Fragilidades dos mecanismos de controle das Organizações Sociais de Saúde no município do Rio de Janeiro

João Paulo Tapioca de Oliveira
(Analista de orçamento e gestão pública no gabinete do vereador Paulo Pinheiro – CMRJ)
Sonia Fleury
(Pesquisadora e consultora - CIDADANIA)

Dissertação de Mestrado em Administração Pública da EBAPE/FGV --- map_ebape@fgv.br

RESUMO

Este trabalho vai avaliar o funcionamento dos principais mecanismos de controle das organizações sociais de saúde, no caso específico do Município do Rio de Janeiro. As reiteradas denúncias de irregularidades e ilegalidades apontadas pelo Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro e pelo Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro levantaram dúvidas acerca da adequação dos processos de monitoramento, fiscalização e controle dessas entidades. Disto decorre nosso objetivo central de pesquisa, que é identificar as fragilidades do novo modelo de gestão por organizações sociais de saúde, no caso da cidade do Rio de Janeiro. Para isso, foram analisados: o arcabouço jurídico-normativo do modelo local, a partir de análise comparativa da legislação municipal que regulamenta seu funcionamento (Lei 5.026/09) e sua contraparte federal (Lei 9.637/98); indicadores de saúde que mensurassem o desempenho das OSS; todas as inspeções realizadas pelo TCM-RJ até o fim de 2015; e o conjunto de recomendações enviado pelo MP-ERJ para a Prefeitura após deflagração da Operação Ilha Fiscal, que acarretou a desqualificação da OS BIOTECH e a prisão de seus dirigentes, acusados de desviar mais de R$48 milhões em recurs**OS PÚBLICos**. Ao final, constatou-se que as fragilidades da legislação municipal e dos decretos executivos que regulamentam a atuação das OSS no MRJ não permitem o exercício efetivo do comando da parceria, em afronta, portanto, ao dispositivo constitucional que determina que a atuação de entidades privadas no âmbito do SUS pode se dar apenas de modo complementar. Ademais, verificou-se total inadequação da estrutura de controle pela Prefeitura, cuja principal consequência foi tornar o modelo de reforma gerencialista em um modelo que incentiva o comportamento patrimonialista no âmbito da saúde pública, uma vez que o controle de meios é absolutamente negligenciado.

PALAVRA-CHAVE: Organizações Sociais de Saúde; Reforma do aparelho do estado; New Public Management; Reforma administrativa; Reforma sanitária; SUS; Controle externo; Fiscalização; Monitoramento; Resultado; Desempenho; Tribunal de contas; Ministério público; Patrimonialismo.

ABSTRACT

The research problem of this study is the evaluation of the acting of health social organizations' main control mechanisms, in the specific case of the Municipality of Rio de Janeiro. The recurrent denouncement of irregularities and illegalities by the Court of Audit of the City of Rio de Janeiro and the Public Prosecutor's Office of the State of Rio de Janeiro has raised doubt concerning the adequacy of the monitoring, control and oversight of these entities. This implies our main research objective that is to identify the weaknesses of the new public management model by health social organizations, in the case of the city of Rio de Janeiro. For this, were analyzed: the legal and normative framework of the local model, from a comparative analysis between the municipal law governing its operation (Law 5.026/09) and its federal counterpart (Law 9.637/98); health indicators measuring the social organizations' performance; all Court Audit's inspections made before the end of 2015; and the set of recommendations sent by the Public Prosecutor's Office to the City Hall after the deflagration of the Operation Fiscal Island, which resulted in the disqualification of the Social Organization called BIOTECH and the prison of its leaders, accused of embezzling more than R$48 million in public resources. On final conclusions, it was found that the weaknesses of the municipal legislation and executive decrees regulating the activities of the Health Social Organizations in the Municipality of Rio de Janeiro do not enable the effective control of the partnership by the State, therefore going against the constitutional provision which determinates that Health Social Organization's activities under the SUS are to be limited to a complementary position. Moreover, it was identified the complete inadequacy of the control structure by the City Hall, whose main consequence was to pervert the managerial perform intended into a model that encourages patrimonial behavior within the public health system, since control of measures was completely neglected.

Key-words: Health Social Organizations; Reform of the state apparatus; New public management; Administrativa reform; Health reform; SUS; External control; Oversight; Monitoring; Results; Performance; Court of audit; Public prosecutor; Patrimonialism.

1. Introdução

A narrativa de crise do Estado ao final do século XX ensejou a transição de um paradigma burocrático da administração pública para um novo paradigma gerencial. No Brasil essa transição ganhou face em 1995, durante a presidência de Fernando Henrique Cardoso, com a Reforma do Aparelho do Estado do ministro Luiz Carlos Bresser-Pereira. No âmbito da Saúde, a Reforma tratou-se da publicização das unidades de saúde, i.e. sua transferência para a propriedade pública não estatal, representada pelas Organizações Sociais de Saúde (OSS). Desse modo, o Estado retirava-se da função de prestador direto dos serviços de saúde passando a regular o serviço prestado por essas entidades privadas, financiado com recursos públicos. Este artigo vai analisar o funcionamento dos quatro principais mecanismos de controle das OSS, no caso específico do Município do Rio de Janeiro, desde sua introdução em 2009 até as novas medidas de regulação implementadas em 2016 após a deflagração da Operação Ilha Fiscal, que acarretou a desqualificação da OS BIOTECH e a prisão de seus dirigentes, acusados de desviar mais de R$ 48 milhões em recursos públicos destinados à Saúde.

Segundo Dualibe (2012), são seis os mecanismos de controle previstos para as OSS no Brasil - (i) o controle gerencial realizado pela própria OSS, (ii) o controle interno realizado pelo poder Executivo, (iii) o controle externo realizado pelo poder Legislativo (parlamentares e os Tribunais de Contas), (iv) o controle exercido pelo Ministério Público, (v) o controle judiciário exercido sobre o marco regulatório do modelo e (vi) o controle social exercido pela sociedade civil organizada ou não. Os quatro primeiros serão analisados neste trabalho.

Na primeira seção é apresentado como o novo modelo de gestão da saúde por organizações sociais é parte fundamental do projeto de transformação da saúde municipal do então prefeito Eduardo Paes, que desse modo conseguiu expandir de modo relevante a rede municipal de saúde sem atingir o teto de gasto com pessoal estabelecido pela Lei de Responsabilidade Fiscal, e assim implementou a Atenção Básica no município de fato pela primeira vez, tornando-a o eixo orientador do sistema, mas tendo como consequência a completa inversão do comando sobre o sistema e o transbordamento da atuação privada no âmbito da saúde pública municipal para além da complementaridade permitida pela constituição. Na segunda seção, a análise comparativa entre as Leis das OS federal e municipal revelou fragilidades no desenho institucional implementado no município que afastam o modelo local de gestão por OS do projeto apresentado no Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado, aproximando-o da versão liberal desenhada no Estado de São Paulo e desequilibrando a relação público-privado no SUS em favor da iniciativa privada. Em seguida serão analisados os dois primeiros mecanismos de controle, gerencial e interno, demonstrando que os mesmos concentram-se no monitoramento de resultados e negligenciam o controle de meios e processos, abrindo margem à ocorrência de diversas irregularidades cometidas pelas organizações sociais, revelando também a falta de transparência e inadequação técnica desses mecanismos. Finalmente, a análise dos dois mecanismos de controle seguintes, externo e Ministério Público, traz à tona as inúmeras irregularidades cometidas pelas OSS no município do Rio, demonstrando que a fragilidade estrutural do controle interno exercido pela Prefeitura impossibilita o adequado acompanhamento das atividades implementadas e do cumprimento das obrigações contratuais, facilitando que as OSS se desviem dos princípios da Administração Pública, sobretudo a moralidade, a impessoalidade, a economicidade e a eficiência.

Conclui-se que as principais fragilidades dos mecanismos de controle das OS dizem respeito ao Controle Interno da Prefeitura e que a efetividade do controle depende da colaboração entre os diferentes mecanismos. A implementação precipitada do novo modelo de gestão incumbiu aos servidores da Secretaria Municipal de Saúde uma tarefa de monitoramento, controle e fiscalização para a qual não tinham estrutura e preparo para

realizar, acarretando as diversas irregularidades identificadas no âmbito dos contratos de gestão O trabalho atesta a tese de Alcântara (2009) que o foco apenas no cumprimento de metas e no desempenho dos indicadores pactuados, ignorando-se o controle dos meios que servem de instrumento para o alcance do bom desempenho, acarreta aumento do patrimonialismo na Administração Pública brasileira – a extrema fragilidade e inadequação do sistema de controle acabou por incentivar o comportamento patrimonialista no âmbito da saúde pública carioca, sem produzir os resultados de eficiência e efetividade esperados.

2. Transformações na Política Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (2009-2015)

A implementação do novo modelo de gestão por organizações sociais foi autorizada no Estado brasileiro em 1998 pela Lei Federal 9.637 e a partir de então pode ser implementado nas diversas esferas administrativas, conforme aprovado em legislação própria. No Rio de Janeiro, a Lei das OS foi aprovada em âmbito municipal somente em 2009, nos primeiros meses da gestão do prefeito Eduardo Paes. O modelo das OSS foi então apresentado como solução para prevenir que o limite máximo de gastos com pessoal, estabelecido pela Lei de Responsabilidade Fiscal em 54%[1] da Receita Corrente Líquida, impedisse a expansão da rede pública de saúde municipal, uma vez que o gasto com pessoal de saúde contratado pelas OSS não é contabilizado no cálculo desse limite. A análise da Tabela e Gráfico 1 deixam claro o sucesso das OSS nesse sentido - a proximidade do limite máximo de gasto com pessoal em 2008 não impediu a grande expansão do número de funcionários atendendo na rede municipal de saúde nos anos seguintes; em verdade, apesar dessa expansão, o gasto com pessoal da Prefeitura caiu no período analisado.

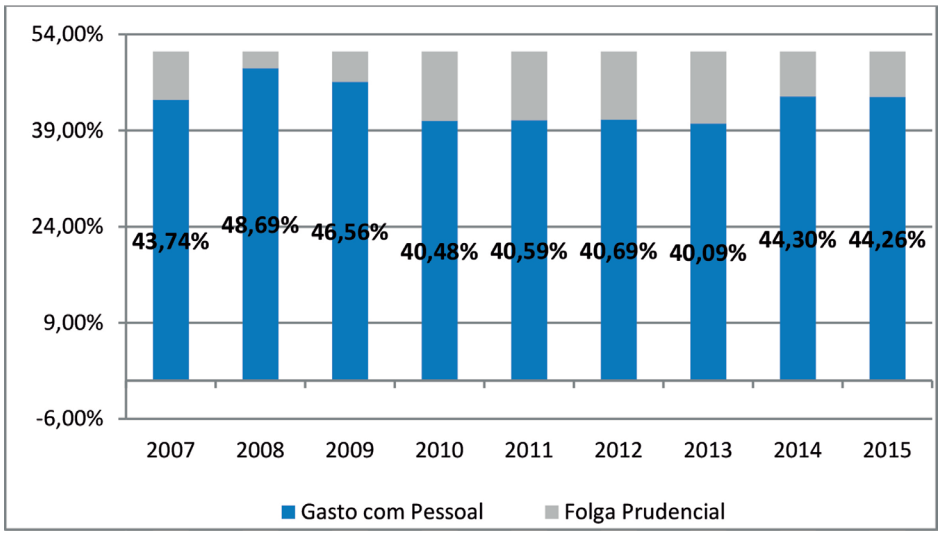
Tabela 1 – Evolução das Equipes de Saúde da Família (2008 – 2015)

Área de Planejamento	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
AP 1.0	3	13	22	22	35	40	53	53
AP 2.1	2	5	42	42	51	53	60	61
AP 2.2	3	5	7	12	19	31	23	30
AP 3.1	12	24	57	93	104	108	149	154
AP 3.2	1	1	2	36	45	62	86	82
AP 3.3	9	11	20	41	88	88	123	123
AP 4.0	7	8	9	15	30	40	48	44
AP 5.1	8	27	22	39	78	82	105	114
AP 5.2	14	49	60	77	100	104	119	125
AP 5.3	4	17	70	87	105	105	116	114
Total	**63**	**160**	**311**	**464**	**655**	**713**	**882**	**900**

Elaboração SMS. Fonte: SUBPAV, 2015

1 LC 101/00, art.20, III, b

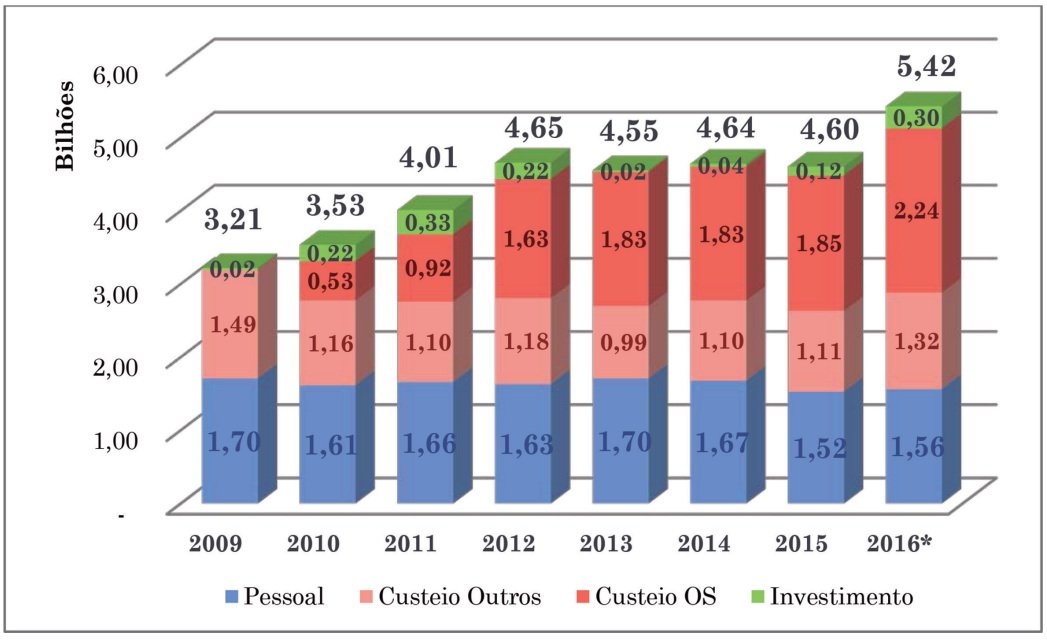
Gráfico 1 – Evolução Percentual do Gasto com Pessoal da Prefeitura



Elaboração própria. Fonte: Prestação de Contas (2007-2015)

Para entender como isso foi possível, é necessário compreender um pouco da relação entre orçamento público, LRF e a Lei das OS. Conforme consta no Gráfico 2, o orçamento da SMS é dividido em três naturezas de despesa - gastos com pessoal, gastos de custeio (subdivido em Custeio com OSS e Outros Custeios) e investimentos. São considerados como gastos com pessoal apenas as despesas com servidores contratados pelo Regime Jurídico Único. Uma vez que no modelo de gestão por OSS o Estado repassa recursos para essas entidades contratarem pessoal de forma privada para servir nas unidades públicas de saúde, por meio de contratos subscritos na Consolidação das Leis Trabalhistas, esses recursos são considerados como gastos de custeio, não sendo contabilizados no cálculo do limite de gasto com pessoal estabelecido pela LRF. Essa manobra jurídica abre espaço para a flexibilização das relações de trabalho no âmbito do Sistema Único de Saúde e põe em risco o futuro do serviço público estatutário.

Gráfico 2 – Evolução do Orçamento da SMS por Natureza de Despesa



Elaboração própria. Fonte: FINCON | Valores constantes de Junho.16 [IPCA.e] | *Valor autorizado em Junho.16

É possível visualizar no Gráfico 2 que o governo Eduardo Paes promoveu um aumento histórico no orçamento da Secretaria Municipal de Saúde, mais que dobrando (em valores nominais) o montante de recursos destinados à Saúde municipal. Sua análise revela que esse aumento foi integralmente destinado às Organizações Sociais de Saúde, ao passo que os gastos com pessoal estatutário foram contidos ao ponto de sofrerem uma queda real. Fica claro o exercício de uma política tipicamente neoliberal no âmbito do SUS municipal, de flexibilização das relações de trabalho, favorecimento dos contratos flexíveis e pressão sobre o servidor estatutário.

Não é um equívoco afirmar que a política central do governo Eduardo Paes foi a expansão da Rede Municipal de Saúde através do financiamento público de entidades privadas de saúde qualificadas como organizações sociais. Rapidamente os contratos de gestão com OS se tornaram o principal instrumento de gestão adotado pela SMS e a partir de 2012 as OSS passaram a absorver a maior parte dos recursos públicos destinados à Saúde municipal. O planejamento estratégico da Prefeitura para o setor de saúde se concentrava nos seguintes pontos: o Programa Saúde Presente [por meio da Estratégia Saúde da Família]; a reestruturação do atendimento de emergência [por meio dos Centros de Emergência Regional e Unidades de Pronto Atendimento]; e o Programa de Atendimento Domiciliar ao Idoso. Todos geridos por OSS.

Tabela 2 – Evolução da Rede de Serviços Municipais de Saúde (2008 - 2015)

Tipos de Unidade	2008	2015	Δ
Posto de Atendimento Médico	8	0	-8
Posto de Saúde	48	0	-48
Unidade Integrada de Saúde	3	0	-3
Clínica da Família	0	77	+77
Centro Municipal de Saúde	20	120	+100
Centro Municipal de Reabilitação	2	2	0
Centro de Atenção Psicossocial	12	26	+14
Unidade de Pronto Atendimento	0	14	+14
Hospital de Emergência	4	6	+2
Coordenação de Emergência Regional	0	5	+5
Hospital Geral / Especializado	11	8	-3
Hospital Pediátrico	3	2	-1
Casa de Parto	1	1	0
Maternidade	6	7	+1
Instituto	3	3	0
Policlínica	8	9	+1
PADI	0	4	+4
Estação Observatório (OTICS)	0	16	+16
TOTAL	**129**	**300**	**+171**

Elaboração própria. Fonte: SMS, 2015

Tabela 3 – Recursos públicos da Saúde Municipal transferidos à OSS no MRJ

	Valor Pago a OSS	OSS / SMS
2009	4.191.550	0%
2010	460.393.901	13%
2011	859.162.127	20%
2012	1.581.972.642	31%
2013	1.818.133.789	35%
2014	1.659.067.572	37%
2015	1.623.769.655	34%
2016	1.112.381.183	41%
TOTAL	**9.128.072.419**	-

Fonte: RioTransparente. Valores constantes de Junho.16 [IPCA.e]

O novo modelo de gestão por OSS de fato viabilizou a expansão da Rede Municipal de Saúde, sobretudo da Atenção Básica, no Rio de Janeiro, sem esbarrar no teto estabelecido pela LRF para gastos com pessoal. As OSS foram o instrumento escolhido por esse governo para promover uma ampla reestruturação do sistema municipal de saúde, de modo a tornar a atenção básica seu eixo orientador. Isso significa que em vez de um modelo hospitalocêntrico, no qual o cidadão vai buscar o sistema de saúde já em situação de adoecimento, é oferecido ao cidadão uma Atenção Básica preventiva, por meio das Equipes de Saúde da Família, sobretudo da ação dos Agentes Comunitários de Saúde. A desospitalização do sistema em direção às Unidades Básicas de Saúde além de melhorar a saúde da população, ao alcançar o cidadão antes do agravamento das doenças e oferecer saúde preventiva, também reduz os custos do atendimento e facilita o planejamento do sistema. Além disso, os hospitais param de atender demanda espontânea, passando a atender somente demanda georreferenciada, e esse desafogamento (complementado pelo PADI) permite que os hospitais se concentrem na atenção de média e alta complexidade, que é seu objetivo fundamental, resolvendo os gargalos e melhorando o funcionamento de todo o sistema. As demandas espontâneas de urgência e emergência são atendidas pelos CER posicionados ao lado das grandes emergências e pelas UPA espalhadas pela cidade. Note-se que o sistema foi reorganizado de tal maneira que todas as suas portas passaram à gestão privada das OSS. Também o próprio Sistema de Regulação – SISREG –, responsável por organizar a logística do sistema, o georreferenciamento de pacientes e a organização da fila virtual do SUS passou a ser cogerido por uma OSS, levantando inclusive questionamentos do Ministério Público sobre sua adequação.

Até o fim de 2015, 16 Organizações Sociais de Saúde firmaram contratos de gestão com a Prefeitura: Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina - SPDM; Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico - FIOTEC; Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde - IABAS; VIVA RIO; Centro de Integrado de Apoio Profissional - CIAP; Associação Social GLOBAL Soluções em Saúde; Centro de Estudos e Pesquisas 28 - CEP 28; FIBRA Instituto de Gestão e Saúde; Associação MARCA para Promoção dos Serviços; BIOTECH Humana; Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim - CEJAM; Instituto UNIR

de Saúde; Sociedade Espanhola de Beneficiência - SEB; Instituto SAS; CRUZ VERMELHA Brasileira; e Instituto GNOSIS[2].

Entre 2009 e 2015, essas entidades assumiram a gestão de 10 Territórios Integrados de Atenção à Saúde, referentes a cada uma das Áreas de Planejamento, além de dois territórios *ad hoc* (Manguinhos e Madureira); todas as 14 UPA municipais; os 5 CER; o PADI; e também quatro novos hospitais (Maternidade Maria Amélia Buarque de Hollanda no Centro, Maternidade Mariska Ribeiro em Bangu, Hospital Evandro Freire na Ilha do Governador e Hospital Pedro II em Santa Cruz; o programa Cegonha Carioca; e a unidade de apoio à logística e operacionalização de eventos estratégicos e centro de apoio à gestão da informação, avaliação e monitoramento da oferta e utilização dos serviços de saúde no âmbito do SUS, i.e. a gestão do SISREG. Nesse sentido, foram identificados exaustivamente 57 contratos de gestão, além de 4 termos aditivos adicionando novas unidades de saúde a contratos de gestão vigentes (ver Apêndices 1 e 2). Desse modo, fica demonstrado que o novo modelo de gestão por OSS foi peça central no processo de transformação do sistema municipal de saúde iniciado em 2009.

3. Desenho institucional

Tendo em vista a centralidade das OSS para o governo iniciado em 2009 e considerando se tratar de uma inversão substancial da função de governo exercida pela Prefeitura no campo da Saúde (de prestador a regulador), o desenvolvimento prévio de um aparato de regulação, controle e monitoramento adequado no seio da SMS seria fundamental para que, só então, se desse início à transferência gradual da gestão das unidades públicas de saúde e dos recursos públicos correspondentes à iniciativa privada. Isso porque um dos pontos importantes da substituição do modelo anterior baseado na celebração de convênios com Organizações Não Governamentais por contratos de gestão celebrados com OSS trata-se da adoção de instrumentos de monitoramento de resultados que viabilizem a intervenção sobre as fragilidades do serviço prestado. Desse modo, a Prefeitura desenvolve os instrumentos necessários para exercer de fato o comando sobre sua rede e garantir que a utilização dos recursos públicos transferidos às OSS respeitaria os princípios da administração pública, sobretudo a moralidade, a impessoalidade, a eficiência e a economicidade. O objetivo deste trabalho é justamente analisar os mecanismos de controle desenvolvidos pela Prefeitura do Rio de Janeiro para garantir que as OSS atuem segundo os princípios jurídicos e administrativos pertinentes. Em primeiro lugar, foi realizada análise comparativa das Leis Federal (9.637/98) e Municipal das OS (2.026/09) com o objetivo de revelar as particularidades do desenho institucional local em torno das OSS, no sentido de explorar possíveis fragilidades do marco regulatório[3].

A particularidade mais evidente do desenho institucional das OSS no Rio é a proteção das unidades de saúde já existentes, com exceção daquelas destinadas ao Programa Saúde da Família e do Hospi-tal Municipal Ronaldo Gazolla, cuja administração já havia sido privatizada anteriormente por meio de Parceria Público Privada com o mesmo grupo econômico denunciado em 2015 na Operação Ilha Fiscal. A Lei Municipal estabeleceu que as unidades antigas não poderiam ser geridas por OS, o que garantiu a manutenção de um setor efetivamente público no sistema de saúde municipal.

Parte fundamental do modelo de gestão por OS, conforme proposto em legislação federal, são as regras de composição do Conselho de Administração das OS, de modo a garantir o controle social direto por meio da participação de diversas partes interessadas

2 Para conhecer melhor essas organizações, ver Andreazzi, Bravo e Pacheco (2015).

3 A dissertação de Melo (2012) sobre o desenho institucional do controle externo sobre os contratos de gestão com organizações sociais em Pernambuco serviu de referência para esta análise.

(*stakeholders*) - a legislação internaliza parte do controle social e desse modo socializa em parte o **controle gerencial** da entidade. A Lei Municipal alterou drasticamente a regra de composição dessas organizações, prejudicando a essência buscada na legislação federal.

Em primeiro lugar, seguindo o Estado e Município de São Paulo, no Rio de Janeiro também ficou excluída a participação obrigatória de representantes do Estado. Em seguida, e também acompanhando os desenhos paulista e paulistano, o teto permitido de participação de membros ou associados da própria entidade privada foi aumentado de 10% para 55%, permitindo, portanto, que a maioria absoluta do Conselho de Administração seja composta por membros próprios, falindo completamente o objetivo de socializar o controle gerencial da instituição.

A legislação carioca manteve o piso de 10% de participação dos empregados da entidade, entretanto acompanhou um dispositivo estabelecendo que os conselheiros e diretores das OS não podem exercer outra atividade remunerada, com ou sem vínculo empregatício, na mesma entidade, de modo que os empregados da unidade ficam impedidos de participar diretamente do Conselho de Administração, sendo necessário eleger representantes externos não remunerados, agravando a relativa sub-representação desse grupo no Conselho.

Os outros 35% devem ser eleitos pelos demais integrantes do Conselho dentre autoridades de notória capacidade profissional e reconhecida idoneidade moral; entretanto, dada a sobrerrepresentação da própria OS, seu voto é sempre majoritário na hora de eleger essas autoridades, de modo que na prática 90% do Conselho de Administração acaba sendo escolhido pela própria OS, subvertendo completamente a lógica estabelecida no âmbito Federal a respeito da socialização do controle gerencial da entidade.

Por sua vez, o **controle interno** realizado pela Prefeitura se dá, em um primeiro momento, na qualificação da entidade como organização social. O órgão responsável por essa decisão é a Comissão de Qualificação de Organizações Sociais - COQUALI, composta pelos Secretário Municipal da Casa Civil (como presidente), Controlador Geral do Município, Secretário Municipal de Fazenda e Secretário Municipal de Administração. Desse modo, a Prefeitura centraliza o processo de qualificação de OS, separando-o do órgão técnico responsável por selecionar essas entidades. Entretanto, o decreto reproduz a jurisprudência ao estabelecer que o indeferimento de qualificação dar-se-á apenas caso a entidade não se enquadre nas áreas previstas na lei, não atenda os requisitos legais exigidos ou caso apresente documentação comprobatória incompleta. Desse modo, a impessoalidade é estimulada, dificultando a formação de uma barreira política à qualificação das OS.

A legislação carioca autoriza o Poder Executivo a "qualificar como Organizações Sociais as pessoas jurídicas que já obtiveram tal qualificação perante outros Entes Públicos" assim criando um facilitador à entrada de OS de outros estados na cidade do Rio - ressaltando o argumento de Borges (2012) que os movimentos para disseminar o modelo de gestão por OS vêm do estado de São Paulo, onde as OS são o modelo mais difundido de gestão hospitalar. A entidade precisa ter filial no Município do Rio, cabendo ao Poder Público verificar in loco sua existência e adequação antes de ser qualificada. Também é necessário que esteja constituída há pelo menos dois anos no pleno exercício das atividades que pretende realizar, de modo que uma OS não pode se constituir com o objetivo específico de conseguir um contrato de gestão, sendo necessário capacidade financeira própria para se manter pelo período e mínima experiência na gestão das atividades que pretende assumir publicamente. Conforme Borges (2012), esse dispositivo concede aos prestadores privados o direito sobre os bens do SUS, uma vez que para se qualificar como OSS é necessário comprovar relação íntima e prolongada com o setor privado de saúde, garantindo a vinculação dessas entidades com os interesses da indústria médico-hospitalar estabelecida. É válido ressaltar, entretanto, que tal barreira não impediu que OS com má experiência

atestada (e até mesmo sob investigação) em outras esferas administrativas fosse impedida de se qualificar no Rio de Janeiro. Uma inovação regional foi a exigência de publicação de um cadastro com a relação das entidades qualificadas como OS.

O processo de seleção é feito por convocação pública e deve seguir critérios técnicos de decisão com base na capacidade técnica e financeira da entidade e no plano de trabalho e orçamento apresentado. Enquanto o processo de qualificação é centralizado sob a presidência da Casa Civil, a seleção é responsabilidade da Secretaria competente da pasta, através das Comissões Especiais de Seleção, sendo essa a entidade responsável por realizar o controle interno no processo de seleção. Uma vez selecionada a OS vencedora, cabe à Secretaria interessada formalizar sua contratação, especificando o programa de trabalho, metas de resultado, prazos e orçamento. O prazo normal de vigência do contrato é de dois anos, podendo ser estendido até cinco, contanto que sejam atingidas pelo menos 80% das metas definidas para o período anterior. Enquanto a Lei Federal autoriza a adição de créditos suplementares ao contrato apenas para compensar desligamento de servidor cedido, a Lei Municipal cria um enorme facilitador ao estendê-la indiscriminadamente. Outra particularidade local é que a lei municipal veda a cessão, total ou parcial, do contrato de gestão.

Um dos objetivos centrais do contrato de gestão, além de driblar o teto estabelecido pela LRF, é a flexibilização da contratação e dispensa de pessoal, tendo como consequência o relaxamento do controle burocrático sobre as contratações realizadas entre privados. É importante ressaltar que o incentivo à eficiência do gestor opera como um incentivo em potencial às práticas patrimonialistas ainda não superadas na cultura organizacional do Estado brasileiro. Por exemplo, a dispensa da contratação por concurso público e a falta de regulamentação do processo de contratação de pessoal pode facilmente ser subvertida em aparelhamento político das unidades de saúde e cultura clientelista. É importante ressaltar que foi rejeitada, por orientação contrária da base do governo, a emenda propondo que a própria OS publicasse um regulamento dos procedimentos a serem adotados no processo de contratação de pessoal, de modo que a contratação ficou a critério do gestor privado. A lei municipal exigiu a exclusividade de atendimento aos usuários do SUS, evitando que na mesma unidade ocorra tratamento diferenciado de pacientes (públicos e privados) e também o acolhimento direcionado politicamente, submetendo todas as unidades geridas por OSS ao Sistema Nacional de Regulação. A última forma de controle interno exercido pela Prefeitura se dá no processo de desqualificação de uma OS, em cujo caso a mesma deverá devolver o saldo remanescente dos recursos financeiros entregues a sua utilização.

No Apêndice 3 é possível visualizar uma tabela comparativa dos desenhos federal e municipal de controle das OSS. Podem ser considerados avanços do desenho municipal a separação das funções de qualificação e seleção em órgãos distintos; a qualificação e a seleção serem dadas com base exclusivamente em critérios técnicos; convocação pública dos processos de seleção; relação pública das OS interessadas nos contratos; publicação prévia dos critérios de seleção; a imposição que se observe sempre que possível os preços constantes do Sistema de Registro de Preços ou das tabelas constantes do sistema de custos municipal na compra de materiais; e a garantia de publicidade, não apenas em Diário Oficial mas também na Internet, dos contratos de gestão celebrados, regulamento próprio de cada OS contendo os procedimentos que adotará para compras e contratação de serviços e obras necessários à execução do contrato de gestão, dos relatórios financeiros (prestação de contas) anualmente e do relatório de execução do contrato de gestão, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados anualmente. É preciso destacar, entretanto, que é repassado à própria OSS a responsabilidade de definir as metas e indicadores de sua própria avaliação, o que seria um incentivo à captura do regulador. Também é criticável a possibilidade de renovação de um contrato (envolvendo aditamentos orçamentários por extensão de prazo) sem que se faça nova convocação pública e que se averiguem propostas alternativas.

Apesar de alguns avanços, diversos outros esforços em aprimorar o desenho institucional do novo modelo de gestão e a fiscalização dos contratos de gestão na cidade do Rio de Janeiro através de emendas foram derrubados pela base do governo durante o processo de votação da Lei Municipal, como a necessidade de aprovação das qualificações, contratações e aditamentos pelos Conselhos Distritais e Municipal de Saúde, que os indicadores de avaliação de desempenho fossem encaminhados para apreciação pela Câmara de Vereadores e que fosse publicado um relatório anual de desempenho ou que os relatórios de avaliação dos resultados fossem apresentados em audiência pública e encaminhados aos órgãos de controle. A Lei Municipal das OS foi aprovada após três meses de tramitação na Câmara de Vereadores, celeridade atípica nessa Casa Legislativa, e foram aprovadas apenas as emendas consentidas pela base do Governo, demonstrando a evidente força política do novo prefeito. A própria Comissão de Saúde da CMRJ proferiu Parecer Contrário à Lei por considerar que a rápida tramitação do projeto prejudicou seu amplo debate com a sociedade e "aprová-lo nos moldes propostos seria um enorme retrocesso e aumentaria ainda mais as fragilidades do sistema de saúde (...) [contribuindo] para o agravamento dos problemas hoje existentes e a consequente queda da qualidade dos serviços públicos de saúde prestados à população do Rio" (RIO DE JANEIRO, 2009d).

As particularidades do desenho carioca afastam o modelo local de gestão por OS daquele apresentado no Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado, aproximando-o de uma versão mais liberal como a desenhada no Estado de São Paulo. As regras locais de composição do Conselho de Administração viabilizam a privatização da gestão da propriedade pública não estatal, desrespeitando a proposta de socialização do controle gerencial ao garantir o controle majoritário da entidade por seus próprios membros. Foram retiradas as garantias de participação de três agentes fundamentais: o Poder Público, a Sociedade Civil (sem qualquer garantia de representação) e os empregados da organização, impedidos de participar diretamente. O arcabouço jurídico do Novo Modelo de Gestão por OS estabelecido no Município do Rio de Janeiro desequilibra a relação público-privado no SUS em favor da iniciativa privada.

4. Situação dos mecanismos de controle das OSS

Conforme já abordado, o modelo de gestão por OS surge de um esforço de implementação de uma cultura de administração pública de caráter gerencial, ou seja, o estabelecimento de um modelo de governança colaborativa orientada para resultados, no qual o gestor público define precisamente os objetivos que pretende alcançar, sendo-lhe conferida autonomia na gestão dos recursos humanos, materiais e financeiros para alcançar esses objetivos e para o controle de resultados. Parte da doutrina chega a afirmar que "as organizações devem ser responsabilizadas pelos resultados de sua atuação, mais do que pela sua forma de funcionamento" (BARZELEY, 2002 apud DUAILIBE, 2012) ou até mesmo que o controle técnico do Poder Executivo deve "restringir-se aos resultados obtidos em sua execução" (SANO, 2003 apud DUAILIBE, 2012), afirmando que o controle de processos deve ser deixado de lado em favor do controle de resultados. Entretanto, o foco estritamente no controle de resultados ignora a relevância do modelo burocrático em evitar o mau uso do dinheiro público. Para Alcântara (2009 apud DUAILIBE, 2012), o controle reduzido dos meios que servem de instrumento para o alcance do bom desempenho, típico do modelo gerencial, traz o risco de aumento do patrimonialismo. Felizmente, em julgamento da Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 1.923/DF, o STF decidiu que, do ponto de vista do controlador, deveria ser dado o mesmo tratamento aos contratos de gestão que aos convênios, deixando claro que é dever do Estado monitorar todo o processo de execução dos recursos transferidos às OSS, não apenas os seus resultados, pontuando uma clara separação jurídica entre o controle exercido sobre Organizações Sociais e sobre Parcerias Público-Privadas.

A análise dos mecanismos de controle das OSS nos revela, entretanto, que tanto as OSS quanto a própria Prefeitura se concentram quase exclusivamente no controle de resultados, deixando o controle de processos para ser exercido pelo Tribunal de Contas com o eventual apoio da Câmara Municipal e do Ministério Público. A metodologia utilizada neste trabalho para analisar o **Controle Gerencial** exercido pelas OSS foi a revisão dos relatórios de gestão disponíveis publicamente nos sítios eletrônicos[4] das OSS contratadas pela SMS e/ou da Prefeitura, conforme exigido pela legislação municipal. Notou-se que 4 das 16 OSS não possuem sítio eletrônico (aquelas cujos contratos foram rescindidos unilateralmente pela Prefeitura – GLOBAL, MARCA, CIAP e FIBRA) e duas estavam com a página temporariamente desativada (SEB e ISAS). Das demais, 5 (UNIR, CRUZ VERMELHA, BIOTECH, SPDM e GNOSIS) apresentavam apenas documentação básica, como regimento interno e regulamento de compras, sem qualquer informação acerca de indicadores e resultados. Duas, embora ainda não apresentassem os indicadores de resultado, foram um pouco além disponibilizando os Relatórios de Gestão e de Atividades da organização, contendo informações importantes acerca dos projetos executados e recursos aplicados (FIOTEC) ou informações mais detalhadas acerca das compras realizadas (CEP 28). Apenas 3 das 16 OSS apresentavam em seus sítios eletrônicos resultados das metas acordadas (IABAS, VIVA RIO e CEJAM).

Além da evidente falta de transparência no que diz respeito ao cumprimento das metas estabeleci-das, indo contra um dos princípios fundamentais do modelo, que seria melhorar a *accountability* social quanto ao desempenho das atividades, a análise dos relatórios de resultados revela um sistema de monitoramento de baixa qualidade desenvolvido pela SMS, com metas inoportunas no tempo[5], subestimadas[6] e sem ponderação[7]. A demora excessiva na instalação dos prontuários eletrônicos, que realizam a medição das informações necessárias para abastecer os indicadores, agravou ainda mais o descontrole sobre os resultados da OSS[8]. A principal consequência foi a observação de mau desempenho em diversos indicadores sem consequências para as OSS – com um resultado geral positivo do contrato as OSS garantem o repasse da parte variável.

O **Controle Interno** é exercido, sobretudo, pelas Comissões Técnicas de Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde, responsáveis por analisar periodicamente os resultados atingidos pelas OSS e emitir relatório conclusivo a ser encaminhado aos órgãos de controle. É responsabilidade desse órgão, ao tomar conhecimento de qualquer irregularidade ou ilegalidade na utilização dos recursos ou bens de origem pública, dar ciência à Procuradoria Geral do Município, ao Tribunal de Contas e ao Ministério Público, sob pena de responsabilidade solidária. Buscando-se na página eletrônica da Prefeitura e do Diário Oficial do Município, não foi possível localizar tais relatórios. De modo semelhante, o vereador Paulo Pinheiro, membro da Comissão de Higiene, Saúde Pública e Bem Estar da Câmara, informou que tais relatórios jamais foram encaminhados aos vereadores ou à Comissão de Saúde. Em verdade, o sítio eletrônico da SMS apresenta somente os contratos

---

4 Acesso em 29/12/15.

5 14 das 15 metas estabelecidas para o IABAS na AP 4.0 foram consideradas não aplicáveis no primeiro trimestre, pois sua mensuração dependia de prazo divergente ao estabelecido em contrato.

6 Houve casos inclusive de redução da meta de forma injustificada no período seguinte ao seu descumprimento pela OSS (IABAS 4.0) ou do estabelecimento de custo médio máximo de medicamentos prescritos por usuário em R$104,07 e de serviços de apoio a diagnóstico e terapia prescritos por usuário em R$41,80, quando os resultados apresentados para ambos ficam em torno de R$ 1.

7 Por não haver uma hierarquia de prioridades, o bom resultado em atividades gerenciais, como a entrega da programação anual de atividades em 100% das unidades da AP 4.0, sobrepõe o péssimo resultado na prestação do serviço, como o acompanhamento de apenas 20% do plano de trabalho odontológico (cuja meta era 80%).

8 No caso do VIVA RIO na AP 3.1, durante todo o primeiro ano do contrato, nenhuma das unidades de saúde tiveram o sistema instalado.

de gestão com as OSS, sem nenhuma informação acerca dos indicadores de desempenho dessas organizações, embora a legislação estabeleça claramente que deverá ser publicado anualmente no Diário Oficial do Município e disponibilizado na rede pública de dados o relatório de execução dos contratos de gestão, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados.

Em audiência pública realizada em 10 de Novembro de 2015[9], este autor questionou diretamente o Secretário Municipal de Saúde sobre o endereço eletrônico que conteria esse relatório comparativo e onde seria possível encontrar os relatórios conclusivos da Comissão de Avaliação, obtendo as seguintes respostas (RIO DE JANEIRO, 2015):

- "É o painel da FGV que disponibiliza todas as metas, dados de gestão de OS, de maneira simples e mais fácil acesso";
- "se a gente for utilizar os bancos de dados nacionais existentes, o SINAN, o próprio SIH para olhar os dados das Organizações Sociais para ver se as metas ali foram cumpridas, não vai ser simples, não é fácil, mesmo a Secretaria tendo disponibilizado um tabulador eletrônico pelo TABNET";
- "e obviamente que a publicação dos dados nos próprios sites das Organizações Sociais".

Sobre a publicação dos dados nas páginas eletrônicas das OSS, já foi demonstrado que apenas 3 das 14 publicaram os resultados alcançados. Sobre o painel da FGV mencionado, trata-se do Painel de Gestão das Parcerias com Organizações Sociais, tornado o portal institucional de transparência do novo modelo de gestão no Rio em 2013 pelo decreto nº 37.079/13. O portal começou a ser elaborado em 2011, quando do primeiro contrato firmado com a Fundação Getúlio Vargas para este fim, e até o fim de 2015 já haviam sido transferidos R$ 7.080.000 nesse sentido. Entretanto, ao fim de 2015 o acesso ao portal permanecia restrito ao público e até mesmo aos vereadores[10], e mesmo os auditores do TCM-RJ e do Ministério Público encontraram dificuldade em acessá-lo e obter todas as informações contidas. Desse modo, entende-se que, com quase sete anos completo de aprovação da Lei das OS, alguns de seus dispositivos de transparência ainda não são atendidos pelo Poder Público.

Haja vista que não foi possível localizar o comparativo das metas previstas e executadas por todas as OSS contratadas, a despeito do que determina a legislação, seguindo a orientação do próprio Secretário Municipal de Saúde, foram utilizados dados secundários colhidos no programa TABNET do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) de modo a avaliar a evolução de indicadores municipais de saúde após a implementação do novo modelo de gestão. O número de procedimentos aprovados em Unidades Básicas de Saúde do MRJ aumentou de 4.932.120 em 2009 para 33.249.326 em 2014, demonstrando um enorme aumento na eficácia do modelo em produzir procedimentos (+ 574%). Visando avaliar, ainda que superficialmente, a eficiência do modelo, dividimos o número de procedimentos pelo valor total aprovado, de modo a obter o valor aprovado por procedimento em UBS municipais e foi observada queda de 24% no indicador – de R$ 1,50 para R$ 1,14.

É interessante notar que, se avaliarmos o todo da SMS, notaremos um aumento em 174% no número de procedimentos aprovados no período analisado, ao passo que notamos uma queda de 30% no valor aprovado por procedimento. Desmembrando a SMS por tipo de unidade, é possível notar que tais indicadores refletem o enorme aumento no número

9 Diário Oficial do Poder Legislativo do MRJ, dia 11/11/15, página 81.

10 Ver matéria do RJTV disponível em: <https://globoplay.globo.com/v/6601556/>. Acesso em: 29/12/15.

de procedimentos de Atenção Básica, de mais baixo custo – todos os demais tipos de estabelecimentos (exceto os Centros de Atenção Psicossocial) observaram um aumento no valor por procedimento. Se por um lado esses resultados poderiam ser interpretados como ganhos de eficácia e eficiência do modelo, por outro também devemos observá-lo à luz da tendência liberal de estímulo à produção de procedimentos, que imputa ao SUS um custo crescente[11]. Observou-se vertiginoso aumento (1.132%) na solicitação médica de exames no período analisado[12]. Em 2009, eram solicitados 0,31 exames por consulta médica e realizavam-se 4,99 procedimentos; em 2014 essa proporção subiu para 1,79 exames e 15,77 procedimentos por consulta médica realizada. Lembrando que "praticamente toda a rede de exames é privatizada" (BORGES, 2012) – o SUS paga a laboratórios privados para realizar e proceder diagnóstico sobre esses exames –, fica claro que o modelo de gestão por organizações sociais vai ao encontro dos interesses econômicos da indústria médico-hospitalar.

Os indicadores municipais comprovam a reorientação do sistema de modo a ter a Atenção Básica com eixo estruturante. Verificou-se, pela primeira vez no histórico do município, uma eficaz implementação do nível primário de atenção, por meio da Estratégia de Saúde da Família, lembrando-se que seus equipamentos são todos geridos por OSS. Além da já demonstrada eficácia do modelo em expandir a rede de Unidades Básicas de Saúde, também foi possível verificar um grande aumento da cobertura populacional[13], do número de consultas médicas realizadas pelo médico da família[14] e de procedimentos realizados. É interessante notar que o número de consultas ou atendimentos individuais realizados por enfermeiras[15] e outros profissionais de nível superior[16] aumenta bastante, revelando que esses profissionais estão absorvendo parte do aumento da demanda por saúde motivado pela reorientação do sistema para a Atenção Básica. Os indicadores também revelam um enorme ganho na área de saúde bucal, com enorme aumento da eficácia e também da resolutibilidade[17]. Também nota-se que antes inexistia atenção secundária e vigilância em saúde bucal, que só então passa a ser realizada[18].

De forma geral, os indicadores atestam a eficácia do novo modelo de gestão. Entretanto, a análise até aqui se limitou aos resultados finalísticos produzidos, ignorando o processo de gestão das unidades de saúde. No processo de Inspeção 40/007.476/2012, pg.53, o TCM ratifica o entendimento de Alcântara (2009), que o foco apenas no cumprimento de metas e no desempenho dos indicadores pactuados, ignorando-se o controle dos meios que servem de instrumento para o alcance do bom desempenho, traz o risco de aumento do patrimonialismo na Administração Pública brasileira. A SMS orienta seus esforços ao acompanhamento das metas dos indicadores definidos, deixando em segundo plano a verificação efetiva da aplicação dos recursos por parte das entidades, sob o aspecto da eficiência e economicidade, abrindo margem à ocorrência de diversas irregularidades cometidas pelas organizações sociais.

---

11 Ver BORGES, 2012.

12 Solicitação médica de exames aumentou de 306.699 em 2009 para 3.779.112 em 2014.

13 Número de pessoas cadastradas no MRJ subiu de 713.373 em 2009 para 2.692.912 em 2014.

14 Número de consultas médicas realizadas em UBS no MRJ subiu de 987.842 em 2009 para 2.107.848 em 2014.

15 Aumento de 486.176 em 2009 para 1.416.966 em 2014.

16 Aumento de 150.945 em 2009 para 553.119 em 2014.

17 Aumento no número de tratamento de saúde bucal concluído de 23.447 em 2009 para 99.602 em 2014.

18 Atenção Secundária em Saúde Bucal aumenta de 0 em 2009 para 4.441 em 2014.

5. Irregularidades cometidas pelas OSS no MRJ

O bom desempenho do modelo de gestão, no que diz respeito à eficácia, é contraposto por inúmeras irregularidades identificadas pelos Tribunais de Contas e Ministério Público, que, no caso do Rio de Janeiro, já acarretou a desqualificação de 5 organizações sociais – GLOBAL, CIAP, MARCA, ISAS e BIOTECH. Consideramos neste trabalho Controle Externo aquele exercido pela Câmara de Vereadores e pelo Tribunal de Contas. Para além da participação no desenho institucional durante a tramitação do projeto de lei por meio de emendas parlamentares, o Poder Legislativo é capaz de exercer o Controle Externo de diversas maneiras[19], entretanto a doutrina questiona vigorosamente a eficácia do controle parlamentar sobre entidades do Terceiro Setor, considerando que no regime presidencialista há uma prevalência do Executivo e da sua vontade[20]. O controle externo pelos vereadores é exercido basicamente pela oposição, que, por ser minoria, tem sua atuação extremamente limitada. No caso do Rio de Janeiro, destaca-se a atuação dos membros da Comissão de Higiene e Saúde da Câmara, em especial do vereador Paulo Pinheiro, que, além de denunciar diariamente em Plenário os problemas e fragilidades do sistema de saúde, com ênfase naqueles decorrentes do que considera a terceirização da saúde com o modelo das OSS, o vereador foi responsável por: diversas emendas de transparência e participação social no controle das OSS (todas rejeitadas por encaminhamento da base do governo); uma lei disciplinando a transparência das entidades privadas fomentadas com recursos públicos (Lei 6.048/16 conhecida como Lei de Transparência das OS); 21 pedidos de inspeção pelo TCMRJ em contratos de gestão celebrados com OSS; e 21 representações ao Ministério Público denunciando irregularidades nos contratos com a Prefeitura.

Nas três esferas de governo, a legislação e a doutrina apontam para a prevalência do controle externo realizado pelos Tribunais de Contas (DUAILIBE, 2012), que se torna então o foco deste trabalho. De fato, o TCM revelou-se o órgão mais eficaz em identificar as irregularidades do novo modelo de gestão. Em resposta à solicitação feita pelo vereador Paulo Pinheiro, o TCM revelou que o potencial dano financeiro ao erário público decorrente das irregularidades identificadas nos relatórios de inspeção realizados soma R$78.426.778,74. Destaca-se que os fatos apurados foram detectados por amostragem, logo as ações de controle relacionadas não exaurem a matéria, e que por isso os valor relacionados são pontuais, não podendo, portanto, serem usados como base para inferência de exercícios anteriores ou seguintes ao período inspecionado. Da análise das inspeções, pode ser identificado valor muito superior.

Foram identificadas 16 inspeções, disponíveis ao público, realizadas pela 4ª Inspetoria Geral de Controle Externo do TCM em diversos contratos de gestão (ver Anexo 4). Tais inspeções configuram verdadeiro estudo acerca do sistema público de saúde municipal e das transformações implementadas com o novo modelo de gestão por OSS, além de um exame minucioso das contas e relatórios gerenciais dessas unidades, bem como dos relatórios conclusivos da Comissão Técnica de Avaliação da SMS. São diversas as irregularidades apontadas pelo Tribunal nas 16 inspeções realizadas, com recorrentes casos de sobrepreço, superfaturamento, apropriação indébita, fraude, direcionamento, entre outros. No Anexo 5 é possível visualizar uma lista com as irregularidades mais recorrentes cometidas pelas OSS no MRJ identificadas pelo TCM e pelo Ministério Público[21]. As duas principais conclusões que se deseja extrair delas, entretanto é que está caracterizado: a baixa economicidade do novo modelo de gestão, bem inferior à praticada na administração direta da SMS; e a fragilidade do ambiente de Controle Interno das OS. Confirmando essa

19 Ver MELLO, 2008 apud DUAILIBE, 2012.

20 FAGUNDES, 2006 apud DUAILIBE, 2012.

21 Para maiores detalhes, ver VIEIRA, 2016, em especial o Apêndice.

análise, temos a seguinte manifestação do Conselheiro Ivan Moreira dos Santos emitida em parecer conclusivo às Contas de Governo de 2014:

> "Acerca das Organizações Sociais (...) as impropriedades levantadas pelo corpo técnico em diversos processos, bem como, o noticiário, demonstram que há uma necessidade urgente de se criar mecanismos mais presentes, com o menor tempo possível para a avaliação das ações, bem como a criação de métodos que não permitam discrepâncias nos preços de materiais e serviços, em relação ao sistema de aquisições diretas pelo Município." (RIO DE JANEIRO, 2015b).

Embora o Tribunal de Contas seja um mecanismo de controle eficaz na identificação de irregularidades, observa-se resistência da Prefeitura em acatar as recomendações e responder os questionamentos por ele proferidos, de modo que sua efetividade acaba sendo posta em cheque.

Para dar maior efetividade a seus apontamentos, tem sido necessário recorrer ao Ministério Público. O caso recente mais conhecido do **Controle Público** exercido pelo MP foi a denúncia em face de 37 réus que deflagrou a Operação Ilha Fiscal, levando à prisão de oito integrantes de uma organização criminosa atuante na saúde pública, chefiada pelos dirigentes da OS BIOTECH, contratada pelo MRJ para gerir os Hospitais Ronaldo Gazolla e Pedro II. O MP declarou haver "provas contundentes de que a referida organização criminosa existia com o único objetivo de, valendo-se da condição de gestora das unidades hospitalares, desviar o dinheiro público" (RIO DE JANEIRO, 2015c). O montante desviado por meio de pagamento de valores superfaturados e/ou sem a correspondente contraprestação, em favor de sociedades empresárias subcontratadas sob o pretexto de aquisição de produtos ou terceirização de serviços necessários foi de, no mínimo, R$48 milhões. O caso absurdo levado a público com a Operação Ilha Fiscal é, entretanto, apenas um exemplo do total descontrole do poder público em relação às parcerias firmadas com OSS.

A Operação Ilha Fiscal motivou o Ministério Público a convocar um painel de especialistas, com a participação da Prefeitura e Tribunal de Contas, além de membros do Poder Legislativo e da academia, para discutir as fragilidades do modelo de gestão por OS. O MP concluiu que diversas fragilidades na Lei Municipal das OS (5.026/09) não permitem o exercício efetivo do comando pela SMS das parcerias com OSS. As irregularidades e ilegalidades identificadas pelo MP nesse momento já era há tempos apontadas pelo próprio e pelo TCM, sem que a Prefeitura apresentasse resposta satisfatória no tempo exigido, demonstrando que não está sendo vigilante e ciosa com a administração da coisa pública, o que motivou o encaminhamento de um conjunto de recomendações à Prefeitura de melhorias fundamentais ao adequado controle do novo modelo de gestão por OS[22].

A análise do MP corrobora resultados neste trabalho, no que diz respeito à expansão da atenção primária no MRJ. Entretanto, o órgão apresenta a tese que isso significou uma completa inversão do comando da gestão em saúde em favor das OS, em completa afronta ao comando constitucional que instituições privadas podem participar de forma complementar no SUS (art.199/CF). Segundo o MP, "a atuação das organizações sociais deixou de ser complementar, passando a ser essencial para que os serviços e ações em saúde do Município se operacionalizassem", revelando "uma expansão da terceirização da saúde muito além dos limites constitucionais e legais" (RIO DE JANEIRO, 2015c). Tal combinação entre público e privado é agravada, segundo o órgão, devido à "inexistência de mecanismos de controle efetivo sobre a aplicação de recursos públicos pelas organizações sociais", que "aliada à pífia fiscalização exercida pela Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro,

22 RIO DE JANEIRO, 2015c.

constituem ambiente favorável para o desenvolvimento e prosperidade da atividade criminosa" (RIO DE JANEIRO, 2015c). Nesse sentido, o MP afirma que o aparato normativo existente no MRJ para a área da saúde pública, pela sua "completa fragilidade e lacuna quanto à necessária normatização rígida da estrutura de controle para a que a 'parceria' frutifique demonstrou-se totalmente insuficiente" (RIO DE JANEIRO, 2015c).

As recomendações feitas pelo MP acarretaram a emissão de 12 decretos executivos pelo então Secretário de Saúde, Daniel Soranz, apenas um mês após o seu envio à Prefeitura, reestruturando o mecanismo de Controle Interno conforme solicitado, o que sugere a maior efetividade do Controle Público. Os decretos dispõem sobre:

- bens permanentes adquiridos pelas OSS (nº 41.207);
- compras e contratações de serviços pelas OSS (nº 41.208);
- utilização das Atas de Registro de Preços da Prefeitura pelas OS (nº 41.209);
- monitoramento de preços praticados pelas OS (nº 41.210);
- registro de informações dos colaboradores e empregados das OSS no CNES (nº 41.211);
- proibição da contratação de cônjuges ou parentes nos contratos de gestão (nº 41.212);
- proibição de contratação de PJ que tenha em seu Quadro Societário cônjuge ou parente de Diretores ou Conselheiros da OS (nº 41.213);
- transparência das aquisições e contratações de obras e serviços pelas OS (nº 41.214);
- instituição de Grupo de Trabalho para elaboração de Projeto de Lei de criação da categoria funcional de Analista de Contratos e Convênios (nº 41.215);
- instituição do Programa de Capacitação de servidores que atuam na fiscalização de contratos de gestão (nº 41.216);
- instituição do Selo OS Carioca em Boa Gestão (nº 41.217);
- realização de Auditorias, por meio de inspeções físicas, em OS, pela Controladoria Geral do Município (nº 41.218).

O presente trabalho abarca todo o primeiro período de vigência do novo modelo de gestão da saúde pública por organizações sociais no Município do Rio de Janeiro (2009-2015), marcado pela fragilidade do Controle Interno, que acarretou malversação milionária de recursos públicos. Abre-se espaço para futura análise da nova fase do modelo, com novos mecanismos de fiscalização, restando saber se, pela primeira vez, eles efetivarão controle adequado sobre as OS.

6. Conclusão

O novo modelo de gestão por Organizações Sociais de Saúde foi utilizado na cidade do Rio de Janeiro como parte de um processo de reestruturação do sistema de saúde municipal de modo a ter a Atenção Básica como eixo orientador, o que significou pôr em prática um processo de transformação das portas de entrada do SUS no município, que passaram a ser geridas por OSS. O modelo de gestão por OSS viabilizou a expansão da rede municipal de saúde e a estruturação de fato da Atenção Básica no Município do Rio sem romper o limite máximo de gasto com pessoal estabelecido pela LRF – pela primeira vez no histórico do MRJ a Atenção Básica está sendo efetivamente implementada. Entretanto, para o Ministério Público, a tomada da Secretaria Municipal de Saúde pelas OSS significou uma completa inversão do comando da gestão em saúde em favor dessas entidades privadas, em completa afronta ao comando constitucional que autoriza a participação complementar de instituições privadas no SUS (art.199/CF), uma vez que tais entidades se tornaram

essenciais para que os serviços e ações em saúde do Município se operacionalizem. A análise dos indicadores sugere a eficácia do modelo, embora não seja possível qualificá-lo como um modelo mais eficiente, nem tampouco mais efetivo. Também foi possível notar que se trata de um modelo de estímulo à produção de procedimentos, o que, segundo Borges (2012), significa um modelo de custo crescente, que impõe uma tendência que inviabiliza o financiamento de um sistema público universal e integral, submetendo-o à lógica privada.

A falta de comando sobre as OSS é agravada por diversas fragilidades no desenho institucional do modelo de gestão por OSS no município, entre as quais a mais grave é a capacidade de os membros da associação que compõe a OS ocuparem majoritariamente o Conselho Administrativo da instituição, acabando completamente com o objetivo de socialização do Controle Gerencial emanado na Lei Federal e no Plano de Reforma do Estado. Da análise dos quatro principais mecanismos de controle das OSS, concluiu-se que eles se dividem entre aqueles concentrados no controle finalístico de desempenho (Controle Gerencial e Interno) e aqueles concentrados em verificar o respeito aos Princípios da Administração Pública, sobretudo a impessoalidade, a moralidade a economicidade (Controle Externo e Público). Enquanto o Controle Gerencial é responsável em si pela gestão da unidade de saúde, o Controle Interno vai garantir a aderência da contratada aos termos pactuados no contrato de gestão, concentrando-se, principalmente, no monitoramento do desempenho da unidade de saúde. A SMS, entretanto, demonstra certa passividade quanto à correção das irregularidades identificadas pelas Comissões Técnicas de Avaliação, não tendo provocado grandes mudanças no comportamento administrativo das contratadas. Coube, portanto, ao Controle Externo, sobretudo por meio das inspeções do TCMRJ, fiscalizar os meios e processos utilizados para produzir os resultados. Dessa análise, depreendeu-se que há diversas brechas na legislação que facilitam que as OSS desviem-se dos princípios da Administração Pública, aos quais deve se submeter, enquanto fomentada com recursos do Estado. O que se notou foi a prática de uma gestão antieconômica, cujos custos superam aqueles praticados pela própria Secretaria de Saúde, e muitas vezes pessoal e até mesmo imoral, como foi o caso das organizações sociais desqualificadas.

Constata-se que o Controle Externo é o mecanismo mais eficaz na identificação de irregularidades cometidas no âmbito dos contratos de gestão, mas, haja vista a resistência da SMS em acatar o estabelecido por esse mecanismo, faz-se necessário o acionamento do Ministério Público, que, portanto, configura-se como o mecanismo mais efetivo em interromper práticas irregulares de gestão. O Controle Interno parece limitar-se a orientar a ação das organizações contratadas, mostrando baixa efetividade em coibir práticas irregulares. O sistema de acompanhamento trimestral dos relatórios de execução do contrato de gestão impedem o exercício efetivo do monitoramento, uma vez que a administração pública só tem conhecimento dos fatos em data bem posterior ao ocorrido. Além disso, a apresentação de meros relatórios não se afigura suficiente como mecanismo efetivo de fiscalização. O Tribunal de Contas aponta a ausência de procedimentos de acompanhamento, avaliação ou controle instituídos de forma sistemática, verificando que os profissionais das áreas técnicas das Subsecretarias não efetuam nenhuma análise crítica dos resultados obtidos pelas OS, limitando-se ao recebimento de relatórios elaborados por tais entidades e ao envio dos mesmos às CTA, de forma que a análise se restringe à conferência de quadros sintéticos dos indicadores. Demonstra-se assim a fragilidade estrutural encontrada na SMS, tanto de pessoal quanto de ferramentas adequadas para o controle e a gestão dos contratos, impossibilitando um adequado acompanhamento das atividades implementadas e do cumprimento das obrigações contratuais, notadamente quanto à qualidade do serviço prestado e a eficiência da organização social. A deficiência dos instrumentos legais e a total fragilidade na estruturação interna da Prefeitura e da SMS para dar cabo da qualificação, seleção, monitoramento e fiscalização dos contratos

de gestão celebrados são campo fértil para a formação de organizações criminosas com intuito de desviar recursos públicos.

Verificou-se que a falta de integração dos diversos setores da SMS, bem como a ausência de pessoal em número e qualificação apropriada são alguns dos principais problemas nos mecanismos de avaliação e controle das OSS pela SMS. Também foi verificado que a troca de informações entre os diferentes controladores ainda é precária, haja vista a, muitas vezes indevida, morosidade da Secretaria Municipal de Saúde em responder as recomendações e questionamentos feitos pelo Tribunal de Contas, além de frequentemente ignorar diversos dos apontamentos ou respondê-los de forma insatisfatória. Agrava-se a situação pela falta de transparência do modelo de gestão, que praticamente inviabiliza o devido Controle Social, bem como o acompanhamento do Controle Gerencial e Interno das OSS. O que se entende, a partir deste trabalho, é que a efetividade do controle das OSS depende da colaboração entre os difentes mecanismos, e que, no momento, as principais fragilidades dizem respeito ao Controle Interno da Prefeitura.

Conclui-se que a implementação precipitada do novo modelo de gestão por OSS no Município do Rio de Janeiro, respondendo ao momento político mais que aos fatores estruturais necessários a sua implementação, atraiu empresas privadas inapropriadas à prestação de serviços de saúde pública sem recolhimento de lucro e incumbiu aos servidores da SMS realizar uma tarefa de monitoramento, controle e fiscalização para a qual não tinham estrutura e preparo para realizar, acarretando as diversas irregularidades identificadas no âmbito dos contratos de gestão. Trata-se, portanto, de um modelo de insucesso, no sentido de produzir os objetivos do novo gerencialismo público (*New Public Management*), uma vez que, devido à extrema fragilidade e inadequação do sistema de controle, o modelo acabou por incentivar o comportamento patrimonialista no âmbito da saúde pública carioca, sem produzir os resultados de eficiência e efetividade esperados. O trabalho atesta a tese de Alcântara (2009) que o foco apenas no cumprimento de metas e no desempenho dos indicadores pactuados, ignorando-se o controle dos meios que servem de instrumento para o alcance do bom desempenho, acarreta aumento do patrimonialismo na Administração Pública brasileira.

Referências bibliográficas

ALCANTARA, C.M. O modelo gerencial : organizações públicas não-estatais e o princípio da eficiência. Belo Horizonte: FÓRUM, 2009.

ANDREAZZI, M.F.S.; BRAVO, M.I.S.; PACHECO, J. Novos Agentes Econômicos Fomentados pela Contrarreforma Liberal na Saúde: um panorama das organizações sociais atuantes no município do Rio de Janeiro, Brasil. In: BRAVO, M.I. et al. (org.) A mercantilização da saúde em debate: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro. I ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2015. p. 61-67.

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

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. Cadernos MARE da Reforma do Estado, v.2. Brasília, 1998. 74 p.

_____. Lei nº 9.637, de 15 de Maio de 1998. Brasília. 1998b.

DUAILIBE, F.D.B. Os mecanismos de controle previstos para as organizações sociais de saúde no Brasil: a comparação com mencanismos correlatos no controle de serviços de saúde.

São Paulo: FMUSP, 2012. Dissertação (Mestre em Ciências) – Programa de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

MELO, P.H.P.G. Organizações sociais em Pernambuco: o desenho institucional do controle externo sobre os contratos de gestão. Rio de Janeiro: FGV, 2012. Dissertação () – Mestre em Administração Pública e de Empresas, Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, Centro de Formação Acadêmica e de Pesquisa, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2012.

RIO DE JANEIRO. Projeto de Lei nº 2, de 16 de Fevereiro de 2009. Rio de Janeiro. 2009a.

_____. Lei nº 5.026, de 19 de Maio de 2009. Rio de Janeiro. 2009b.

_____. Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro. Plano Estratégico da Prefeitura do Rio de Janeiro: 2009-2012. Rio de Janeiro, 2009c.

_____. Câmara Municipal do Rio de Janeiro. Parecer da Comissão de Higiene, Saúde Pública e Bem-Estar Social ao Projeto de Lei nº 2/2009. Rio de Janeiro, 2009d.

_____. Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro. Processo 40/5881/2011. Inspeção Extraordinária no Contrato de Gestão no.02/2009 com a OS Fiotec. Rio de Janeiro. 2011a.

_____. Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro. Processo 40/5880/2011. Inspeção Extraordinária no Contrato de Gestão no.11/2010 com a OS Global. Rio de Janeiro. 2011b.

_____. Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro. Processo 40/3782/2011. Inspeção Extraordinária no Contrato de Gestão no.03/2009 com a OS IABAS. Rio de Janeiro. 2011c.

_____. Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro. Processo 40/6526/2011. Inspeção Extraordinária no Contrato de Gestão no.02/2011 com a OS IABAS. Rio de Janeiro. 2011d.

_____. Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro. Processo 40/0488/2011.

Inspeção Extraordinária nos Contratos de Gestão no.01/2009 e no.05/2009 com as OS SPDM e Viva Comunidade. Rio de Janeiro. 2011e.

_____. Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro. Processo 40/5099/2012. Inspeção Extraordinária no Contrato de Gestão no.03/2011 com a OS IABAS. Rio de Janeiro. 2012a.

_____. Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro. Processo 40/7476/2012. Inspeção Extraordinária no Contrato de Gestão no.05/2011 com a OS Marca. Rio de Janeiro. 2012b.

_____. Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro. Processo 40/6144/2013. Inspeção Extraordinária no Contrato de Gestão no.30001/2012 com a OS Biotech. Rio de Janeiro. 2013a.

_____. Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro. Processo 40/4041/2013. Inspeção Extraordinária no Contrato de Gestão no.04/2012 com a OS ISAS. Rio de Janeiro. 2013b.

_____. Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro. Processo 40/6261/2013. Inspeção Extraordinária nos Contratos de Gestão no.11/2012 e no.16/2010 com as OS UNIR e IABAS. Rio de Janeiro. 2013c.

_____. Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro. Processo 40/2507/2013. Inspeção Extraordinária no Contrato de Gestão no.07/2012 com a OS SEB. Rio de Janeiro. 2013d.

_____. Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro. Processo 40/4293/2014. Inspeção Extraordinária no Contrato de Gestão no.06/2012 com a OS CEJAM. Rio de Janeiro. 2014a.

_____. Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro. Processo 40/0542/2014. Inspeção Extraordinária no Contrato de Gestão no.22/2010 com a OS IABAS. Rio de Janeiro. 2014b.

_____. Diário Oficial do Poder Legislativo do Município do Rio de Janeiro, Ano XXXIX, nº 208. Rio de Janeiro, 2015a.

_____. Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro. Processo 40/001.978/2015. Parecer Prévio às Contas do Governo de 2014. Rio de Janeiro, 2015b.

_____. Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro. Ofício 2a PJTCSCAP no. 01182/15. Recomendação conjunta à Prefeitura – Operação Ilha Fiscal. Rio de Janeiro, 2015c.

VIEIRA, J.P.T.O. Fragilidades dos mecanismos de controle das organizações sociais de saúde no município do Rio de Janeiro. Dissertação (mestrado) – MAP/EBAPE. Rio de Janeiro: FGV, 2016.

Disponível em: ‹http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/16060›