43.929.340,71	7.927.554,46	20.637.850,91
2010	1.186.213.512,06	2.145.792.146,70	52.375.438,28	36.758.053,96	28.317.865,27
2011	1.319.075.438,28	2.540.508.693,96	59.960.252,67	85.637.384,86	31.623.526,65
2012	1.674.045.282,38	3.030.537.851,58	68.619.793,45	88.553.877,94	31.470.544,95
2013	1.655.367.166,69	2.944.809.522,58	68.905.722,93	48.104.029,24	34.279.421,79
2014	1.578.289.265,93	2.864.604.356,15	68.183.495,09	106.257.216,58	35.696.479,87
2015	1.587.794.418,25	2.722.443.860,87	69.534.279,96	88.295.983,53	54.805.279,70
2016	1.672.272.982,70	3.074.872.391,38	66.669.135,02	83.990.241,37	59.085.261,13
2017	1.609.222.518,84	2.711.039.713,53	65.733.581,40	6.603.051,44	77.010.270,53

Fonte: CGM

(*) Valores deflacionados pelo IPCA-E (ano-base 2018)

As duas subfunções que concentram mais gastos são: Atenção Básica; Assistência Hospitalar e Ambulatorial. Juntas concentram cerca de 94% dos gastos. Ao fim do período estudado, a subfunção Atenção Básica teve seu valor real quadruplicado, enquanto a subfunção “Assistência Hospitalar e Ambulatorial” apresentou acréscimos não tão relevantes quanto. Isto demonstra a reestruturação da rede municipal em direção à Atenção Básica. Refletindo o que foi exposto em relação ao aumento dos gastos totais na função Saúde, todos os ganhos reais ocorreram durante os primeiro quatro anos.

Duas outras subfunções merecem destaque: Vigilância Sanitária e Vigilância Epidemiológica. Ambas estão relacionadas aos mesmos problemas de saúde cujo vetor é o mosquito de gênero *Aedes Aegypti*: a dengue, a febre amarela e doenças mais recentes em território fluminense o Chikungunya e o vírus Zika. Portanto o aumento do valor despendido nestas rubricas se explicam pelos surtos epidêmicos ocorridos no período, indicando a imprevidência do poder público que prefere reagir a crises a manter ações preventivas permanentemente

I.2 - Gastos com Organizações Sociais de Saúde no Município do Rio de Janeiro

Conforme citado no primeiro capítulo, uma das justificativas para a transição da gestão dos serviços de saúde para um modelo de gestão por OSS foi a limitação estabelecida para gastos com pessoal e encargos pela Lei de Responsabilidades Fiscal (LC 101/00). Para gastos feitos pelo Poder Executivo o limite municipal é de 54%, havendo também o limite prudencial de 51,3%.

O artigo 22 desta mesma lei prevê que em caso de eventual superação do limite prudencial de 51,3% estará vedado a:

- “I - concessão de vantagem, aumento, reajuste ou adequação de remuneração a qualquer título, salvo os derivados de sentença judicial ou de determinação legal ou contratual, ressalvada a revisão prevista no inciso X do art. 37 da Constituição;
- II - criação de cargo, emprego ou função;
- III - alteração de estrutura de carreira que implique aumento de despesa;
- IV - provimento de cargo público, admissão ou contratação de pessoal a qualquer título, ressalvada a reposição decorrente de aposentadoria ou falecimento de servidores das áreas de educação, saúde e segurança;
- V - contratação de hora extra, salvo no caso do disposto no inciso II do § 6o do art. 57 da Constituição e as situações previstas na lei de diretrizes orçamentárias.”

No caso da superação do limite de 54% o artigo 23 prevê que o município não poderá:

- “I - receber transferências voluntárias;
- II - obter garantia, direta ou indireta, de outro ente;
- III - contratar operações de crédito, ressalvadas as destinadas ao refinanciamento da dívida mobiliária e as que visem à redução das despesas com pessoal.”

O gráfico a seguir ilustra a evolução dos gastos com pessoal e encargos despendidos pela Prefeitura do Rio de Janeiro durante o período estudado

Gráfico 3

Município do Rio de Janeiro: Evolução do Gasto Com Pessoal da Prefeitura 2009 a 2017



Fonte: CGM

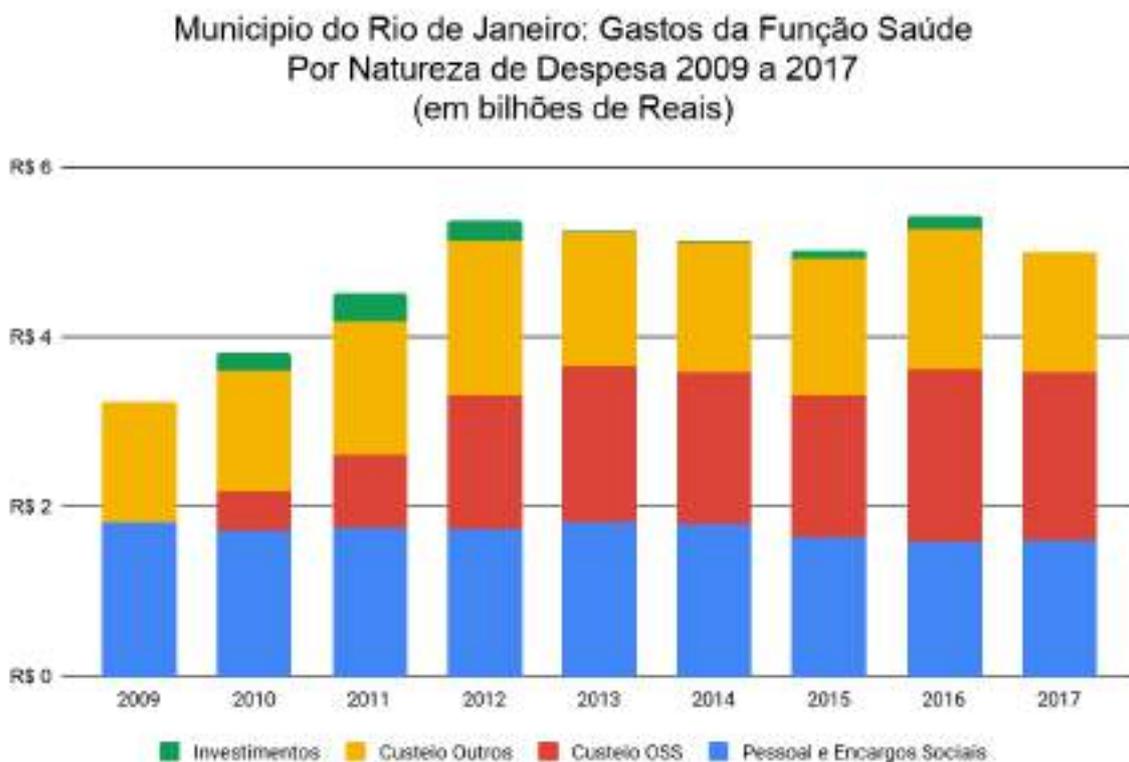
(*) Valores deflacionados pelo IPCA-E (ano-base 2018)

O que se observa é que de fato a LRF limita a contratação de servidores públicos para incrementar a oferta de serviços de saúde, pelo fato de o município do Rio de Janeiro apresentar níveis de gastos com Pessoal e Encargos já próximos do teto. O ano de 2017 já apresenta estouro dos limites prudenciais devido a queda de arrecadação. Atualmente o teto do limite se encontra superado inclusive.

Dentro do orçamento destinado à saúde há outro enfoque analítico relevante que pode ser feito separando as despesas de acordo com sua natureza, categorizadas como Correntes ou de Capital. Tal classificação distingue elementos da despesa com mesmas características quanto ao objeto de gasto. Fazem parte dos Gastos Correntes: Pessoal e Encargos Sociais; Juros e Encargos da Dívida; e Outras Despesas Correntes, que comumente se denomina Custeio. Fazem partes das despesas de Capital: Investimentos; Inversões Financeiras; Amortização da Dívida.

O gráfico a seguir demonstra a evolução dos gastos da Função Saúde agregados por natureza de despesa durante os anos de 2009 a 2017

Gráfico 4



Fonte: CGM (Elaboração Própria)

(*) Valores deflacionados pelo IPCA-E (ano-base 2018)

Ao longo do período estudado os gastos com Pessoal e Encargos Sociais apresentaram quedas em valores reais em quase todos os anos, chegando ao fim de 2017 com uma perda acumulada de 11,6%. Em termos relativos esta rubrica representa 56% dos gastos em 2009, caindo para 32% em 2017. É preciso esclarecer que nesta classificação de natureza de gastos, apenas as despesas com servidores contratados pelo Regime Jurídico Único são computadas.

O aumento do patamar dos gastos com saúde não foi acompanhado por um crescimento com Pessoal e Encargos Sociais, o que denota uma política deliberada de arrocho salarial e também de substituição de servidores por empregados em regime de CLT. Esta manobra jurídica abre espaço para a flexibilização das relações de trabalho no SUS, pondo em risco o futuro do serviço público estatutário.

Em termos de gastos com custeios é mais elucidativo distinguir entre a parte que corresponde aos custeios de OSS e demais custeios. Se observa que o aumento dos gastos em saúde foram todos calcados em repasses para OSS, ilustrando a mudança da política de saúde e o protagonismo de tais organizações que já fora explicitado.

A tabela a seguir demonstra a evolução dos valores repassados para OSS comparados

a valor total despendido na Função Saúde.

Tabela 3
**Município do Rio de Janeiro: Comparação dos Gastos com
Organizações Sociais de Saúde e Função Saúde**

2009 a 2017			(R\$)*
	Gastos com OSS (A)	Função Saúde (B)	(A)/(B)
2009	4.514.436,97	2.938.440.309,97	0,15%
2010	470.990.370,80	3.505.854.763,18	13,43%
2011	835.084.033,22	4.170.025.362,26	20,03%
2012	1.580.243.174,53	5.023.137.130,13	31,46%
2013	1.835.835.881,72	4.906.347.458,95	37,42%
2014	1.785.703.535,45	4.803.392.625,15	37,18%
2015	1.674.865.695,33	4.671.240.901,35	35,85%
2016	2.027.553.340,19	5.109.501.469,59	39,68%
2017	1.980.860.152,04	4.697.179.232,97	42,17%
Total	12.195.650.620,25	39.825.119.253,55	32,22%

Fonte: Rio Transparente e CGM (Elaboração Própria)

(*) Valores deflacionados pelo IPCA-E (ano-base 2018)

A partir da promulgação da Lei das OSS há um crescimento vertiginoso de valores repassados para OSS. Atualmente este valor flutua por volta dos 40%, sendo que no período a média foi de 32,22%, quase um terço. Este dado já era esperado devido a quantidade de responsabilidades repassadas à iniciativa privada neste novo modelo de gestão da saúde.

II.3 - Apuração dos Mínimos Constitucionais

A Tabela 4 a seguir apresenta os valores gastos com AAPS e seus respectivos percentuais aplicados como demonstrado pelas Prestações de Contas do município do Rio de Janeiro. Também estão expostos os percentuais calculados pelas auditorias feitas pelo Tribunal de Contas do Município (TCM-RJ).

Tabela 4

**Município do Rio de Janeiro: Aplicação em Ações e Serviços Públicos de Saúde e
Cálculo Elaborado Para Apuração do Mínimo Constitucional (15%)**

2009 a 2017

	Despesas com AASPS (A)	Receitas para/ fins do limite (B)	% Apurado pela CGM (A)/(B)	% Apurado pelo TCMRJ
2009	1.970.211.547,67	12.262.943.594,63	16,07%	16,02%
2010	2.229.671.846,69	13.184.571.803,68	16,91%	16,87%
2011	2.799.786.994,07	14.219.708.863,82	19,69%	19,67%
2012	3.509.807.744,49	15.094.313.121,40	23,25%	22,91%
2013	3.248.521.488,25	16.723.058.128,80	19,43%	19,11%
2014	3.365.688.741,18	16.174.092.173,82	20,81%	20,81%
2015	3.284.598.642,60	15.694.510.158,04	20,93%	20,71%
2016	3.764.172.745,91	14.770.936.514,80	25,48%	25,27%
2017	3.630.819.870,63	14.120.308.429,25	25,71%	-

Fonte: CGM, CAD

*Valores deflacionados pelo IPCA-E (ano-base 2018)

Como a tabela ilustra, em todos os anos aqui analisados, os percentuais apurados pela PCRJ cumpriu a meta estipulada pela CF de no mínimo 15% dos gastos com saúde. Inclusive se constata folga considerável em praticamente todos os anos. Em 2009 o índice apurado foi de 16,07%, subindo para o patamar de 25,71% ao final do período estudado.

Ao longo dos dois mandatos houve um crescimento dos gastos despendidos em valores reais da ordem de quase 100%, ou seja, duplicou-se a quantia. Assim como se constatou em todas as análises anteriores, o crescimento ficou concentrado nos primeiros 4 anos, da ordem de 88%, enquanto o segundo mandato viu um acréscimo de apenas 7,25%. Os únicos anos em que se apresentou quedas foram 2013 e 2015, de 7,44% e 2,41% respectivamente.

A última coluna apresenta os percentuais calculados pelo TCMRJ. Ao longo dos anos as auditorias revelaram gastos que não deveriam ser incluídos para fins de apuração do mínimo constitucional. Tais gastos se referem a: restos a pagar cancelados; pagamentos à Companhia Municipal de Limpeza Urbana (COMLURB); contribuições previdenciárias suplementares; servidores cedidos para órgãos cuja atividade fim não corresponde a serviços de saúde; servidores cedidos para hospitais ou secretaria de saúde de outros entes federativos; juros e multas por atraso nas quitações das faturas de água e luz; e ao Termo de Cooperação n.º

001/2015, por se tratar de desembolso com previsão de ressarcimento.

No entanto, descontado estes valores, os índices calculado não diminuem muito mais do 0,3% em cada ano. O TCMRJ também apura retroativamente gastos indevidos relacionados a restos a pagar cancelados de anos anteriores a prestação de conta do ano. Ista acaba afetando o percentual apresentado na última coluna à direita da Tabela 4, mas de forma apenas marginal. Possíveis ressalvas das contas de 2017 não puderam ser feitas pois o parecer das contas referentes a este ano não se encontram disponíveis no site. Portanto, no que se refere aos valores mínimos de gastos com saúde exigidos pela CF, a PCRJ cumpriu a lei.

CAPÍTULO III - ANÁLISE QUALITATIVA DAS DESPESAS COM SAÚDE NO MUNICÍPIO: AS METAS DA PREFEITURA E O ÍNDICE IFDM-SAÚDE.

Os valores monetários apresentados no capítulo anterior não permitem que se avalie a efetividade e eficiência dos gastos públicos. Também não é possível compreender a maneira na qual as reformas do sistema de saúde e o conseqüente predominância das OSS se desdobraram. Portanto este capítulo fará um balanço qualitativo através de indicadores obtidos em diversos sistemas disponíveis pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Serão abordadas também metas estipuladas nos Planos Estratégicos (PE) e os resultados obtidos ao fim dos respectivos prazos.

Avaliações objetivas sobre a qualidade de serviço público prestados referentes a saúde são extremamente complexas. Portanto o presente estudo se utilizará do Índice Firjan de Desenvolvimento Municipal - Saúde (IFDM-Saúde) desenvolvido pela Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro (FIRJAN), para estabelecer o perfil da evolução do serviço prestado durante o período, comparando-o com a evolução do mesmo índice apurado em outros municípios.

O Ministério da Saúde desenvolveu, há alguns anos atrás, seu próprio índice, o Índice de Desenvolvimento do SUS (IDSUS). No entanto, não foi dada continuidade a sua apuração, estando apenas disponíveis os resultados referentes aos anos de 2010 e 2011, o que o torna impróprio para desenvolver a análise comparativa que esta monografia se propõe fazer.

Por fim se apresenta controvérsias relacionadas a escândalos de corrupção envolvendo OSS, atualmente sob investigação, de forma ilustrar o contraste entre os valores de transparência e melhor fiscalização preconizados, e a realidade.

III.1 - Os Planos Estratégicos

No início do ano de 2009 foi concebido um Plano Estratégico (PE) dotado de um conjunto de metas e diretrizes em todos os campos da administração pública, com um horizonte de 4 quatro anos. O objetivo era dotar a administração pública de um visão de médio e longo prazo de modo a guiar ações no curto prazo.

Desde então diversos outros Planos Estratégicos de diferentes prazos foram confeccionados pela prefeitura. O presente estudo escolheu apresentar os dois planos elaborados para os período 2009-2012 e 2013-2016 que coincidem com o período estudado na presente monografia.

III.2 - Indicadores, Metas e Resultados Dos Planos Estratégicos.

A Tabela 5 a seguir apresenta a variação do número e do valor por procedimento entre 2009 e 2015 em diferentes tipos de estabelecimentos municipais de saúde.

Tabela 5

Município do Rio de Janeiro: Variação do Número de procedimentos e do Valor por procedimento entre 2009 e 2015* por tipo de estabelecimento municipal.

	N de Procedimentos	Valor por Procedimento
Centro de Atenção Psicossocial	-25%	-88%
Centro de Saúde/UBS	574%	-24%
Clinica/Ambulatório Especializado	123%	5%
Hospital Especializado	14%	15%
Hospital Geral	-29%	49%
Policlínica	-48%	15%
Posto de Saúde	-48%	33%
Unidade Mista	110%	67%
Total	174%	-30%

Fonte: Produção e Marcadores/SIAB/DATASUS

*Últimos dados disponíveis

Ao se avaliar o todo da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), houve forte queda em relação custo médio por procedimento, da ordem de 30%. A primeira vista, estes dados corroboram a previsão de ganhos de eficiência no modelo de gestão por OSS. No entanto, o número de procedimentos aprovados no mesmo período apresentou crescimento explosivo de 174%. O que se observa é justamente o estímulo à produção de procedimentos, incorrendo ao SUS um custo crescente.

Outra constatação obtida dos dados é o encolhimento do número dos procedimentos de alta e média complexidade, mais do que compensado pelo aumento no número de procedimentos de baixa complexidade. Isto corrobora a mudança de prioridade proposta pelas reformas do sistema de saúde, que visam a mudança de um modelo hospitalocêntrico para um guiado pela territorialidade.

A Tabela 6 a seguir apresenta o número de encaminhamentos feito por Equipes da Saúde da Família (ESF) por tipo de atendimento dos anos de 2009 e 2015. Também estão

expostos os percentuais de variação dos respectivos números ao longo do tempo.

Tabela 6

Município do Rio de Janeiro: Número de Encaminhamentos por tipo de atendimento

	2009	2015*	% Variação
Atendimento Especializado	57951	104.302	79,98%
Internação Hospitalar	1045	247	-76,36%
Urgência. e Emergência	16766	2.697	-83,91%
Internação Domiciliar	643	22	-96,58%

Fonte: Produção e Marcadores/SIAB/DATASUS

*Últimos dados disponíveis

Para se avaliar a integração da rede, o Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) registra o número de encaminhamentos médicos feitos por Equipes de Saúde da Família (ESF) para outro tipo de acompanhamento. A tabela acima mostra uma vertiginosa queda do encaminhamentos feitos para internação. Uma possível interpretação para este dado é uma melhora na resolubilidade das ESF, cujo trabalho estaria atendendo demandas antes de haver procura pelos hospitais. Os dados apontam também para o fato de que ao melhor identificar doenças e condições na população que demandam tratamento especializado, o número de atendimento especializado aumenta.

A Tabela 7 a seguir apresenta o número de solicitações médicas de exames dos anos de 2009 e 2015. Também estão expostos os percentuais de variação dos respectivos tipos de exames ao longo do período.

Tabela 7

Município do Rio de Janeiro: Solicitação Médica de exames 2009 - 2015

	2009	2015*	% Variação
Patologia Clínica	190.531	3.373.150	1670%
Radiodiagnóstico	25.206	105.260	318%
Citopatológico	45.031	59.081	31%
Ultrassonografia	17.829	40.592	128%
Outros	28.102	376.386	1239%
Total	306.699	3.954.469	1189%

Fonte: Produção e Marcadores/SIAB/DATASUS *Últimos dados disponíveis

Durante o período estudado, observou-se em consonância os números da tabela 6, um explosivo aumento em todos os tipos de exames médicos solicitados, sendo o percentual de

aumento total de 1189 %, ou seja, quantidade quase 12 vezes maior. Este fato é interessante pois “praticamente toda a rede de exames é privada” (BORGES, 2012), ou seja, o SUS paga a laboratórios privados para que se realize e processe diagnósticos sobre esses exames. Se o modelo de gestão por OSS tem como objetivo a eficiência do gasto, este dado corrobora o diagnóstico que os incentivos a se proliferar procedimentos corre contrário ao mesmo.

A Tabela 8 a seguir apresenta a razão entre o número de solicitações médicas de exames e procedimentos ambulatoriais por consultas médicas nos anos de 2009, 2015 e 2017.

Tabela 8
**Município do Rio de Janeiro: Número de Solicitações Médicas de Exames e
 Procedimentos Ambulatoriais por Consultas Médicas
 2009 a 2017**

	2009	2015	2017
Consultas Médicas (A)	2.205.773	4.299.493	4.190.648
Solicitação Médica de Exames (B)	306.699	3.954.469	-
Procedimentos Ambulatoriais (C)	11.866.974	44.228.897	36.944.408
(B)/(A)	0,139	0,920	-
(C)/(A)	5,390	10,287	8,816

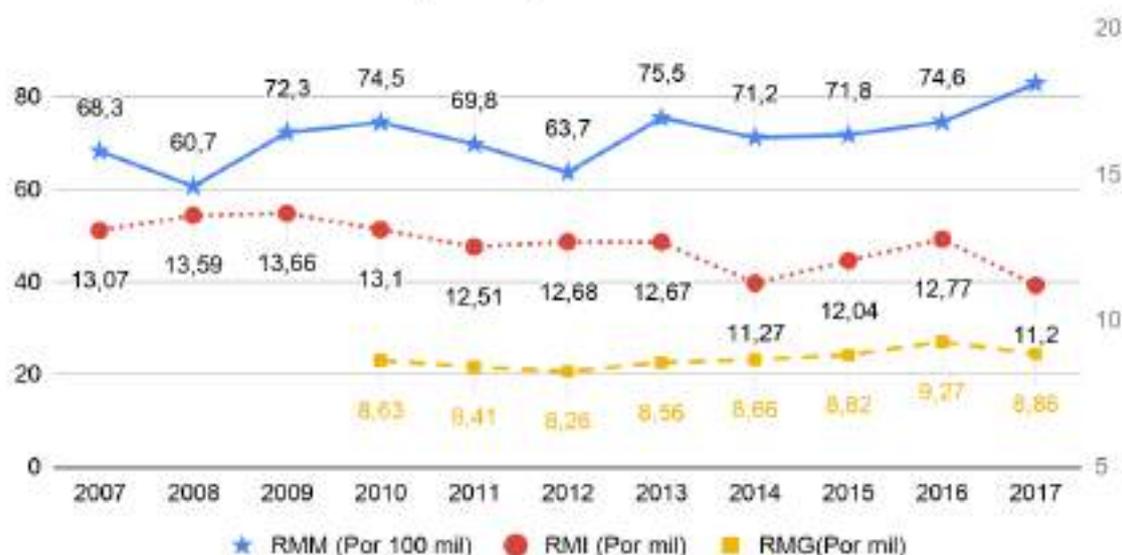
Fontes: Produção e Marcadores/SIAB/DATASUS, SUBPAV

Outra maneira de ilustrar a como este modelo de gestão possui uma lógica multiplicadora de procedimentos e exames, é calculando a razão entre os mesmo e o número de consultas médicas ao longo do tempo. O que se observa é que entre os anos de 2009 e 2015 multiplicou-se por mais de 6 vezes o número de exames por consultas médicas. Neste mesmo período houve uma quase duplicação do número de procedimentos ambulatoriais por consulta. Mais uma vez

O gráfico que se segue ilustra a evolução dos índices mortalidade infantil e materna no Rio de Janeiro, entre os anos 2007 e 2017

Gráfico 5

Taxa de Mortalidade Materna (RMM), Infantil (RMI) e Geral (RMG) no Rio de Janeiro



Fonte: SIM, SINASC, SUBPAV, SMS-RJ.

RMI- Razão de Mortalidade Infantil; RMM - Razão de Mortalidade Materna; RMG - Razão de Mortalidade Geral

A meta de redução da mortalidade infantil, estabelecidas pelo PE vigente de 2009 a 2012, era de redução de 11%, tendo 2008 como ano base de comparação. Isto representa uma queda de 13,59 para 12,09 mortos por cada mil nascidos. Para o segundo PE estabeleceu-se a meta de menos de 10 mortes por mil nascidos.

Houve melhoras significativas, porém longe daquilo que foi estipulado como sucesso. Em 2008 o índice partia de 13,59 mortes por mil, caindo ao fim do primeiro mandato 6,7% para o patamar de 12,68. Ao longo do segundo mandato houve bastante oscilação, chegando ao patamar de 11,27 em 2014 e subindo novamente para 12,77 em 2016, o que se comparado a 2012 o representa um crescimento de 0,71%. O resultado agregado dos nove anos estudados apresenta queda de 17,59%.

Em suma, apesar de não desprezíveis, as metas de melhorias nos índices de mortalidade infantil estiveram longe de serem cumpridas. O fato de o último ano computado apresentar forte queda também pesa contra a avaliação da gestão. Assim como em 2014 o resultado obtido pode acabar representando um ponto fora da curva de tendência.

Como meta de redução dos índices de mortalidade materna, a prefeitura estabeleceu no primeiro mandato o objetivo de reduzi-la em 19%, em comparação ao ano de 2007. Isto traria o índice do patamar de 55,32 para 49,12 mortes por 100 mil grávidas em 2012. Para o segundo

mandato ambicionou-se atingir o patamar de 41 mortes por 100 mil.

Tal meta esteve longe de ser cumprida. Como observado (Gráfico 5), houve uma piora aguda dos indicadores. O menor índice apresentado foi em 2008 (60,7 por 100 mil). O quadriênio viu um crescimento de 4,94% dos casos de morte.

Durante a vigência do segundo PE, houve uma acentuada elevação do índice, que apresentou um crescimento de 17,11%. Esta tendência continua em 2017, ano onde alcança seu maior patamar, (82,9 por 100 mil). Se comparado com a taxa obtida em 2008, o índice de mortalidade cresceu 36,57% em apenas nove anos.

Outro excelente indicador da efetividade de um Sistema de Saúde é a mortalidade geral da população, tendo em vista que sua finalidade última é justamente a de preservar vidas. O índice apresentado pelas “Estatísticas Vitais do Município do Rio de Janeiro” compilado pela Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde (SUBPAV) mostra crescimento de 2,6% da mortalidade geral entre 2010 e 2017. Isto aponta para pouca ou nenhuma efetividade das políticas de saúde empregada.

O gráfico 6 e a tabela 9 abaixo ilustram a evolução do número de equipes e taxa de cobertura e programa Saúde da Família respectivamente, ao longo dos 9 anos estudados.

Tabela 9

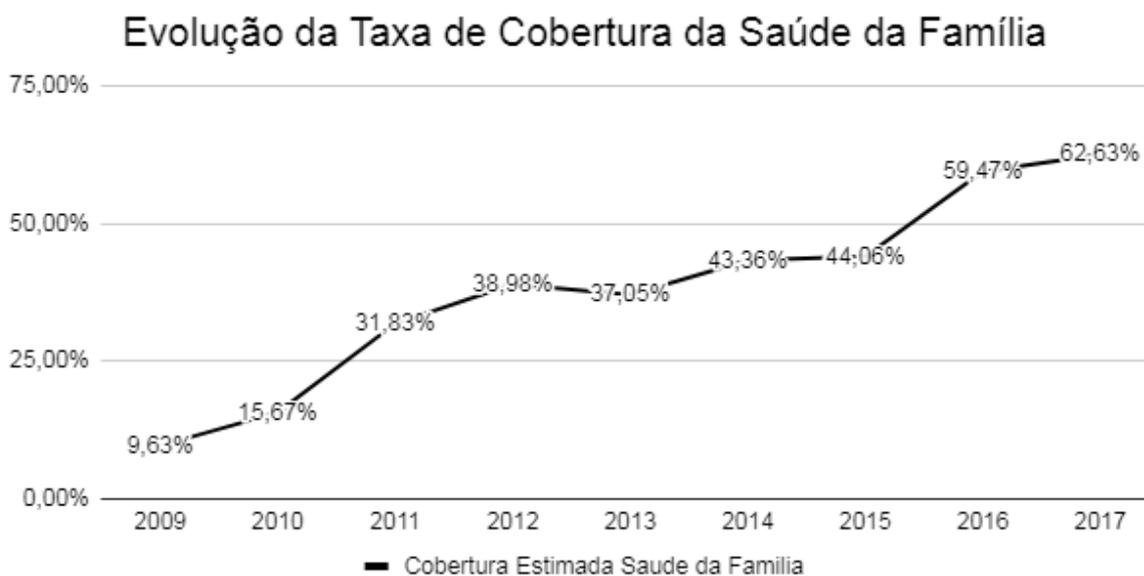
Município do Rio de Janeiro: Número de Equipes de Saúde da Família

2009 - 2017

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Total de equipes de SF	165	450	693	809	835	893	930	1.289	1.294

Fonte: SUBPAV

Gráfico 6



Fonte: e-Gestão Atenção Básica

No primeiro PE foram estipuladas metas ambiciosas neste campo, de aumentar em 10 vezes o percentual de cobertura de Saúde da Família ao fim de 2012. Segundo o mesmo, no início de 2009 a cobertura era de 3,5%, no entanto segundo os dados do e-Gestor, este número era de 7,12%. A fim de se manter fiel ao estipulado pela PCRJ, foi adotada 35% como meta e não 71,2%.

Para atender as demandas de saúde básica e ampliar a cobertura da Saúde da Família o governo criou o programa Saúde Presente, que consiste na construção de novas Clínicas da Família além da reforma de outras tantas. O gráfico mostra que a construção de mais de 115 unidades obteve resultado, fazendo a cobertura saltar para números próximos de 40%. A meta do primeiro PE foi cumprida.

O próximos PE continuou a estipular metas ambiciosas para o período 2013-2016, desta vez o patamar era de 70%. A cobertura da Saúde da Família continuou sua trajetória de crescimento ao longo do segundo mandato, saltando de 38,98% em 2012 para 59,47% em 2016 e 62,63% em 2017.

Apesar de não chegar ao resultado almejado, não se pode julgar os esforços como fracassados. Houve ampliação significativa das equipes de SF, fazendo a cobertura aumentar em quase 10 vezes, de 7,13% em 2008 para 62,93 em 2017.

O Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso (PADI) atende prioritariamente pessoas acima de 60 anos, portadores de patologias de complexidade que permita o atendimento

domiciliar. Este programa foi criado pelo governo em 2010, visando a desospitalização dos pacientes internados nos hospitais, propiciando um retorno mais rápido ao domicílio e ao mesmo tempo uma maior rotatividade dos leitos hospitalares.

Para dar conta desta demanda foi assinado um convênio com a Organização Social Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde (IABAS). Atualmente o IABAS possui contrato de gestão de UPAs e Clínicas da Família no Rio de Janeiro, além de atuar em São Paulo.

A tabela abaixo mostra a evolução dos números de atendimentos referentes ao Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso ao longo do governo Eduardo Paes:

Tabela 10

Número de Atendimentos do Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso (PADI)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Nº de Atendimentos	3.227	57.277	86.560	149.286	35.408	65.208	194.268

Fonte: Relatório Anual de Gestão-CMS

Foram estabelecidas metas de número de atendimentos que deveriam chegar ao patamar de 36 mil até 2012 e 60 mil até 2013. A meta de 36 mil atendimentos foi batida já no segundo ano de funcionamento do programa em 2011, superando a marca de 50 mil. Esse número continuou a crescer, chegando em 2013 a quase 150 mil atendimentos, bem acima dos 80 mil estipulados como meta. Os anos de 2014 e 2015 mostram uma queda abrupta dos atendimentos, seguida de uma recuperação em 2016.

O que se observa é que o assim como o que aconteceu com os gastos de saúde em geral, houve durante a vigência do segundo PE um arrefecimento de novos investimentos. Inclusive a meta de se estabelecer 20 UPAs ao fim do primeiro mandato ficou comprometida com a estagnação dos investimentos. O número total de UPAs, ao final de 2012 e de 2016, era o mesmo – 14 unidades (Tabela 6).

A tabela abaixo mostra o número de Unidade de Pronto Atendimento em funcionamento ao final de cada ano.

Tabela 11

**Município do Rio de Janeiro: Número Total de Unidades de Pronto Atendimento (UPA)
Existentes ao Final de Cada Ano**

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Nº de UPAs	1	9	12	14	14	14	14	14	15

Fonte: Relatório Anual de Gestão-CMS

A tabela abaixo mostra a compilação das metas e resultados dos PE, ressaltando que os resultados apresentados são referentes aos índices obtidos ao fim dos respectivos anos dados como prazo:

Tabela 12

Resumo das Metas e Resultados dos Planos Estratégicos

METAS	Plano	Resultado	Plano	Resultado
	Estratégico 09-12		Estratégico 13-16	
Mortalidade Infantil	12,09	12,68	10	12,77
Mortalidade Materna	55,32	63,7	41	74,6
Cobertura da SF	35%	38,98%	70%	59,47%
Nº de Atendimentos no PADI ²	36 mil	86.560	-	-
Construção de UPAs ³	20	14	-	-
Tempo adequado para/ consultas médicas	-	-	90%	92%

Fontes: Planos Estratégicos, SIM, SINASC, SMS-RJ, RAGs-CMS

1-SF - Saúde de Família

2- PADI-Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso

3-UPA- Unidade de Pronto Atendimento

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

III.3 - A Metodologia do Índice Firjan de Desenvolvimento Municipal (IFDM Saúde)

O Índice Firjan de Desenvolvimento Municipal foi criado em 2008 com o objetivo de traçar um panorama do desenvolvimento socioeconômico, a nível municipal, e estabelecer bases de comparação com todo o Brasil. O indicador é composto de três áreas do desenvolvimento humano, de pesos equivalentes: emprego e renda; saúde; educação.

Como o presente estudo aborda apenas uma destas áreas, será utilizada a parte correspondente a saúde. Por se tratar de um índice municipal, as estatísticas públicas que o compõem se referem a atenção básica.

Segundo a metodologia do índice, ele varia de 0 a 1, sendo que quanto mais próximo de 1, maior o nível de desenvolvimento local. Para facilitar a análise, foram convencionados quatro níveis de conceitos: (0 a 0,4) baixo desenvolvimento; (0,4 a 0,6) desenvolvimento regular; (0,6 a 0,8) desenvolvimento moderado; (0,8 a 1,0) alto desenvolvimento.

Como afirmado anteriormente, o IFDM Saúde contempla indicadores cujo controle é de competência municipal, sendo estes: proporção de atendimento adequado de pré-natal, óbitos por causas mal definidas, óbitos infantis por causas evitáveis e internações sensíveis à atenção básica. Todos estes indicadores são apurados e divulgados em plataformas públicas do Ministério da Saúde (DATASUS), sendo eles os: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e o Sistema Internações Hospitalares (SIH).

Proporção de atendimento adequado de pré-natal.

O Ministério da Saúde instituiu em âmbito nacional o número mínimo de seis consultas de acompanhamento pré-natal. Ao se mensurar o percentual de gestantes com sete ou mais consultas se verifica o grau de cobertura de atendimento pré-natal satisfatório, nos serviços de saúde municipal, servindo como termômetro das condições de acesso e qualidade de saúde as gestantes.

Tal serviço básico de saúde é fortemente influenciado por fatores de natureza socioeconômica, pela infraestrutura local e por políticas públicas de assistência e prevenção. Em relação ao seu custo é relativamente pouco dispendioso servindo de excelente instrumento de prevenção da saúde da mulher e da criança.

Óbitos por causas mal definidas.

As estatísticas de mortalidade, em especial as relativas às causas de morte, cumprem papel preponderante no planejamento dos serviços de saúde. Tais estatísticas devem ser dotadas de qualidade suficiente para se identificar os padrões de mortalidade. As mortes cujas causas são classificadas como mal definidas também formam um indicador relevante, pois indicam não só a disponibilidade de assistência médica prestada, como a característica do preenchimento da declaração de óbito.

Óbitos infantis por causas evitáveis.

Reconhecida pela ONU com um dos indicadores mais sensíveis da condição de vida e de saúde de uma população, a mortalidade infantil serve como um indicador que mensura o impacto dos serviços de saúde, refletindo a qualidade prestada. Não por menos sua diminuição

foi incluída como um dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

Sua disponibilidade de dados o torna próprio para o monitoramento dos serviços de saúde, permitindo análises temporais e comparações entre regiões. Por isso constitui referência importante na avaliação dos desempenhos dos sistemas de saúde

Internações sensíveis à atenção básica (ISAB)

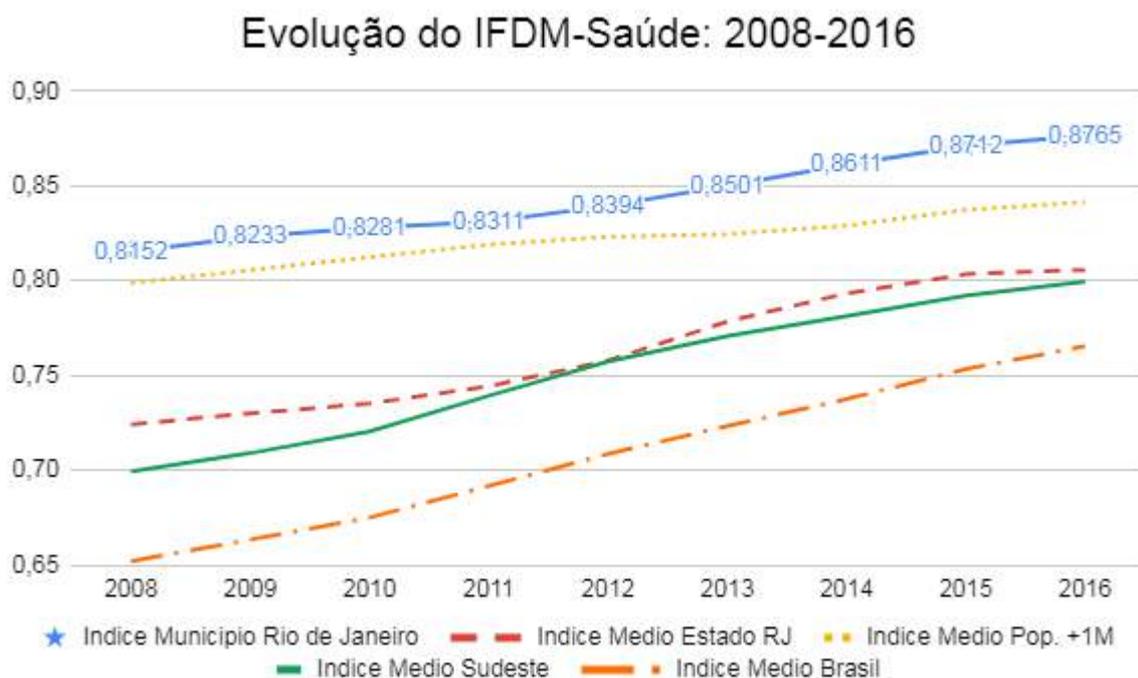
Este indicador reflete em que condições internações hospitalares poderiam ser evitadas, caso os serviços de atenção básica fossem efetivos e acessíveis. Pressupõe-se que quanto maior for a capacidade de resolução dos serviços de atenção básica, menor serão as internações hospitalares, fruto tanto da melhoria de ações de cunho preventivo quanto dos tratamentos ambulatoriais.

Portanto o ISAB integra o IFDM Saúde por permitir a identificação de problemas de acesso e qualidade de serviços de atenção básica, compreendendo esta ser a porta de entrada do sistema de saúde em âmbito municipal

III.4 - Análise Comparativa do IFDM-Saúde

O gráfico a seguir ilustra a evolução do IFDM-Saúde carioca comparado a evolução do mesmo índice médio em: municípios do Estado do Rio de Janeiro; municípios da região Sudeste; todos os municípios Brasil; municípios com população acima de 1 milhão de habitantes. O corte temporal se inicia em 2008, ano imediatamente anterior à promulgação da Lei das OSS.

Gráfico 7



Fonte: IFDM Saúde. Elaboração própria

Foi feita também comparação com a evolução dos índices de municípios dotados de população acima de um milhão de habitantes, sendo eles: Brasília, Belém, Belo Horizonte, Campinas, Curitiba, Fortaleza, Goiânia, Guarulhos, Maceió, Manaus, Porto Alegre, Recife, Rio de Janeiro, Salvador, São Gonçalo, São Luís, São Paulo. Tais cidades foram escolhidas para efeito de análise devido ao tamanho populacional:

O comportamento que se observa do IFDM Saúde, é de crescimento sustentado. Os resultados obtidos pelo município do Rio de Janeiro se encontravam, a princípio, ligeiramente abaixo do limiar do conceito alto desenvolvimento, transpassando este marco já no ano de 2007. Ao longo da última década, a escalada do índice continuou na mesma trajetória, apresentando taxa de crescimento similar.

Pelo gráfico se observa uma tendência de crescimento do índice em todo o Brasil e respectivas regiões. Entre 2008 e 2016 houve crescimento do índice médio da ordem de: 17,41% nos municípios de todo o Brasil; 14,11% nos municípios da região Sudeste; 11,51% no municípios do Estado do Rio de Janeiro; 5,33% nos municípios com população maior a 1 milhão de habitantes.

A cidade do Rio de Janeiro apresentou um aumento de 7,51% em seu índice. Vale

ressaltar que o município partia de um nível mais elevado de desenvolvimento, e que portanto a tarefa de outras cidades poderiam ser considerada menos complicada. Vale a pena comparar não só a evolução do índice, mas também a variação da posição no ranqueamento da cidade em relação aos outros municípios.

A tabela a seguir apresenta um compilado da variação dos IFDM-Saúdes nas regiões mencionadas durante os anos de 2008 a 2016, além das posições relativas ocupadas pelo município do Rio de Janeiro nas respectivamente regiões:

Tabela 13
**Tabela Comparativa do Índice IFDM-Saúde e
Posição Relativa do Município do Rio de Janeiro**

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Índice RJ	0,8152	0,8233	0,8281	0,8311	0,8394	0,8501	0,8611	0,8712	0,8765
Índice Médio Pop. +1M*	0,7989	0,8056	0,8124	0,8190	0,8231	0,8246	0,8290	0,8374	0,8415
Índice Médio Estado RJ	0,7242	0,7300	0,7352	0,7443	0,7578	0,7785	0,7933	0,8035	0,8057
Índice Médio Sudeste	0,6994	0,709	0,7204	0,7393	0,7573	0,7707	0,7813	0,7921	0,7995
Índice Médio Brasil	0,652	0,6634	0,675	0,6917	0,7086	0,7233	0,7375	0,7534	0,7655
Posição Pop. + de 1M*	8°	8°	9°	10°	9°	9°	9°	9°	9°
Posição Estado	15°	17°	18°	20°	19°	22°	21°	17°	15°
Posição Sudeste	397°	381°	383°	433°	462°	461°	419°	403°	411°
Posição Brasil	1.034°	1.025°	1.048°	1.136°	1.193°	1.197°	1.121°	1.122°	1.141°

Fonte: IFDM Saúde. Elaboração própria

* Cidades com mais de 1 milhão de habitantes (Brasília, Belém, Belo Horizonte, Campinas, Curitiba, Fortaleza, Goiânia, Guarulhos, Maceió, Manaus, Porto Alegre, Recife, Rio de Janeiro, Salvador, São Gonçalo, São Luís, São Paulo)

Quando comparado aos índices de outros municípios, o que se observa em termos de posição no ranking, é que o Rio de Janeiro não melhorou sua posição relativa, tanto a nível nacional, quanto regional, estadual e quando comparado a outras grandes cidades.

A nível nacional, sua colocação variou de 1025 em 2009 a 1197 em 2013, fechando o ano de 2016 mais de cem posições atrás de sua colocação em 2008. Na região sudeste o mesmo ocorre, saindo o município da posição 397 em 2008 e ainda para 411 posição em 2016.

Dentro do Estado do Rio de Janeiro houve oscilação porém ao final de 2016 não houve perda de posições. Vale ressaltar que a cidade fica atrás tanto de municípios mais ricos como Niterói e Volta Redonda quanto mais pobres como Natividade e Barra Mansa, evidenciado a mediocridade dos resultados.

Talvez devido ao perfil de metrópole a melhor comparação a ser feita seja com outros municípios de similar magnitude. Para isso foi adotado o corte de um milhão de habitantes.

Quando comparado a estes municípios fica evidente os resultados ruins do Rio de Janeiro. De um total de 17 municípios a cidade fica na segunda metade do ranking, à frente apenas de outras grandes cidades do Norte e Nordeste brasileiro. As exceções são Belo Horizonte que ultrapassa o Rio de Janeiro a partir de 2012 e Porto Alegre que foi ultrapassada em 2015.

Não há portanto como concluir que os resultados obtidos pelo Rio de Janeiro tenham destoado das tendências regionais e nacionais.

III.4 - As Operações Ilha Fiscal e S.O.S e o Modelo de Gestão por OSS.

Devido ao caráter ainda inconcluso das investigações e os respectivos trâmites jurídicos acerca de desvio de dinheiro e outros atos ilícitos perpetrados por OSS, o presente estudo se limitou a tecer comentários e não um estudo aprofundado sobre o tema. No entanto fez-se necessário abordar os ocorridos pela relevância e pelas implicações sobre a avaliação do modelo gestão de saúde implementado.

Operação Ilha Fiscal¹

Após o TCM apontar vícios no processo de qualificação da OSS Biotech e indícios de superfaturamento em contratos, o Ministério Público do Rio de Janeiro (MP-RJ) ingressou com uma primeira ação civil pública junto ao Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro (TJ-RJ), requerendo o afastamento da OS da administração do Hospital Pedro II. De forma paralela outra investigação resultou na denúncia dos irmãos Pelegrini e outros 33 acusados de formação de quadrilha.

A operação “Ilha Fiscal” foi deflagrada em dezembro de 2015, após a comprovação do MP-RJ de que houvera desvio de recursos de aproximadamente 53 milhões de reais, em favor de “laranjas” que haviam recebido tais recursos na forma de contratos, sem licitação, para gerir o Hospital Pedro II, o Centro de Emergência Regional Santa Cruz e o Hospital Municipal Ronaldo Gazolla em Acari.

A investigação comprovou compras superfaturadas de pagamentos por serviços não prestados por pessoas ligadas a quadrilha. O esquema envolvia práticas com direcionamento de contratos, preços superfaturados na aquisição de medicamentos, exames laboratoriais, equipamentos, serviços de limpeza, serviço de engenharia clínica entre outros.

¹Fonte: <https://www.valor.com.br/politica/4959350/mp-rj-ajuiza-acao-contra-ex-secretarios-de-saude-do-rio> (acesso em 05/10/2018)

Operação S.O.S²

Esta operação investigativa teve como objetivo desvelar fraudes ocorridas na SMS-RJ, envolvendo a OS Pró-Saúde, que administrava hospitais como: Getúlio Vargas, Albert Schuartz, Adão Pereira Nunes e Alberto Torres. As investigações apontaram que Miguel Iskin, reconhecido fornecedor de equipamentos médico-hospitalares, também investigado na operação Lava-Jato, tinha ascendência sobre o orçamento e liberação de recursos pela SMS, ao indicar empresas com cotações de preço e propostas fraudadas. Em contrapartida cobrava-se 10% sobre os contratos com fornecedores da OSS.

O esquema envolvia também o ex-secretário de saúde Sérgio Côrtes, além de 3 ex-gestores da OS Pró-Saúde, Ricardo Brasil, Manoel Brasil e Paulo Câmara, que obtiveram vantagens indevidas no valor de 30 milhões de Reais entre 2012 e 2014.

Demais Casos³

No dia 23 de Fevereiro de 2013 o jornal O Globo publicou matéria onde apontava que das dez organizações sociais (OSs) que administravam 108 das 248 unidades de saúde da prefeitura do Rio, oito eram investigadas pelo MP estadual e em ações TJ-RJ por suspeitas de irregularidades. As denúncias variam desde não fornecimento de condições adequadas aos pacientes, até casos de desvios de recursos públicos. Por maioria as investigações foram baseadas em 16 auditorias realizadas pelo TCM-RJ, onde se constatou em alguns casos, sobrepreços de até 508% dos insumos.

Apenas na OS Fiotec não haviam sido detectados problemas. Foram apontadas irregularidades a época nos serviços dos: Instituto de Atenção Básica e Avançada de Saúde (Iabas), Viva Rio, Associação Paulista, Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim (Cejam), Centro de Estudos e Pesquisas 28 (Cep 28), Gnosis, Unir e Cruz Vermelha.

Os técnicos do TCM apontaram como principais problemas a fragilidade da fiscalização de contratos por parte dos servidores indicados para a função de controle de gastos e aferição e de metas estipuladas às OSS.

Assim como nos foi explicado nos casos anteriores, foram detectadas irregularidades de sobrepreço de serviços e insumos, duplicidade de notas, cobrança de serviços não realizados

² Fonte: <https://istoe.com.br/operacao-s-o-s-prende-sergio-cortes-de-novo/> (acesso em 05/10/2018)

³ Fonte: <https://oglobo.globo.com/rio/das-dez-oss-que-operam-no-municipio-oito-estao-sob-investigacao-18494571> (acesso em 06/10/2018)

e não recolhimento de encargos sociais. Tudo isto contraria os objetivos de transparência e eficiência nos custos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O município do Rio de Janeiro, por suas peculiaridades históricas, demorou a ser afetado pelas ondas de reformas do Estado que aconteceram no restante do Brasil ainda nos anos 90. Estas mesmas peculiaridades aliada às limitações impostas pela LRF serviram de argumentos para que se implementasse no município métodos de gestão mais permeáveis a iniciativa privada.

A partir de 2009 o município do Rio de Janeiro entregou a iniciativa privada, na forma de OSS, as portas de entrada para o seu sistema de saúde, legando para si o papel de controle de resultados através da aplicação de recursos. O que se almejava com a nova política era que processos de contratação fossem aperfeiçoados gerando eficiência nos custos e maior transparência. Foi implementado também uma reestruturação do sistema de emergência e aplicado maior foco a atenção primária.

O que se observou durante o período foi um acréscimo dos gastos com saúde pelo município em termos reais de 58%. No entanto, deve-se ressaltar, que todo este acréscimo foi repassado para o controle de OSS. Dentro das categorias orçamentárias de sub funções fica claro a mudança de enfoque dos gastos, ao se constatar a quadruplicação dos valores despendidos com Atenção Básica, enquanto o restante manteve, apesar de oscilações, patamares de gastos similares ao longo do tempo.

Os indicadores municipais comprovam esta reorientação tendo a Atenção Básica com eixo estruturante. A cobertura do programa Estratégia Saúde da Família chegou a 62% da população. Atesta-se também a proliferação de Centros Municipais de Saúde e Clínicas da Família, que juntos atualmente possuem 230 unidades⁴.

A fatia de gastos com pessoal e encargos caiu 10 % em termos reais, e em 24% em termos relativos ao total do orçamento de saúde. Isto denota uma política deliberada de arrocho salarial dos servidores que têm sido preteridos em favor de contratados via CLT.

Já os indicadores de números e valor de procedimentos mostram sinais ambíguos. Por um lado houve queda de 30% do valor médio por procedimento, o que representaria um

⁴ Painel de Indicadores; SUBPAV. Distribuição de Unidades de Saúde - Rio de Janeiro. Atualizado em 12/10/2018

expressivo ganho de eficiência nos gastos. No entanto o número de procedimentos quase triplicou, e a razão entre consultas médicas e exames solicitados multiplicou-se por 6.

Tudo isto suscita dúvidas em relação ao argumento de que o novo modelo de gestão resultaria em maior eficiência de custos. Os indicadores denunciam uma lógica de produção de procedimentos e exames. Essa percepção é corroborado pela quantidade de casos de fraudes por parte de OSS, apontados pelos órgãos fiscalizadores.

Outro dado relevante sobre o número de procedimentos diz respeito a origem do estabelecimento em que foi demandado. Houve quedas significativas em relação aos procedimentos de média e alta complexidade. Em contrapartida multiplicou-se quase por 6 os procedimentos em Unidades Básicas de Saúde. Isto corrobora o que fora afirmado anteriormente acerca da reestruturação da rede de saúde implementada e a mudança de foco em direção à Atenção Básica.

No âmbito da eficácia o município não apresentou grandes melhoras. O índice de mortalidade infantil apresentou queda, no entanto longe da meta estipulada. Em sentido contrário a taxa de mortalidade materna apresentou alarmante tendência a crescimento. Já o índice de mortalidade geral cresceu cerca de 2,6%.

O índice IFDM-Saúde aponta para resultados medianos, onde o município acompanha a trajetória de crescimento do país e região. A cidade no entanto continua a figurar entre as piores metrópoles do sul-sudeste, melhor apenas que capitais do norte-nordeste.

Em suma, a reestruturação do sistema almejada foi bem sucedida. Os objetivos de maior eficiência e eficácia dos gastos apresentaram resultados dúbios, com ganhos de custos sendo negativamente compensados por proliferação de procedimentos. A efetividade em termos de melhora na qualidade da saúde da população ainda não foi constatada. E por fim a transparência prometida está longe de ser realizada, devido a dificuldade de acesso a dados e frequentes casos de fraude e corrupção constatados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

GUERREIRO, Maria. Análise dos Gastos Sociais Brasileiros na Perspectiva do Estado de Bem-Estar Social: 1988 a 2008. 2010. 159f. Dissertação (Mestrado em Economia) – Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2010.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Edições Câmara, 2011.

Paim J.; Travassos C.; Almeida C.; Bahia L.; Macinko J.; O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*, Volume 377, No. 9779, p 1778–1797, 21 de Maio 2011.

Souza R.; O SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE BRASILEIRO Sec. de Assistência à Saúde Ministério da Saúde - Brasil ; Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas São Paulo, Brasil, Agosto de 2002

PARECER PRÉVIO DO TRIBUNAL DE CONTAS. Rio de Janeiro: Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro, 2009-2017. Anual.

PRESTAÇÃO DE CONTAS. Rio de Janeiro: Controladoria Geral do Município, 2009-2017. Anual.

Anexo Metodológico – IFDM 2018 – Ano base 2016

ARMSTRONG P.; ARMSTRONG H. About Canada: health care. Winnipeg: Fernwood Publishing, 2008.

BORGES, F.T. et al. Anatomia da privatização neoliberal do SUS : o papel das organizações sociais. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012.

MATTOS, V.A. Serviço Social: cotidiano profissional nas unidades de pronto atendimento geridas por organizações sociais no município do Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Rio de Janeiro, 2012.

PARADA, R.A. A construção do sistema estadual de saúde: antecedentes e forma de inserção. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.11, n.1, 19-104, 2001.

VICTORA, C.G.; BARRETO, M.L.; LEAL M.C.; MONTEIRO C.A.; SCHMIDT M.I.; PAIM J.; BASTOS F.I.; ALMEIDA C.; BAHIA L.; TRAVASSOS C.; REICHENHEIM M.; BARROS F.C. Health conditions and health-policy innovations. In: *Brazil: the way forward*. *Lancet*, 2011.

BRASIL. Ministério da Reforma do Aparelho do Estado. Plano Diretor da Reforma do Estado. Brasília, 1995. 68 p.

_____. Ministério da Administração e Reforma do Estado. Organizações Sociais.

BARROS, Elizabeth. Financiamento do Sistema de Saúde no Brasil: marco legal e comportamento do gasto. Série Técnica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde / Organização Panamericana de Saúde – Brasília – 2002.

BRASIL – Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília /DF: Senado 1988

_____ – Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990

_____ – Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990.

<https://www.valor.com.br/politica/4959350/mp-rj-ajuiza-acao-contra-ex-secretarios-de-saude-do-rio> (acesso em 05/10/2018)

<https://istoe.com.br/operacao-s-o-s-prende-sergio-cortes-de-novo/> (acesso em 05/10/2018)

<https://oglobo.globo.com/rio/das-dez-oss-que-operam-no-municipio-oito-estao-sob-investigacao-18494571> (acesso em 06/10/2018)