

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

LORENA ESTEVAM MARTINS FERNANDES

GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS EM HOSPITAIS ESTADUAIS
SOB CONTRATO COM ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE

Vitória – ES

2017

LORENA ESTEVAM MARTINS FERNANDES

**GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS EM HOSPITAIS ESTADUAIS
SOB CONTRATO COM ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva – Área de concentração Política e Gestão em Saúde.
Orientadora: Dra. Francis Sodré.

Vitória – ES

2017

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Setorial do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito
Santo, ES, Brasil)

Fernandes, Lorena Estevam Martins, 1984 -

F363g Gestão de recursos humanos em hospitais estaduais sob contrato
com organizações sociais de saúde / Lorena Estevam Martins Fernandes – 2017.
156 f. : il.

Orientador(a): Francis Sodré.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Espírito
Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Recursos Humanos em Saúde. 2. Administração Hospitalar. I. Sodré,
Francis. II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde.
III. Título.

CDU: 614

LORENA ESTEVAM MARTINS FERNANDES

**GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS EM HOSPITAIS ESTADUAIS
SOB CONTRATO COM ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva – Área de concentração Política e Gestão em Saúde.
Orientadora: Dra. Francis Sodré.

Aprovada em: 31/03/2017.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Francis Sodré
Universidade Federal do Espírito Santo – UFES
Orientadora

Prof. Dr. Mario Roberto Dal Poz
Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ
Membro externo

Prof^a. Dr^a. Maria Angélica Carvalho Andrade
Universidade Federal do Espírito Santo – UFES
Membro Interno

Prof^a. Dr^a. Elda Coelho de Azevedo Bussinger
Faculdades Integradas de Vitória – FDV
Suplente Externo

Dedico este trabalho a todos que se dispõem como agentes de transformação.

AGRADECIMENTOS

A Deus, toda a minha devoção. Pelas lutas e pelas vitórias. Pela vida, pela paz.

Ao Gil, meu amante, meu ouvinte. Pela convivência prazerosa, pelo aconchego e apoio imensuráveis. Por sonharmos juntos. Seu jeito e suas ideias dão cor e som a minha vida.

Ao papai e a mamãe, provas do amor divino, meus primeiros e eternos professores. Por me ensinarem a amar a Deus, a buscar o conhecimento, a fugir do comodismo, a seguir em frente. Ao Law, meu irmão e amigo, por não deixar faltar carinho e presença, por me ensinar que amor e perdão são sinônimos. Keke, Sofia e Pedroca, amo vocês.

A minha família extensa e agregada, por ser alicerce e referência, o lugar que eu sempre quero estar. Sou mais feliz por ter vocês. Meu coração cabe com folga cada um, incluindo os que ganhei pelo Gil.

Aos amigos do peito e aos irmãos na fé, obrigada pelas orações e torcida constantes. Nossa comunhão me traz ânimo e esperança.

As parceiras e amigas, Fabi e Gabi, pela ajuda inspiradora nos desafios, especialmente estudos e produções. Obrigada pelo apoio irrestrito, vocês sabem como somar.

Aos professores do PPGSC, principalmente a minha orientadora, Francis. Sou grata pelo conhecimento construído, pela oportunidade de ouvi-los e conhecê-los. À professora Elda, pela instrução, generosidade e acolhimento. Aos mestres que fizeram e farão parte da minha trajetória, ofereço admiração e respeito.

A Cinara, que expressou leveza, empatia e cumplicidade desde o primeiro momento, sendo o apoio que precisamos para lidar com os obstáculos na Universidade. Aos demais colegas e funcionários do PPGSC, a gentileza de vocês tornou a caminhada menos árdua.

A minha querida turma 2015, vocês são presentes. Obrigada pela força e diversão que essa companhia me proporciona.

Aos amigos “Guerreiros do SUS”, pela amizade certa. Por confirmarem que tristeza partilhada é alegria multiplicada. É ótimo ter vocês por perto!

Aos grupos Gemtes (UFES) e Biogepe (FDV). O compromisso com a pesquisa de excelência e a experiência partilhada continuarão a me ensinar.

À banca avaliadora deste trabalho, pela disponibilidade e sabedoria dispensadas. Grupo de nível mais elevado é raro encontrar.

A todos os profissionais e trabalhadores, por serem o que os serviços têm de mais relevante, peças essenciais para o êxito das políticas públicas e para a consolidação da cidadania. É gratificante dirigir meu olhar a vocês.

Para cada encontro, afeto e gratidão.

*É melhor tentar e falhar, que preocupar-se e ver a vida passar.
É melhor tentar, ainda que em vão, que sentar-se, fazendo nada até o final.
Eu prefiro na chuva caminhar, que em dias frios em casa me esconder.
Prefiro ser feliz, embora louco, que em conformidade viver.
(Martin Luther King Jr.)*

RESUMO

MARTINS, L. E. Gestão de Recursos Humanos em Hospitais Estaduais sob Contrato com Organizações Sociais de Saúde. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. UFES: Vitória, 2017. 156 p.

Neste trabalho identificamos as Organizações Sociais de Saúde (OSS) que celebram contrato com os Estados de SP, RJ e ES, apontando as 10 maiores e a quantidade de recursos contratualizados; levantamos e comparamos informações contidas nos contratos de gestão dos hospitais públicos desses Estados; investigamos as informações relacionadas à política de recursos humanos dos serviços de saúde contidas nos contratos de gestão. Identificamos e analisamos a política de recursos humanos em saúde nos hospitais estaduais geridos por OSS; verificamos se as orientações e princípios referentes à Gestão do Trabalho para instituições hospitalares são implementadas pelas OSS, já que tais normas são importante instrumento para a consolidação do SUS e recolocam a importância do trabalho em saúde. Os estudos sobre gestão do trabalho em hospitais estaduais gerenciados por OSS são escassos, encontramos apenas três no Brasil. No Espírito Santo, este trabalho é pioneiro. Tratou-se de estudo exploratório, com análise documental, feito durante 2015-2016, dos contratos celebrados, foi 2006-2016. Nomeamos os Estados de SP e RJ por acolherem as maiores OSS do país e o ES pela proximidade do pesquisador e escassez de estudos. Fizemos leitura e análise, inclusive de aditivos. Foram 30 categorias de análise, as quais possibilitaram traçar um perfil analítico comparativo entre os contratos. Destas, elegemos para análise 05 referentes a gestão de RH. Utilizamos a técnica da entrevista com roteiro semiestruturado com os gestores de RH dos hospitais estaduais do Espírito Santo administrados por OSS desde 2008, no período do estudo 2015-2016. As 10 maiores OSS atuam em instituições hospitalares e recebem valores bastante elevados. A maioria delas atua em SP (8), metade no RJ e 2 no ES. Destas, 40% operavam em mais de um Estado ao mesmo tempo. Sobre todos contratos de gestão nos Estados pesquisados, há mais semelhanças que diferenças, e eles se afastam dos princípios da administração pública. Não há nos contratos metas nem recursos para políticas de RH. O manual de RH e o plano de trabalho exigidos por lei não estão disponíveis para consulta. A inacessibilidade às informações é ilegal e dificulta o controle social. As OSS possuem práticas que divergem das regras do concurso público e da não precarização do trabalho. Há “quarteirização” e “pejotização”. Seus empregados executam o SUS, contudo, não são considerados como trabalhadores do SUS. As OSS adotam política de RH semelhante a de empresas privadas, atendendo vários critérios estabelecidos nas normas e orientações da gestão do trabalho em saúde. Não há recebimento de recursos financeiros específicos para gestão de RH, tampouco tal política é monitorada pelo órgão público gestor. A contratação da OSS é justificada pela manutenção da eficiência e a qualidade dos serviços prestados. Contraditório é não possuírem meios adequados para medir tal qualidade. Os gestores consideram atuar em instituições privadas e veem os usuários como clientes. Declaram ciência de que servem para contratar pessoas, pois o governo tem limites legais para contratar seus próprios trabalhadores. O aumento do número de OSS em substituição ao Estado na execução dos serviços de saúde envolve a transferência de muitos recursos, principalmente financeiros, e demonstra uma tendência regional e nacional, sobretudo, na gestão hospitalar. Palavras-chave: Organizações Sociais de Saúde. Recursos Humanos em Saúde. Gestão Hospitalar.

ABSTRACT

MARTINS, L. E. Gestão de Recursos Humanos em Hospitais Estaduais sob Contrato com Organizações Sociais de Saúde. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. UFES: Vitória, 2017. 156 p.

In this work we identify Social Health Organizations (SHO) that enter into contracts with the States of SP, RJ and ES, pointing out the 10 largest and the number of contracted resources; We raise and compare information contained in the contracts of management of the public hospitals of those States; We analyzed the information related to the human resources policy of the health services contained in the management contracts, identified and analyzed the human resources health policy in state hospitals managed by SHO; We verified that the guidelines and principles related to Labor Management for hospital institutions are implemented by SHO, since these norms are an important instrument for the consolidation of SUS and re-emphasize the importance of health work. There are few studies about work management in state hospitals managed by SHO in Brazil, we found only three. In Espírito Santo, this work is a pioneer. It was an exploratory study, with documentary analysis, done during 2015-2016 and the studied period was 2006-2016. We named the states of SP and RJ for hosting the largest SHO in the country and the ES because of the proximity of the researcher and the lack of studies. We did reading and analysis, including additives. There were 30 categories of analysis, which made it possible to draw a comparative analytical profile between the contracts. From these, we chose 5 referring to HR / work management to observe and analyze. We used the interview technique with a semi-structured script with the HR managers of the state hospitals of Espírito Santo administered by SHO since 2008, during the study period 2015-2016. The 10 largest SHO operate in hospitals and receive very high values. Most of them work in SP (8), half in RJ and 2 in ES. Of these, 40% operated in more than one state at the same time. Over all management contracts in the surveyed states, there are more similarities than differences, and they distort principles of public administration. There are no contracts for goals or resources for HR policies. The HR manual and the work plan required by law are not available for consultation. Inaccessibility to information is illegal and hinders social control. SHO's practices diverging from the rules of public procurement and the non-precarious nature of work. They do "quarreling" and "pejotization". Its employees perform the SUS, however, they are not considered as SUS workers. The SHO has demonstrated its own personnel management policy, similar to that of private companies, meeting several criteria established in the norms and guidelines of health work management. They do not receive specific financial resources for HR management, nor is such policy monitored by the public management body. The justification presented is the maintenance of the efficiency and quality of the services provided. Contradictory is not having adequate means to measure such quality. Managers consider acting in private institutions and view users as clients. They declare that they have been hired to hire people because the government has legal rules and limits to hire its own workers. The increase in the number of SHO replacing the State in the implementation of health services involves the transfer of many resources, mainly financial, and shows a regional and national tendency, especially in hospital management. Keywords: Social Health Organizations. Human Resources in Health. Hospital Management.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Origem das OSS atuantes no RJ (2011-2016)	84
Gráfico 2 – Quantidade de OSS contratadas pelos Estados	90
Gráfico 3 – Celebração temporal dos contratos por Estado	92
Gráfico 4 – Perfil dos Gestores das OSS	93
Gráfico 5 – Classificação da Entidade	94

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Quantidade de Contratos de Gestão por Estado.....	72
Tabela 2 – Quantidade de Contratos de Gestão Hospitalar por Estado.....	73
Tabela 3 – Volume de Recursos por OSS e Estado.....	75
Tabela 4 – Primeiras OSS Contratadas por Estado brasileiro.....	78

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Categorias analisadas nos Contratos de Gestão por Estado.....	76
Quadro 2 – Hospitais, OSS e Contratos de Gestão no ES.....	87
Quadro 3 – Leis Estaduais sobre OS.....	89
Quadro 4 – Governadores e Partidos (2011-2015)	92
Quadro 5 – Quantidade de Profissionais por Hospital	108
Quadro 6 – Visão dos Gestores sobre OS na Gestão	125

LISTA DE ABREVIATURAS

AEBES	Associação Evangélica Beneficente Espírito-Santense
ACSC	Associação Congregação de Santa Catarina
ALES	Assembleia Legislativa do Espírito Santo
CEAM	Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares
CEBES	Centro Brasileiro de Estudo de Saúde
CEIS	Complexo Econômico e Industrial da Saúde
CTQ	Centro de Tratamento de Queimados
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CIVIT	Centro Industrial de Vitória
CFB	Constituição Federal Brasileira
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DIO-ES	Departamento de Imprensa Oficial ou Diário Oficial do Espírito Santo
ES	Espírito Santo
FDV	Faculdades Integradas de Vitória
FHC	Fernando Henrique Cardoso
HEABF	Hospital Estadual Antônio Bezerra de Faria
HEC	Hospital Estadual Central
HEJSN	Hospital Estadual Dr. Jayme dos Santos Neves
HEUE	Hospital Estadual de Urgência e Emergência
IAPEMESP	Instituto Americano de Pesquisa, Medicina e Saúde Pública
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IESP	Instituto Estadual de Saúde Pública
INFARMES	Indústria Farmacêutica do Estado do Espírito Santo
LAI	Lei de Acesso à Informação
LC	Lei Complementar
LDO	Lei de Diretriz Orçamentária
LOA	Lei Orçamentária Anual
MARE	Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado
MS	Ministério da Saúde
NESP	Núcleo de Estudos de Saúde Pública

NUEDRH	Núcleo Especial de Desenvolvimento de Recursos Humanos
ObservaRH	Rede Observatório de Recursos Humanos de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OPNES	Organizações Públicas Não-Estatais
OS	Organização Social
OSS	Organização Social de Saúde
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PDRAE	Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado
RH	Recursos Humanos
RHS	Recursos Humanos em Saúde
RJ	Rio de Janeiro
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SECONCI	Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SESA	Secretaria de Estado da Saúde
SEGER	Secretaria de Estado de Gestão e Recursos Humanos
SEGTS	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
TSE	Tribunal Superior Eleitoral
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UnB	Universidade de Brasília
UTI	Unidade Terapia Intensiva

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	17
1. REFERENCIAL TEÓRICO	21
1.1. RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE	21
1.2. GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE – HISTÓRIA E POLÍTICA	24
1.3. GESTÃO RECURSOS HUMANOS EM HOSPITAIS	30
1.4. ORGANIZAÇÕES SOCIAIS	33
1.4.1. REFORMA DO ESTADO BRASILEIRO	33
1.4.2. ORGANIZAÇÕES SOCIAIS NA SAÚDE PÚBLICA	41
1.4.3. ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE E O CONTRATO DE GESTÃO.....	47
2. OBJETIVOS	51
3. METODOLOGIA	52
3.1. TIPO DE ESTUDO	52
3.2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	54
3.3. PESQUISA DOCUMENTAL.....	57
3.4. LOCAL DO ESTUDO	58
3.5. COLETA DE DADOS	59
3.5.1. CONTRATOS	59
3.5.2. ENTREVISTAS	60
3.6. ANÁLISE DOS DADOS	65
3.6.1. CONTRATOS	65
3.6.2. ENTREVISTAS	68
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	70
4.1. DOS CONTRATOS	70
4.1.1. OSS: SERVIÇOS PÚBLICOS SOB GESTÃO PRIVADA	70
4.1.2. ANÁLISE CONTRATUAL DA POLÍTICA DE RH DAS OSS	76
4.1.2.1. SOBRE AS OSS EM SÃO PAULO.....	77
4.1.2.2. SOBRE AS OSS NO RIO DE JANEIRO.....	83
4.1.2.3. SOBRE AS OSS NO ESPÍRITO SANTO.....	87
4.1.2.4. GESTÃO COMPARADA EM SP, RJ, ES.....	89
4.2. DAS ENTREVISTAS – POLÍTICA DE RH.....	102
4.2.1. HOSPITAIS: A GESTÃO E O GESTOR DE RH.....	102

4.2.2. RH NOS HOSPITAIS DO ESPÍRITO SANTO.....	104
4.2.2.1. AUTO-VISÃO EMPRESARIAL.....	104
4.2.2.2. RECRUTAMENTO E SELEÇÃO.....	105
4.2.2.3. TERCEIRIZAÇÃO E “PEJOTIZAÇÃO”	107
4.2.2.4. QUALIDADE E DESEMPENHO	110
4.2.2.5. INDICADORES DE RECURSOS HUMANOS	112
4.2.2.6. RECONHECIMENTO X ROTATIVIDADE	113
4.2.2.7. EDUCAÇÃO EM SAÚDE	117
4.2.2.8. SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHADOR.....	121
4.3. DAS ENTREVISTAS – OSS NA GESTÃO.....	124
4.3.1. LIMITES E POTENCIALIDADES.....	124
CONSIDERAÇÕES FINAIS	133
REFERÊNCIAS	138
APÊNDICES	148
APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA	149
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	152
APÊNDICE C – CATEGORIAS DE ANÁLISE DO CONTRATO DE GESTÃO.....	153
ANEXOS	154
ANEXO 1 – AUTORIZAÇÃO DO CEP.....	155

INTRODUÇÃO

Estudar as pessoas que trabalham na área da Saúde é um desafio antigo de real importância. Acredito que não há como entender, explicar, estudar a Política de Saúde e o cuidado em saúde sem direcionar olhares para os seres humanos que a pensam, implementam, executam, fazem dela uma realidade na vida e na história de outras pessoas.

Minha inserção em políticas relacionadas ao trabalho e aos trabalhadores foi em 2006, quando estagiei na coordenação do Programa Adolescente Aprendiz (Lei Federal nº 10097/2000, Lei 11.180/2005 e Decreto nº 5.598/2005) e posteriormente, até o final de 2008, atuando como assistente social de uma siderúrgica multinacional, compondo as políticas internas de Gestão de Pessoas e Saúde do Trabalhador.

Já no serviço público, meu interesse em estudar o tema começou em 2010, atuando no setor de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Educação em Vitória. Naquele momento não havia internamente equipe multiprofissional ou estratégia de gestão para promover e/ou acompanhar as questões da saúde do trabalhador da Educação. As situações de superação pelos trabalhadores de casos complexos mostravam-se pontuais e a demanda para atendimento às reivindicações de melhores salários e condições de trabalho estava sempre aumentando. Havia um incômodo pela falta de ações efetivas e sistematizadas.

A partir de 2011, também no serviço público, porém na instância estadual, agora inserida na Secretaria de Estado de Gestão e Recursos Humanos (SEGER/ES), encontro-me lotada no Núcleo de Saúde Ocupacional e Recursos Humanos - setor que atua na implementação da política de saúde do trabalhador nos órgãos do Poder Executivo, além de referenciar a política de Qualidade de Vida e Valorização do Servidor. Desde então, a necessidade de estudar e responder questões relacionadas à Saúde e às políticas de Gestão do Trabalho tornou-se para mim ainda mais relevante e inquietante.

Para além de razões pessoais e profissionais, discutir sobre Recursos Humanos se apresenta de suma relevância para os estudos no campo das Políticas Públicas, principalmente no da Saúde Coletiva, já que o setor Saúde, no Brasil, em momento

algun encontrou-se alheio às mudanças decorrentes da nova ordem de organização produtiva dos últimos anos, nem tampouco deixou de sofrer as consequências da reformulação do papel do Estado.

Se é verdade que a problemática dos recursos humanos de saúde ganha maior visibilidade nas políticas de saúde, e sua complexidade é reconhecida, pode-se afirmar, no entanto, que tanto os gestores quanto os trabalhadores do SUS não têm tido tempo e oportunidade para refletir com profundidade sobre todo o conjunto de questões que aí está envolvida e sobre suas consequências (NOGUEIRA, 2002, p.08).

Manifestamos o valor de um sistema de saúde público e de qualidade quando enfatizamos a importância dada às pessoas que trabalham neste sistema. Logo, pesquisar e refletir sobre este assunto tão relevante é mais uma oportunidade de defender a ideia de que a saúde tem em seus trabalhadores sua parte mais importante, sua maior potência.

Considerando o crescimento no Brasil do número de Organizações Sociais contratadas pelos órgãos públicos para gerir serviços de saúde, principalmente hospitais, propusemo-nos a identificar essas entidades e a conhecer o(s) motivo(s) e as características da execução desses serviços. Questionamos qual o conteúdo do contrato de gestão, principal instrumento da celebração desta parceria público-privada e que dados relevantes para pesquisa ele contém. Procuramos informações sobre a gestão de pessoas e quisemos saber se as práticas de recursos humanos desses serviços de saúde estão em consonância com as normas e orientações de gestão do trabalho em saúde, já que os trabalhadores são essenciais no cuidado em saúde oferecido à população.

Pressupondo que os trabalhadores dos serviços de saúde são (ou deveriam ser) a parte de maior relevância no SUS, indispensáveis na prática do cuidado em saúde e entendendo que os hospitais geridos por OSS representam o próprio governo na execução do SUS, fez-se indispensável investigar se as orientações, normativas e regulamentos referentes à gestão de pessoas em hospitais foram também aplicadas, já que tais regras se constituem importante instrumento para a consolidação do sistema universal e recolocam a importância do trabalho em saúde, da regulação das

relações de trabalho, da necessidade da valorização dos trabalhadores na implantação dos modelos assistenciais.

Assim, acreditamos ser de grande relevância investigar sobre a Política de Recursos Humanos nos Hospitais do SUS geridos por OSS, o contrato de gestão como instrumento chave desse tipo de terceirização, as normativas e regulamentos referentes aos trabalhadores da saúde, assim como compreender como esses instrumentos repercutem no trabalho em saúde nos estados brasileiros.

A pesquisa em questão está organizada em 4 (quatro) capítulos. O capítulo 1 traz o referencial teórico. Inclui considerações preliminares e os temas centrais deste estudo que incluem os trabalhadores (e a gestão) em saúde e as organizações sociais. Inicialmente conceituamos 'Recursos Humanos em Saúde', descrevemos como e quando essa política se desenvolveu no Brasil e sua relação com a Sistema Único de Saúde, assim como sua definição, regulamentos, trajetória – importância e conquistas - até os dias atuais. Depois, abordamos as especificidades dos trabalhadores inseridos nos serviços hospitalares e a composição de uma política que os contemple e valorize.

Em seguida, há ponderações acerca das Organizações Sociais de Saúde. Discorremos sobre a Reforma Administrativa do Estado e sua gênese brasileira dada pelo Plano de Reforma do Aparelho do Estado, durante o Governo FHC e do seu então ministro Bresser-Pereira. Como uma das principais estratégias de enfraquecimento do Estado, foi transferida a responsabilidade da execução de serviços públicos por agentes privados. Destacamos a inserção do SUS nesse processo, o qual contou com regulamentos e ações específicas justificadas pela eficiência, produtividade e participação da sociedade civil na gestão pública. Encerramos o capítulo explicando o principal instrumento deste tipo de parceria público-privada: o contrato de gestão.

O capítulo 2 aborda os objetivos desta pesquisa e o 3 descreve a metodologia utilizada, detalhando todo o estudo e explicando sobre a coleta e a análise dos dados. Dividimos a descrição pelas principais fontes de dados: os contratos e as entrevistas.

No capítulo 4, estão expostos os resultados e discussões mais relevantes desta pesquisa. Temos a análise dos contratos de gestão celebrados entre cada um dos Estados – São Paulo, Rio de Janeiro e Espírito Santo – e as OSS para administração dos serviços de saúde pública, com a ênfase na gestão hospitalar.

Registramos a aumento do número de contratos e os conteúdos contratuais, as informações sobre recursos humanos. Listamos as OSS que mais receberam recursos desde sua inserção, em seguida trouxemos as peculiaridades e semelhanças da gestão em cada um desses estados, assim como a tendência de ampliação e permanência desse modelo.

Descrevemos e discutimos os resultados da análise das entrevistas, o tema da gestão de pessoas em hospitais e a importância do gestor de RH. Retratamos as informações dadas pelos gestores de RH a respeito da política de RH dos hospitais capixabas administrados por OSS. Na última parte deste capítulo, trazemos quais são os limites e as possibilidades em se ter uma Organização Social na gestão em saúde, de acordo com a percepção dos entrevistados.

Por fim, trazemos as conclusões e considerações finais desta pesquisa, baseando nos resultados gerados. Apontamos que o assunto aqui registrado, claramente, não se extenua. Pelo contrário, cabem reflexões, caminhos de não conformidade e resistências para que o objetivo de priorizar de um sistema de saúde público, que deve releva o trabalho e o cuidado em saúde, não seja perdido.

1. REFERENCIAL TEÓRICO

1.1. RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE

“Força de trabalho” é o termo usado pela economia política, da escola clássica de Smith, Ricardo e Marx, de abrangência descritiva e analítica, empregado em vários campos científicos para referir-se a processos demográficos e macroeconômicos envolvendo trabalhadores. “Recursos Humanos” é uma expressão da ciência da Administração, dada para se referir àqueles que estão submetidos a algum tipo de função gerencial ou de planejamento, seja em órgão público ou empresa privada (microinstitucional) ou no planejamento estratégico nacional (macroinstitucional). A expressão é usualmente empregada para aludir à capacitação, seleção, plano de cargos e salários, planejamento (NOGUEIRA,1983).

O termo Administração (ou Gestão) de Recursos Humanos (RH) alude a uma atividade de dimensões objetivas e subjetivas, contidas em diretrizes que mostram como a organização almeja lidar com seus membros e por meio deles atingir seus objetivos. Isso, ao mesmo tempo incorpora às pessoas componentes a realização de seus objetivos individuais, com vistas a tornar a área de Recursos Humanos estratégica e não simplesmente algo restrito à quantificação e controle de pessoas. Explicando melhor,

(...) As abordagens conceituais do termo recursos humanos sofrem uma evolução sendo (re)significadas à partir de sua definição clássica, oriunda da ciência da administração e que está subordinada à ótica de quem exerce alguma função de gerência ou de planejamento (gerência de capacidade das pessoas, assim como dos recursos materiais e financeiros com vistas a uma utilização mais racional e eficiente). Absorve o conceito de força de trabalho da economia política (...), e configura-se na gestão do trabalho – da sociologia do trabalho, em um mix que envolve o trabalho, o trabalhador como “ser social” e a sociedade (PIERANTONI, VARELLA e FRANÇA, 2006, p. 28-29)

Numa visão tida como “moderna”, a gestão de Recursos Humanos é percebida como o espaço mediador do conflito entre capital e trabalho, e os instrumentos desta área como ferramentas para controlar as pessoas ideologicamente, evitando o conflito aberto entre estas duas classes antagônicas pela antecipação ao mesmo. (SILVA et. al, 2009. p. 02).

Situação categórica e complicada ao se adotar o conceito literal de recursos humanos na política de saúde diz respeito à dificuldade de utilizar, com as devidas adequações, os modelos de gestão desenvolvidos para indústrias do setor privado para o setor de

serviços públicos. Para os estudiosos da área, fica manifesta a necessidade de lançar mão de uma gestão diferenciada para a saúde, não apenas pelas especificidades da atividade, contudo também pelos efeitos que devem gerar para a população (SILVA et al, 2009).

Ainda que se remeta à racionalidade gerencial hegemônica que, por vezes, diminui o trabalhador à condição de recurso e restringe-o a uma dimensão funcional, no campo da saúde, referir-se a Recursos Humanos significa englobar tudo que diz respeito aos trabalhadores da saúde e sua relação com o processo histórico de construção do Sistema Único de Saúde (MENDES GONÇALVES, 1993), configurando, assim, um dos seus subsistemas. Para a gestão do SUS, o termo Recursos Humanos em Saúde (RHS) abrange as pessoas envolvidas em atividades no campo da saúde de um país, cuja função/papel é parte do sistema de saúde, envolvendo tanto o setor público quanto o privado. (BRASIL, 2004).

Nesse sentido, é possível considerar a área de Recursos Humanos em Saúde (RHS) tanto no sentido tradicional de administração de pessoas, como sendo um campo de estudo de intervenção, trazendo as dimensões: composição e distribuição da força de trabalho, formação, qualificação profissional, mercado de trabalho, organização do trabalho, regulação do exercício profissional, relações de trabalho (VIEIRA, 2009).

A chamada Gestão do Trabalho em Saúde, que fundamentalmente integra o campo de RHS, começou a ter lugar na década de 1990, mais propriamente em sua segunda metade, concomitante - e paradoxalmente - à flexibilização das relações de trabalho. Isso porque os níveis crescentes de flexibilização das relações de trabalho coexistiram com discursos da Reforma Sanitária sobre a emergência de um trabalho revalorizado no SUS, que prevalecesse a autonomia e participação (VIEIRA, 2009).

Para a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Saúde (CNS) houve a falta de priorização da temática RHS, especialmente nos processos de reforma do Estado, desencadeados nesse período. Essas entidades se manifestaram algumas vezes apontando a complexidade desta área para o SUS e a necessidade de pautar a gestão do trabalho em saúde como política pública de fato, assim como a valorização profissional e a regulação das relações de trabalho (VIEIRA, 2009).

Então, a partir de 2003, na 12ªCNS, após críticas ao termo Gestão de Recursos Humanos em Saúde e novas sugestões, passou-se a utilizar mais o termo Gestão do Trabalho em Saúde. Mesmo adotando novo nome, deve-se considerar a hipótese de que o termo tenha sido substituído sem que tenha havido de fato mudanças na realidade do trabalho e seus processos de gestão, apenas expectativas. A criação da Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), no Ministério da Saúde, em 2002, foi um grande impulso para fortalecer o uso do termo Gestão do Trabalho. Ocorre que a área passou a ser estratégica no Ministério da Saúde (MS) e em todo o governo federal (VIANA, 2012).

A instituição da SGTES, do Ministério da Saúde, foi a responsável por formular políticas de formação, desenvolvimento, planejamento e gestão da força de trabalho em saúde no país. Com o novo órgão, as questões do trabalho voltam a ser discutidas, levando a uma reflexão sobre que modelo de Estado deve orientar as relações com a sociedade. Dentre as funções do Órgão estão: regular a mobilidade profissional, valorizar a força de trabalho e gerar satisfação com o trabalho, compreender o processo de trabalho, implementar a educação permanente, reconhecer as mesas de negociação como espaço democrático e redução dos conflitos nas relações de trabalho, instituir processos de avaliação de desempenho com participação dos trabalhadores (BRASIL, 2002).

Segundo Pierantoni et. al. (2012), a SGTES foi criada com o objetivo de instituir as diretrizes nacionais da política de recursos humanos em saúde e desde então vem abraçando estratégias para a qualificação da gestão em saúde por meio de investimentos técnicos, políticos e financeiros.

Assim, a gestão do trabalho passou a compor as áreas estratégicas para implementação do SUS e da gestão em saúde juntamente com os eixos financiamento, descentralização e controle social (BRASIL,2005). Isso foi bastante relevante para a política de saúde e para sua implementação. Entretanto, não o suficiente para concretizar as práticas necessárias.

Pensar em gestão do trabalho, como eixo da estrutura organizacional dos serviços de saúde, significa pensar estrategicamente, uma vez que a produtividade e a qualidade do serviço oferecido à sociedade serão, em boa parte, reflexos da forma e das condições com que são tratados os que atuam profissionalmente na organização (ARIAS et al., 2006, p.112).

Há uma infinidade de termos referentes às pessoas que atuam profissionalmente no setor saúde. Neste trabalho, usaremos com significado semelhante os termos: trabalhadores, pessoal, recursos humanos, funcionários, servidores, colaboradores, pessoas, força de trabalho, dentre outros. A escolha de usar tais nomenclaturas se deve, basicamente, ao fato principal de que o referencial teórico e as referências bibliográficas encontradas as utilizam, majoritariamente. Priorizar as questões da área do trabalho e do trabalhador da saúde pública é mais relevante que se ater aos nomes. Acreditamos na urgência desse assunto, na necessidade de constante discussão e aprimoramento das políticas/ações que o engloba.

Certamente que os enquadramentos utilizados devem ser conceitualmente ampliados, pois as pessoas que trabalham não se constituem simplesmente 'recursos' ou 'mão de obra' ou qualquer outra referência funcionalista. Para além da nomenclatura, é essencial que: a visão, a percepção e as atitudes com relação aos trabalhadores da saúde sejam progressivamente melhoradas; estejam superados os conceitos minimalistas; os comportamentos postergadores sejam substituídos por mudanças concretas, de modo que os trabalhadores tenham condições plenas de, ao menos, fazer uso das conquistas e direitos já alcançados.

Santos-Filho (2007) destaca como principais problemas trabalhistas os baixos salários; a degeneração dos vínculos, negando e omitindo os direitos constitucionais dos trabalhadores; a precarização das condições e dos ambientes; a desorganização na gestão e nas relações sociais de trabalho. A precarização do trabalho em saúde é crescente e tem dado cada vez mais visibilidade às políticas de recursos humanos, principalmente por causa do ocorrido nas condições de emprego, suas consequências na saúde e na qualidade de vida dos trabalhadores.

1.2. GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE – HISTÓRIA E POLÍTICA

Saúde é um estado da vida, ou um modo de levar a vida, que visa qualidade e bem-estar integral. As sociedades, de modo geral, identificam as necessidades de saúde, buscam explicação para elas e se organizam para enfrenta-las, ficando suas ações e

serviços de saúde submetidos não apenas às influências econômicas, mas também culturais e políticas (PAIM, 2009).

A saúde é parte importante do setor econômico de bens e serviços. Geralmente é apontada como uma grande área geradora de empregos e tem experimentado acelerados e crescentes avanços tecnológicos. Machado (2006) afirma que

(...) em plena era tecnológica, que se caracteriza pela redução do uso de mão-de-obra intensiva, o setor Saúde é um dos maiores geradores de empregos da economia, configurando-se de grande relevância social não só pelos serviços prestados à população como pela sua enorme capacidade geradora de empregos (Machado, 2006. p.18).

O setor Saúde no Brasil pode ser considerado um dos maiores do mundo e, por estar no setor de produção e prestação de serviços de relevância pública, o poder público tem forte influência na demanda e oferta de empregos na área da Saúde, sendo o Sistema Único de Saúde (SUS) seu maior empregador. Em equivalência, por causa dos ajustes na prestação da assistência no país, o setor privado tem vultoso destaque, abarcando 40% dos recursos humanos em saúde, principalmente na assistência hospitalar (MACHADO, 2006).

Os impactos sobre as necessidades de trabalhadores nos sistemas de saúde frequentemente são causados pela implementação de novos modelos de atenção, pela introdução de novas tecnologias e pela mudança do perfil epidemiológico. A globalização, o envelhecimento da população e as novas expectativas dos consumidores podem também mudar as demandas sobre a força de trabalho em saúde (DAL POZ, 2013). Acredita-se que uma gestão direcionada para lidar com tais mudanças, para propor transformações nas questões do trabalho e dos trabalhadores da saúde, cujo foco incluía a formação e a consolidação dos direitos, poderia influenciar positivamente todo um sistema como o SUS. Vejamos os esforços que foram feitos nessa direção.

A noção de Recursos Humanos em Saúde (RHS) como sendo os profissionais ou trabalhadores da saúde que, de forma individual ou em equipe, realizam ações de cuidados com pessoas ou comunidades, teve seu início provavelmente na década de 1950, com as análises a respeito da formação médica, cujo estímulo se deu pela ação da Organização Pan-Americana da Saúde - Opas.

Posteriormente, nos anos 60, começaram os estudos para identificar a força de trabalho no campo da saúde e na segunda metade da década de 1970 o progressivo processo de institucionalização do setor se iniciou. No mesmo período, teve destaque o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS), seus propósitos centrais eram capacitar pessoal de nível médio e elementar e apoiar a criação de sistemas de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde nos Estados brasileiros (PAIM, 1994).

Na década de 1970, a Opas começou a definir linhas formuladoras de propostas educativas para as equipes de saúde, de modo que os trabalhadores desse âmbito fossem capazes de analisar seu contexto de trabalho, identificar problemas, promover a participação e tomar decisões no processo de trabalho no qual estavam inseridos.

Nos anos 80, formaram-se grupos de trabalho nos países das Américas com o objetivo de desenvolver novas abordagens em face do problema de capacitação profissional. A partir de mudanças nas práticas educativas, o Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde (RHS) da Opas dinamizava esforços e buscava viabilizar a transformação das práticas nos serviços de saúde.

Ainda nesse período, por determinação da Constituição Federal Brasileira de 1988, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) é criado e posteriormente regulamentado pelas Leis nº 8080 e nº 8142 de 1990, possuindo princípios de universalidade, equidade e integralidade, sendo parte fundamental da Reforma Sanitária que pretendia superar as práticas de saúde fragmentadas e centradas no indivíduo, o fortalecimento dos serviços privados, a supremacia da medicina curativa.

Apesar dessas iniciativas do período anterior à formulação do SUS, segundo Vieira (2009) a área de RHS teve relevância mínima no sistema de saúde nacional. Durante a Reforma Sanitária, as discussões e formulações da área de RHS estavam restritas à formação de pessoal. Análises do planejamento da força de trabalho, do mercado de trabalho, da regulação do exercício profissional eram pontuais. Os primeiros estudos foram responsáveis pela nomenclatura do que se tornou, posteriormente, Recursos Humanos em Saúde (RHS).

A composição da área de RHS foi direcionada pelas recomendações da VIII Conferência Nacional de Saúde, desencadeada pelo Movimento de Reforma Sanitária, sendo um marco importantíssimo para a reformulação das políticas de saúde de forma geral no país. A partir de então, a área de RHS começou a ganhar visibilidade, iniciando um processo particular de análise de temas próprios dessa área (VIEIRA, 2009).

De acordo com Viana e Dal Poz (2005), diversos problemas se colocaram para operacionalização do SUS desde sua implantação. Os principais foram: o financiamento das ações de saúde; a definição clara de funções para os três entes governamentais (federal, estadual e municipal); as formas de articulação público/privado no novo modelo de organização dos serviços; e a resistência do antigo modelo assistencial, baseado na doença e em ações curativas individuais, quanto às mudanças efetivas nas práticas assistenciais. Tais dificuldades refletiram diretamente na estruturação da área de RHS no SUS.

As Conferências Nacional de Recursos Humanos para a Saúde (CNRHS) foram marcos importantes nessa trajetória. A primeira delas foi organizada um pouco antes da promulgação da Constituição Federal Brasileira, em 1986, onde se definiu uma agenda específica sobre o tema por meio de análise dos principais aspectos identificados na implantação do SUS, como reorganização de suas práticas profissionais, de suas bases jurídico-legais, da implantação de uma política específica. O relatório final da Conferência expressa em sua apresentação que

não obstante a grande importância das questões referentes ao preparo do pessoal para que sua capacitação seja adequada e conveniente à realidade social brasileira, os órgãos de recursos humanos devem transcender esse âmbito e incorporar o estudo e o trabalho de temas como recrutamento e seleção, concurso, plano de cargos e salários, isonomia salarial, avaliação de desempenho, direitos trabalhistas e escolha dos cargos de chefias entre outros, na procura de soluções apropriadas e transformadoras. A integração com os departamentos de pessoal foi proposta e torna-se indispensável. Não há como se pensar um novo sistema de saúde sem passar por estas questões (Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde - Relatório Final, p.10, 1986).

Já a Segunda Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde (II CNRHS), realizada em 1993, analisou a saúde do povo brasileiro do ponto de vista de suas características e paradoxos, o processo de implementação do SUS e a sua relação com os trabalhadores nas dimensões da formação e do desenvolvimento e da gestão

do trabalho. Seu relatório mostrou a existência de uma contradição na área de RHC, que mesmo aparecendo como estratégica nos documentos de saúde pública, vinha sendo muito pouco valorizada, uma vez que sempre mencionada de forma superficial quando o assunto em pauta era os aspectos que fundamentalmente afetavam as políticas públicas de saúde no país. Na oportunidade, três desafios foram postos: regulação do mercado de trabalho, qualificação dos recursos humanos, melhoria nas condições de trabalho.

Apesar da tentativa de superação, não se observou avanços significativos a partir dessa conferência. Machado (2006) afirma que os anos 90 mesmo sendo crucial na consolidação do SUS, foi o período da 'antipolítica de RH' e priorização dos preceitos neoliberais em detrimento dos princípios da Reforma Sanitária para os trabalhadores. Isso porque o SUS passou praticamente uma década inteira sem o governo se atentar para trabalhadores da saúde e nem mesmo elaborar uma política de RH efetiva e ajustada com a concepção universalista do sistema.

As consequências desse descaso foram: trabalhadores sem perspectiva de carreira profissional; expansão de profissionais com trabalho precarizado, com poucos direitos sociais e trabalhistas; equipes expandindo no que se refere a entrada de novas profissões, contudo sem regulamentação e pouco comprometida com os princípios e regulamentos do SUS; ocorrência de novos cursos de saúde, todavia sem critérios coerentes de qualificação do trabalho.

Assim, percebe-se que a concepção neoliberal que se alastrou na década de 1990 pautou-se na privatização por meio da terceirização de serviços, da flexibilização das relações e do *laissez-faire* na abertura de novos cursos na área da Saúde. Desde então, houve poucos avanços em questões relacionadas ao trabalho, as principais mudanças foram na forma de inserção e nos vínculos de trabalho, no perfil remuneratório e no jeito de se trabalhar, formando ambientes excessivamente competitivos, individualizados, adoecedores (MACHADO, 2006).

O SUS descentralizou os serviços e expandiu suas equipes de saúde, principalmente aquelas voltadas para a atenção básica. Por esta localizar-se no município, houve notáveis enfrentamentos para a gestão municipal, a qual teve, dentre outras questões, seus gastos com força de trabalho limitados, inclusive pela homologação da Lei de

Responsabilidade Fiscal, já que ela fixava percentual máximo dessas despesas. Como resultado do período tivemos ainda: precarização das relações de trabalho, falta de regulação do sistema de ingresso nos serviços, alta rotatividade nos postos de trabalho, e ausência de uma política salarial e de carreira, comprometendo a profissionalização dos trabalhadores (VIEIRA, 2009).

Autores, como Pereira (2004), apontam que, após a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (leis n.º. 8.080 e n.º 8.142/90), a questão da força de trabalho em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) passou a ser considerada como um dos seus 'nós críticos', não tendo o devido tratamento no que diz respeito à sua organização e gestão. Apesar da publicação das normas operacionais posteriores (1991, 1993, 1996), na política de saúde não se tinha uma normatização clara e instituída para a gestão dos trabalhadores em saúde, tanto no que diz respeito às condições de trabalho de uma forma geral (formas de vínculo empregatício, carga horária, piso salarial), quanto à formação profissional dos trabalhadores em saúde.

Na década de 1990, fato relevante foi a elaboração dos Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica – RH (NOB – RH). As ideias iniciais para sua criação foram dados em 1993, na 2ª Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde. A proposta se consolidou em 1996, na 10ª CNS. Na oportunidade, o pedido foi por uma política de Recursos Humanos que contasse com equipe multidisciplinar para atuar em necessidades epidemiológicas e sociais da população, e fizesse uso de tecnologias, recursos diversos e educação permanente (BRASIL, 1998).

Sua primeira versão ficou pronta em 1998 e sua aprovação só se deu em sua 2ª versão, no ano 2000, em ocasião do 11ª Conferência Nacional de Saúde. Em 2003, por meio da Resolução CNS nº 330, os princípios de diretrizes da NOB passam a compor no SUS a Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Contudo, a publicação definitiva da norma somente foi feita em 2005.

O conteúdo da NOB/RH-SUS considera que a Gestão do Trabalho no SUS, tema principal deste trabalho, compõe a parte da gestão e da gerência de toda e qualquer relação de trabalho necessária ao funcionamento do Sistema, incluindo a prestação dos cuidados diretos à Saúde dos seus usuários e as atividades-meio necessárias ao seu desenvolvimento (BRASIL, 2005). Segundo Viana (2012), a NOB/RH-SUS e a

Constituição Federal são os documentos normativos mais citados nos artigos em português sobre Gestão do Trabalho publicados em periódicos entre 1992 a 2011, excluindo as publicações da SGTES.

De acordo com Machado (2006), a principal contribuição da NOB/RH-SUS foi definir princípios e diretrizes, objetivando a centralidade do trabalho e do trabalhador, da valorização profissional e da regulação das relações de trabalho em saúde.

Em 2006, após a 12ª CNS, ocorreu a 3ª Conferência Nacional de Recursos Humanos para a saúde. Dentre as principais propostas do encontro estava a de destacar a função da NOB/RH-SUS de consolidar a legislação vigente para a Gestão do Trabalho no SUS, além de orientar – política e gerencialmente – questões sobre Desenvolvimento dos Trabalhadores da Saúde, Saúde Ocupacional para o Trabalhador da Saúde e Controle Social na Gestão do Trabalho do SUS.

1.3. GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS EM HOSPITAIS

Os hospitais são organizações cujas atividades são bastante complexas, heterogêneas, permeadas por múltiplos interesses, com lugar crítico na prestação de serviços de saúde. Consistem em um espaço de construção de identidades profissionais, com grande reconhecimento social.

De acordo com Feuerwerker e Cecílio (2007), o hospital passa nas últimas décadas por um processo de redefinição. Estão em questão: função, produção do cuidado, busca pela qualidade, integralidade, assim como eficiência e controle dos custos. Estão em debate também as expectativas dos gestores, trabalhadores e usuários.

Esses autores afirmam que a unidade hospitalar é essencial nos arranjos dinâmicos, apoio matricial, construção de linhas de cuidado que envolvem diferentes unidades de saúde, na resposta às necessidades dos usuários. Há o desafio constante de superar o conceito hegemônico que caracteriza o hospital como um ‘ mundo’ à parte, autocentrado e autossuficiente no cuidado em saúde.

Na estrutura hospitalar, precisa-se dar atenção especial à Gestão de Recursos Humanos para que os profissionais recebam treinamento permanente para lidar de maneira positiva com pessoas com a saúde fragilizada por doenças e familiares debilitados pelo sofrimento, defende Gonçalves (1998).

Nesse contexto, é necessária também a adoção de práticas apropriadas de recrutamento, avaliação, remuneração e desenvolvimento, assim como ações sistemáticas que incentivem o aprendizado, a iniciativa, e que promovam o crescimento pessoal e a motivação. Isso porque

Como qualquer entidade prestadora de serviços o hospital está, mais do que qualquer outra organização, na dependência do comportamento de seus recursos humanos (...). No hospital não serão suficientes treinamento ou obediência a normas operacionais estabelecidas previamente e rigidamente obedecidas (GONÇALVES, 1998, p.90).

Seja o hospital considerado como uma unidade de assistência médico-social, como uma comunidade peculiar, como um conjunto de setores ou departamentos técnicos, como grupo social cooperativo, ou como unidade produtiva de serviços médicos com finalidade econômica, seja qual for a percepção, as pessoas que trabalham no hospital, devem polarizar a atenção da administração da unidade. Isso não deve ocorrer baseado apenas no volume gasto com remuneração, mas na importância de se pensar na gestão do trabalho como um todo.

As políticas de gestão do trabalho são essenciais em qualquer organização onde trabalhem pessoas. A gestão de pessoas em um hospital inclui o conjunto de políticas, normas e procedimentos, incluindo recrutamento, seleção, treinamento, disciplina, bem-estar dos seus trabalhadores, assim como as demais atribuições necessárias para o alcance dos objetivos da instituição (LAVERTÉ, 2000).

Para Ribeiro (1997), a gestão de recursos humanos é o instrumento mais efetivo para adoção, transmissão, interpretação e execução de programas e políticas que serão aplicadas às pessoas da instituição. Ela envolve todos os trabalhadores do hospital, exige lisura nas declarações de interesses por parte do gestor, promove motivação, precisa - necessariamente - ser avaliada e revisada com frequência, para verificar sua efetividade e a satisfação do trabalhador, ou quando a instituição passa situações específicas ou anormais.

Interessante lembrar que adotar políticas de gestão de RH nas instituições nem sempre foi utilizado. Regras autoritárias para com os empregados eram comuns, decididas e executadas geralmente por uma pessoa, muitas vezes de forma arbitrária. Mas desde os governos democráticos, isso tem sido diferente.

Modernamente, as organizações passaram a direções colegiadas, as quais discutem as decisões, como diretorias, mesas administrativas, comissões. Os métodos de discussões e socialização de informações adotados passaram a ser reuniões, conferências, materiais impressos - como manuais, cadernos e boletins, assim como outros canais de comunicação para transmitir orientações tanto escritas quanto faladas (RIBEIRO, 1997).

Logo, políticas de gestão de RH são essenciais às instituições por vários motivos. Elas possibilitam a continuidade e estabilidade da gestão, sistematizam funções e atividades, encorajam o trabalho em grupo, promovem a consistência das decisões, aperfeiçoam as relações institucionais, permitem responder aos problemas comuns com mais facilidade e liberdade, estabelecem responsabilidades e definem limites aos trabalhadores e gestores.

A política hospitalar de gestão de pessoas se coloca como imperativo primordial. Ela é determinada pelo equacionamento da natureza dos objetivos da instituição, da natureza humana, dos componentes do seu grupo de trabalhadores, do tipo de matéria prima usado e da repercussão que ações dentro dos hospitais têm na sociedade.

A política de gestão de pessoas no hospital é o conjunto de princípios e regras que governam a instituição em suas relações com seus servidores, conduzindo uma e outros a alcançarem seus objetivos. Ela deve manter uma unidade orgânica de propósitos e ser bem fundamentada para evitar oportunismos, estabelecer limites ao gestor, reconhecer o valor das pessoas que atuam na instituição, ofertar os melhores serviços à população atendida (RIBEIRO, 1977).

Precisa, primeiramente, estar em acordo com as leis e regulamentos vigentes. Seu conteúdo deve ser claramente definido e mostrar-se alinhado com as outras políticas de gestão do hospital. Contudo, não pode ser inflexível, mas suscetível de ser avaliado

e transformado. Deve haver nessas políticas espaço para criação de novas ações e projetos, cuja execução possa ocorrer de forma a somar ao que já está previsto (RIBEIRO, 1977).

Finalmente, concordamos com a autora que as políticas de RH em saúde, além de unir interesses dos trabalhadores do hospital, dos pacientes e da comunidade, necessitam de ampla divulgação e conhecimento para que cada integrante exerça seus direitos e obrigações.

1.4. ORGANIZAÇÕES SOCIAIS

1.4.1. REFORMA DO ESTADO BRASILEIRO

A Constituição Federal de 1988 foi um marco de grande valor para os cidadãos brasileiros, principalmente no que se refere aos direitos sociais. A Seguridade Social vem nela configurada como dever do Estado e direito do cidadão – são elas a política de proteção social: Assistência Social, Previdência Social e Saúde (BRASIL, 1988).

O Sistema Único de Saúde (SUS), principal marco da política de saúde, surge nesse momento. Ele passou a ser implementável a partir da publicação de suas leis orgânicas em 1990 (leis nº 8080 e 8142), reorganizando a atenção e o acesso gratuito à saúde. Também na Carta Magna estão as diretrizes trabalhistas para o trabalhador estatutário, celetista e outros trabalhadores; a organização do sistema de empregos e profissões, sendo livre o exercício profissional. Tais diretrizes repercutiram diretamente nos trabalhadores da saúde e passaram a ser validadas pelas condições e qualificações estabelecidas nas leis de cada profissão.

Seguindo a década de 1990, em nível mundial, desenvolveu-se a Reforma Gerencial do Estado devido ao grande crescimento do aparelho do Estado a partir da Segunda Guerra Mundial. Iniciou-se na Grã-Bretanha, na segunda metade da década de 1980, em meio a ideologia neoliberal que se alastrava. Essa foi considerada a segunda grande reforma do aparelho do Estado moderno, também chamada de Reforma da Gestão Pública. As estratégias de gestão das empresas privadas foi sua grande

inspiração na tentativa de superar o Estado Burocrático. Sua teoria foi chamada de Nova Gestão Pública, ou seja, uma série de ideias que buscavam tornar os administradores públicos mais autônomos e as agências executoras dos serviços sociais mais descentralizadas (BRESSER-PEREIRA, 2010).

No Brasil, um dos grandes formuladores para tal reforma foi Luiz Carlos Bresser-Pereira. Economista, cientista político, administrador e bacharel em direito, foi ministro da Fazenda do Brasil (1987) e ministro chefe da Secretaria da Administração Federal (SAF) durante o governo José Sarney. No governo de Fernando Henrique Cardoso, foi líder do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (Mare) em todo o 1º mandato presidencial de (1995–1999), fortalecendo o projeto neoliberal¹ e sua tendência de privatização dos serviços públicos por meio do Plano Diretor de Reforma do Estado – PDRAE.

De acordo com o PDRAE, a administração pública “gerencial” possui esse nome porque baseou-se em conceitos administrativos de eficiência, que indicavam o controle dos resultados de forma descentralizada para que alcançasse o cidadão, que, numa sociedade democrática, é quem deve legitimidade às instituições, sendo considerado como “cliente privilegiado” dos serviços prestados pelo Estado. Segundo o documento, tal reforma era necessária para reorganizar as estruturas da administração e enfatizar a qualidade e a produtividade do serviço público; assim como para profissionalizar o servidor público e remunerá-lo com salários mais justos (BRASIL, 1995).

O ex-ministro detalha as características da reforma expondo que

A reforma é gerencial porque busca inspiração na administração das empresas privadas e porque visa a dar ao administrador público profissional condições efetivas de gerenciar com eficiência as agências públicas. (...)É social-liberal porque acredita no mercado como um ótimo, embora imperfeito alocador de recursos, buscando limitar a ação do Estado às áreas em que o mercado está ausente ou realiza mal sua tarefa coordenadora. Entre as estratégias

¹ Ainda que o autor negasse que o PDRAE teve cunho neoliberal (BRESSER-PEREIRA, 1997, 1998; PERIM, 2014).

gerenciais utilizadas pela reforma está a competição administrada, ou a criação de quase-mercados, para controlar as atividades descentralizadas do Estado (BRESSER-PEREIRA, 2000, p. 24).

A Reforma Gerencial do Estado indicou a diferenciação entre as atividades exclusivas do Estado e as atividades sociais e científicas. A proposta foi que o Estado executasse convencionalmente as primeiras, enquanto as demais fossem apenas financiadas por ele e executadas por organizações públicas não-estatais. A reforma de 1995 objetivava que o Estado tomasse as principais decisões estratégicas, que as agências executivas e reguladoras fossem mais autônomas quando comparadas aos sistemas burocráticos clássicos, e que elas apenas prestassem contas ao Estado. Os princípios básicos da reforma administrativa foram definidos no PDRAE e compuseram a chamada Nova Administração Pública (BRESSER-PEREIRA, 2000).

Na Reforma Gerencial do Estado brasileiro, dois instrumentos foram essenciais. Além do PDRAE, a emenda constitucional da reforma administrativa (EC nº19), publicada em 1998. Ela foi chamada de “reforma constitucional” e baseou-se nas experiências dos países da Organização para a Cooperação Econômica Europeia (OCDE), principalmente o Reino Unido, mais especificamente, a Grã-Bretanha.

Assim, a modificação na forma de administrar a oferta dos serviços foi a marca da Reforma Gerencial. Bresser-Pereira (2010) apresentou suas principais características ou funções: tornar os gerentes dos serviços responsáveis pelos resultados, e não obriga-los a cumprir normas rígidas; premiar os servidores pelos resultados positivos e puni-los pelos negativos; realizar serviços que seriam estatais por meio de agências executivas e reguladoras; e – o principal – manter o consumo coletivo e gratuito, transferindo a oferta dos serviços sociais e científicos para organizações sociais, que se apresentam como provedores públicos não estatais que recebem recursos diversos do Estado e são monitorados pelo instrumento denominado “contrato de gestão”.

O autor acredita que com isso o poder público garantiria os direitos sociais, contudo não se responsabilizaria pela provisão e execução dos serviços. Esse papel passaria a ser exercido pelas organizações sociais e outras instituições da sociedade civil.

Segundo Bresser-Pereira (2000), a Reforma da administração pública brasileira significou transição do Estado produtor para o Estado gerencial que cria agências reguladoras, financia os serviços sociais e de pesquisa científica e age como capacitador (*enabler*) da competitividade das empresas privadas. Para o então ministro a reforma tinha como principal intenção fazer um Estado democrático e eficiente através da implantação de uma gestão de qualidade, voltada para resultados.

A administração pública ancorava-se em “procedimentos”, mas a reforma gerencial foi direcionada principalmente para e pelos “resultados”, trazendo novas modalidades dos processos de trabalho, da gestão da força de trabalho e das novas relações de trabalho no setor privado. Acredita-se ter havido uma contradição nesta ideia proposta por Bresser Pereira, pois uma administração focada apenas em resultados e que retira regras dos procedimentos está fadada a perder seu caráter universalista, pois vislumbra clientelas específicas (OLIVEIRA, 2012).

Os cidadãos usuários das políticas sociais, como a de saúde, passaram a ser chamados de clientes consumidores, dando a conotação de ‘privilégio’ aquilo que deveria ser considerado um ‘direito’. Além disso, a proposta de Bresser recebeu muitas críticas por desconsiderar o determinismo tecnológico imposto pelo capitalismo contemporâneo e propor a gerência flexível, ignorando que a reforma seria uma imposição da globalização, e não uma filosofia administrativa, uma medida política visando enfraquecer severamente o modelo de Estado Nação (OLIVEIRA, 2012).

A Reforma Administrativa do Sistema de Saúde incluiu o SUS, ao passo que desenvolveu uma proposta específica para a área da compra ou demanda de serviços hospitalares e ambulatoriais, cujo principal objetivo, segundo Bresser-Pereira, foi fortalecer a descentralização, integralidade, equidade e eficiência do SUS. O documento deixou claro que não abrangeria todo o SUS, porém a parte que era considerada a mais expressiva e mais onerosa: a assistência ambulatorial e hospitalar, baseando-se em três ideias básicas:

- Processo de descentralização decisivo e rápido, em que as responsabilidades dos entes federativos ficassem claramente definidas;

- Cada município deveria dispor de um Sistema de Atendimento de Saúde, integrado, hierarquizado e regionalizado, a partir da base municipal para seus cidadãos;
- Criação de um Sistema de Informações Gerenciais em Saúde que disponibilizasse relatórios referentes ao uso de verbas, aos dados epidemiológicos e de desempenho dos serviços de saúde (BRESSER-PEREIRA, 2010).

O autor entendia que a reforma seria muito importante para o SUS se fortalecer, pois em 1995 o Sistema Único de Saúde estava em crise, principalmente, porque não possuía um sistema de financiamento organizado, seus hospitais prestavam serviços deficientes e as denúncias de corrupção eram frequentes.

Bresser destaca como pontos altos da reforma na saúde: a Norma Operacional Básica (NOB) de 1996 e a definição de fontes de financiamento para os serviços de saúde. O autor defendia ainda que o SUS era um sistema universal de saúde com qualidade razoavelmente boa e custo baixo. Para ele isso ocorreu devido ao esforço do governo para definição e implantação desse sistema; por causa do controle social exercido pelos cidadãos; e por causa da administração gerencial, a qual faz a distinção entre a oferta da procura de serviços e concede aos estados e municípios autonomia para contratar os hospitais que prestam os serviços.

De um ponto de vista bem diferente, discordante do Bresser, acredita-se neste trabalho que a partir da Reforma do Estado gerou-se na saúde uma enorme aproximação, substituição e até mesmo transferências de responsabilidades entre os setores e as instituições públicas e privadas, como uma transposição de funções e interesses, sobre quem demanda e quem oferta ações e serviços de saúde.

Bahia (2010) também reflete que nos anos 2000, período em que a crise econômica põe à prova as bases da ordem global neoliberal, as questões sobre a conformação pública e privada dos sistemas de saúde são trazidas à tona. Em diversos lugares do mundo crescem as demandas de intervenção do Estado na vida econômica e na social trazendo novos desafios para que houvesse superioridade do público sobre o privado, assim como apontava necessidade de verificar a aproximação, por vezes esquecida, entre a saúde e o desenvolvimento social. Contudo,

(...) no Brasil, onde a saúde é um direito constitucional, os sinais de priorização da saúde na agenda governamental e especialmente as expressões orçamentárias relacionadas com sua efetivação apontam para a preservação do subfinanciamento público para a política universal de saúde (...) e evidenciam que a compreensão sobre a abrangência do Sistema Único de Saúde (SUS), entre políticos e autoridades governamentais, é muito mais restrita do que aquela consagrada pela Constituição de 1988 (BAHIA, 2010, p. 116).

Seguindo essa tendência de Reforma do Estado, de crescimento mundialmente e em que os governos diminuía a intervenção nos diversos setores da sociedade, o governo brasileiro transferiu também para as corporações a responsabilidade de definir inclusive sobre a criação de novas profissões de saúde, as mudanças, a regulamentação (ou desregulamentação) das profissões já existentes (SOARES et al., 2006).

Visando a globalização, o gerencialismo e a eficiência presentes nas diversas políticas centradas em processos de reforma se fortaleceram geralmente ancoradas nas propostas de “diminuição” do Estado, do amortecimento da proteção social do trabalho e dos trabalhadores. Se o foco central da reforma do Estado estabeleceu na prática metas para privatização de um lado, de outro visou à flexibilização da gestão, principalmente das relações de trabalho (PIERANTONI, 2011, 2006).

O Estado mínimo se ausentou da área produtiva com a justificativa de cumprir melhor as funções sociais. O que não aconteceu, pois, além de empregar cada vez menos, foi agregado menos recursos para assegurar direitos adquiridos, particularmente para desempregados e excluídos do mercado. A gerência verticalizada foi substituída pela forma horizontal, as funções de chefia diminuíram, foram introduzidos sistemas de decisão mais participativos e abertos.

A principal justificativa para todas as ações era financiamento. Houve a supervalorização do capital financeiro subjugando o capital produtivo. Tudo isso agravou muito a situação de empregabilidade em vários setores, inclusive o da saúde. As configurações de gerência foram admitidas sem a necessária autonomia para implementação das atividades gestoras com foco no trabalhador e no trabalho, elas ficam submetidas a interesses específicos, com prioridade quase que absoluta da ordem econômica (PIERANTONI, 2006).

Passaram a incorporar a agenda da “nova administração” a motivação e o envolvimento do trabalhador. Estes precisavam estar ligados aos interesses da instituição na qual estivessem inseridos (PIERANTONI, 2006). Nota-se que os trabalhadores não foram considerados nessa reforma, mas excluídos; não foram atores, nem cidadãos. Talvez porque garantir direitos aos trabalhadores fosse uma ideia contrária à reforma, já que eles eram tidos como corporativos, burocratas, não aptos para a competição global (OLIVEIRA, 2012).

(...) no caso dos empregados públicos a retirada dos direitos do regime estatutário não foi substituída pela garantia dos direitos trabalhistas dos demais empregados. Ou seja, em relação às questões trabalhistas o empregado público passa a ser, a partir de agora, um pré-cidadão, já que não tem como enfrentar as determinações de seu patrão todo-poderoso, o Estado gerencial (FLEURY, 1996, p. 204)

Assim, a autonomia financeira e administrativa proposta pela nova forma de gestão conseguiu romper com a estabilidade do Regime Jurídico Único (RJU), possibilitando a dotação de mecanismos mais rápidos e eficientes para contratações e dispensas na máquina pública, combatendo a suposta ineficiência.

Ocorre que a natureza dessa tal “ineficiência”, consensualmente, não estava relacionada com aspectos quantitativos, mas com aspectos qualitativos que envolveram o baixo investimento dispensado e acumulado para as atividades de desenvolvimento de recursos humanos. As consequências do baixo investimento causaram a pouca profissionalização e, conseqüentemente, estabeleceu a baixa valorização do trabalho realizado. Essas condições se agravam pela ausência de perspectivas de melhor remuneração, transformando o vínculo público em fonte de renda “adicional” (PIERANTONI, 2001).

Apesar de ter sido uma “reforma orientada para o mercado” (ALMEIDA, 1999), o caminho escolhido com base nas soluções quantitativas para ajustar as contas públicas, direcionou a implementação dessas políticas e o enfoque da área de RH no caminho inverso do assumido pelas “empresas privadas”, origem primeira do modelo de administração gerencial. Já que estas, focalizando o mercado e o lucro, priorizaram em seu planejamento ações de valorização de recursos humanos, direcionadas para a obtenção de graus de excelência na produção de bens e serviços, assim como na

promoção e viabilização de mudanças organizacionais para alcançar esses objetivos. (PIERANTONI, 2001).

Vale ainda lembrar que, no âmbito da produção de bens e prestação de serviços de saúde, as principais medidas de qualidade priorizadas pela Reforma do Estado, que são a eficiência (que significa administração da escassez) e a eficácia (que é o alcance de resultados que se constituem objetivos da instituição) não justificariam por si só a adoção do modelo gerencial, já que não garantem e nem visam a implementação outros princípios do SUS, como o da equidade (ALMEIDA, 2004).

Em suas origens históricas na década de 1980, o SUS foi concebido como um sistema sob comando do Poder Público e envolveu unidades públicas e privadas de prestação de ações e serviços de saúde. O caráter complementar foi atribuído à iniciativa privada desde a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986. A Constituição de 1988 convalidou a proposta de um sistema em que as atividades de atenção à saúde gozassem do estatuto de bem público e a iniciativa privada pudesse participar em forma de concessionária do Poder Público. A Constituição deixou claro, no artigo 199, que *a assistência à saúde é livre à iniciativa privada*, mas que a participação privada no SUS pode ser realizada de forma complementar: *mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos* (BRASIL, 1988).

Assim, as novas filosofias de gestão pública e a própria experiência com a gestão descentralizada do SUS vieram a introduzir nos anos 1990 outras justificativas para a participação complementar da iniciativa privada: a ênfase na eficiência e o envolvimento da sociedade civil organizada, manifestadas na criação das entidades Organização Social (OS) e Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP). Adotar o modelo de administração pública gerencial, contrapondo ao “burocrático” tradicional, conduziu, no que é chamado de processo da Reforma do Estado, pela proposta de se ter organizações sociais na gestão, entidades que são mesmo tempo pública e não-estatal (NOGUEIRA, 2010).

1.4.2. ORGANIZAÇÕES SOCIAIS NA SAÚDE PÚBLICA

Organizações Sociais (OS) são uma forma de propriedade pública não-estatal, instituída pelas associações civis sem fins lucrativos, que não são propriedade de nenhum indivíduo ou grupo e estão orientadas diretamente para o atendimento do interesse público. Consiste em um modelo de organização pública não-estatal proposto para absorver atividades publicizáveis mediante qualificação específica.

Assim, qualificada como Organização Social, a entidade se torna habilitada a receber recursos financeiros e a administrar bens e equipamentos do Estado. Para tanto, ela será obrigada a celebrar um contrato de gestão, por meio do qual serão acordadas metas de desempenho que garantam a qualidade e a efetividade dos serviços prestados ao público (BRASIL, 1997).

Ao longo do primeiro mandato do governo Fernando Henrique (1995 a 1998), as OS pareciam estar fadadas a se multiplicarem no SUS, visto serem prioritariamente concebidas para os setores de educação e de saúde, onde se supõe ocorrer uma forma de concorrência entre o setor privado e o público. Eram defendidas basicamente porque supostamente iriam garantir maior autonomia e flexibilidade de gestão.

Contudo, o crescimento das OS - inclusive na saúde - foi a partir de 1998, já que a regulamentação para contrata-las se iniciou com a Medida Provisória nº 1.648/97 e se efetivou com a Lei Federal 9.637/98, estabelecendo um marco para implantação de um modelo de Gestão de Serviços Públicos por meio de instituições de direito privado.

O movimento do Terceiro Setor conseguiu ainda obter uma nova posição perante o Poder Público às atividades prestadas por ele. Em 1999, também foi publicada a Lei Federal nº 9.790 que institui as Organizações da Sociedade Civil com Interesse Público (OSCIP). O Ministério da Justiça passou a conceder o título de OSCIP, em função do caráter de interesse público dessas entidades, em adição ao título tradicional de utilidade pública.

Essas instituições, após habilitadas pela administração pública, passam a prestar serviços públicos sem submeterem-se às regras administrativas e processuais de compras, contratos, contratação e gestão de pessoas. Estes dois propósitos: a

administração autônoma eficiente e a participação responsável da sociedade civil, colocaram as OS e as OSCIP, devidamente legalizadas, como partes potencialmente importantes do setor público no segmento complementar do SUS.

A reforma gerencial teve três dimensões: uma institucional, outra cultural, e uma terceira, de gestão. A prioridade do MARE foi a mudança institucional, já que uma reforma é antes de mais nada uma mudança de instituições. Baseado em críticas severas à cultura burocrática dominante e defesa veemente às novas instituições, o ministério cria em 1997 as “agências executivas” (instituições estatais que executam atividades exclusivas de Estado) e as “organizações sociais” (instituições híbridas entre o Estado e a sociedade que executam os serviços sociais e competitivos). Ambas com a finalidade de gerenciarem os serviços tidos como não exclusivos (serviços sociais e científicos). Neste caso, o financiamento estatal é repassado diretamente à organização pública não-estatal, mediante dotação orçamentária, em troca de controle por resultados e contrato de gestão, configurando-se o que a reforma gerencial tituló de “organizações sociais”.

A Reforma Gerencial, portanto, acabou por provocar redefinição das funções estatais no Brasil. Os serviços não exclusivos, que são Saúde, Educação, Cultura, Ciência e Tecnologia passariam ser executados pelas Organizações Sociais. Essas seriam instituições de direito privado, sem fins lucrativos, que manteriam parceria com os governos por meio do instrumento Contrato de Gestão para atender demandas sociais e oferecer serviços conforme sua capacidade. Os governos deveriam ficar a cargo de ceder patrimônio, instalações físicas, equipamentos, pessoas, recursos orçamentários, porém afastados da prestação direta desses serviços (BRASIL, 1997).

Na proposta original, as OS devem ser habilitadas segundo os parâmetros estabelecidos em lei para cada esfera de governo e área de atuação: Qualificada como Organização Social, a entidade estará habilitada a receber recursos financeiros e a administrar bens e equipamentos do Estado. Em contrapartida, ela se obrigará a celebrar um contrato de gestão, por meio do qual serão acordadas metas de desempenho que assegurem a qualidade e a efetividade dos serviços prestados ao público. Logo, a maior responsabilidade dos gestores da OS fica associada ao

contrato de gestão, que fixa metas e indicadores de desempenho a serem alcançados num determinado período (BRASIL, 1997).

Perim (2014) lembra que mesmo após o Ministério (MARE) extinto, as parcerias público-privadas continuaram a se fortalecer na saúde, com a inserção das Organizações Sociais de Saúde – OSS e as OSCIP's, já citadas, e com outras entidades do terceiro setor, como as cooperativas. Tantas instituições de caráter privado na saúde colocavam em cheque, e ainda colocam, a diretriz constitucional da complementariedade dos serviços privados no Sistema de Saúde (art. 199), questionando se a participação privada estaria sendo complementar, ou ultrapassando tal parâmetro. Acredita-se que

A política de publicização de serviços estatais, sob a denominação de organizações sociais, se constituiu basicamente em um processo induzido de substituição de instituições públicas por instituições privadas, em funções anteriormente a cargo do Estado. Portanto, tratou-se mais de *substituição* da ação estatal e não de *complementação* privada da mesma (ALMEIDA, 2004, p. 123).

É claro que tanto as modalidades privadas e públicas de prestação de serviços de saúde estão sendo afetadas de várias maneiras pelo envolvimento do Estado na sua regulação e financiamento. No Sistema Único de Saúde (SUS), essa intervenção encontra-se delineada num conjunto de iniciativas por parte do Ministério da Saúde que almejam aperfeiçoar o desempenho dos seus serviços mediante o planejamento conjunto e a realização de acordos que contemplam metas e indicadores a serem alcançados pelo grupo dos agentes públicos e privados que integram esse sistema. Seriam justificáveis regulações que alcançassem resultados positivos em termos de benefícios para a população, com coerência como política pública, devidamente orientada por critérios de eficiência. Contudo, na maior parte das vezes, ignora-se se isso está de fato acontecendo e em que medida. Falta uma avaliação adequada de resultados e, em muitos casos, falta consenso sobre quais deveriam ser as prioridades de proteção social. Os usuários têm se tornado consumidores, cujos direitos devem ser garantidos pela intervenção do Estado em cada um dos segmentos envolvidos na assistência à saúde (NOGUEIRA, 2010).

Transferir à iniciativa privada sem fins lucrativos suas atividades não exclusivas parece bastante vantajoso para o Estado, justificam os governos, além de facilitar o

cumprimento da Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar nº 101/2000). Isso porque o custo financeiro seria menor e poder-se-ia oferecer melhor atendimento à população por meio das instituições que se o governo o fizesse diretamente. Contudo, não encontramos pesquisas que comprovem tais afirmações como verdadeiras.

Ainda há o argumento de que na reforma haveria modernização dos processos, aprimoramento nos serviços oferecidos e maior qualidade e eficiência, ao não precisar se submeter aos procedimentos burocráticos tradicionais. Além de que se promoveria maior autonomia gerencial e controle social, responsabilizando as instituições contratadas pelos serviços pactuados.

Os argumentos a favor da gestão por OS não se constituem unânimes, mas questionáveis e questionados. O primeiro seria o fato de que as contratações e processos envolvendo as OS desprezam os princípios constitucionais da impessoalidade, da legalidade (Lei nº 8.666/1993), da regra do concurso público. Além disso, conceitos como autonomia e controle social não são praticados naturalmente em um contexto em que as decisões não se mostram participativas ou discutidas, mas tomadas de forma arbitrária pelos governos.

Certamente pode-se afirmar que há diferentes interpretações sobre a licitude da implementação dessas organizações, contradições nas experiências vivenciadas no trabalho em saúde e resistências da sociedade civil e dos trabalhadores do setor saúde à sua implementação no Brasil.

O Estado de São Paulo foi pioneiro na adesão de OS para execução dos serviços de Saúde, por meio da Lei Complementar 846/1998, motivado pela necessidade de superar restrições fiscais e orçamentárias, as quais o impediam de obter pessoal e equipamentos necessários ao funcionamento de hospitais novos.

Assim, São Paulo também é o Estado que possui o maior número de estudos publicados com relação ao assunto. De setenta Organizações Sociais criadas no país em 2007, a saúde foi o setor com mais registros: 25. Dezesseis delas em São Paulo, uma no Espírito Santo. Com exceção de São Paulo, seus impactos se encontram ainda pouco documentados (SANO E ABRÚCIO, 2008). Dados do mesmo ano trazem

que SP apresentava operando em regime de OS: 19 hospitais, três ambulatórios e um laboratório de análises clínicas (NOGUEIRA, 2007).

A condição de instituição pública não-estatal, a existência deste novo formato institucional e o arranjo jurídico de gestão por OS surgiram para justificar o deslocamento de fronteiras entre o público e o privado, trazendo o eminente risco de uma privatização dissimulada.

As OS podem assumir face pública e face privada, de acordo com sua conveniência. Estatal para receber recursos públicos, privada para gerir esses recursos com autonomia e definir as normas de funcionamento do serviço a ser gerido. Além disso, as OS geralmente não se submetem ao controle social, nem observam atentamente o princípio da equidade no acesso aos bens e serviços. Assim, pode-se argumentar, que as OS tenham sido uma “manobra” adotada por setores políticos neoliberais para que o Estado atuasse apenas administrativamente em alguns serviços, sob fiscalização “flexibilizada” nos procedimentos públicos do seu regime jurídico (ALMEIDA, 2004).

Essa ideia fica evidente na possibilidade que as OS tem de contratar pessoas diretamente para atuarem nos serviços públicos, sem a garantia dos direitos e obrigações inerentes ao concurso público. Também fica manifesta no fato das OS não precisarem se submeter aos procedimentos de licitação de bens e serviços (Lei nº 8.666/1993), mas podem escolher fornecedores mais convenientes e vantajosos para a instituição.

Há outros vários questionamentos quanto à legitimidade desse instrumento de Gestão, à concessão dos títulos de filantropia, aos gastos elevados, à lucratividade ilícita. Há ainda diversos registros em que o Ministério Público investiga e apresenta Ação Civil Pública por ilegalidades nesse tipo de contratação em vários Estados Brasileiros. Por isso, vários setores da sociedade civil organizada, em diversos Estados brasileiros, têm se mostrado contrários à terceirização dos serviços públicos de saúde. Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, confederações, associações, federações, sindicatos, parlamentares tem levantado questionamentos e apoiado pesquisas que mostram os números e situações reais ocorridas nas parcerias em Governos e Organizações Sociais de Saúde.

Muitas dessas manifestações basearam-se na Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) nº 1923/1998, a qual tramitou por anos no Superior Tribunal Federal com questionamentos propostos por dois partidos políticos, o Partido dos Trabalhadores (PT) e o Partido Democrático Trabalhista (PDT). Interrogavam sobre a Lei 9.637/1998, e o inciso XXIV do artigo 24 da Lei 8.666/1993 (Lei das Licitações), principalmente afirmando que seria ilegal a dispensa de licitação em contratos entre a União e organizações sociais, assim como questionando a transferência de responsabilidade do Poder Público para particulares, sobrepujando os princípios da legalidade e do concurso público na gestão de pessoas.

O Supremo Tribunal Federal (STF) decidiu no dia 16 de abril de 2015 que o repasse de recursos públicos para organizações sociais é constitucional. A maioria dos ministros (7 votos a 2) entendeu que entidades da área de educação, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação ao meio ambiente, cultura e saúde podem receber recursos financeiros do governo para executar políticas nas áreas em que atuam.

Assim, a decisão reafirmou a validade da Lei das Organizações Sociais e a condicionada à observância dos critérios de fiscalização previstos no art. 37 da Constituição Federal, que descreve os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência. Ou seja, a decisão permitiu que a celebração de convênio com tais entidades pode continuar a ser feitas, necessariamente, de forma pública, objetiva e impessoal. A decisão também reafirmou o poder do Ministério Público e do Tribunal de Contas da União (TCU) para fiscalizar a aplicação correta dos recursos recebidos por essas entidades.

Então, para além da vasta lista de polêmicas e discordâncias que poderiam ser listadas para tal decisão, a gestão dos serviços de saúde por OSS tornou-se legalizada e o número de estabelecimentos submetidos a esse tipo de gestão tendem a crescer ainda mais. As OSS têm ganhado espaço e estão gerindo cada vez mais tipos e quantidades de serviços públicos de saúde, inclusive os hospitalares.

O Ministério da Saúde defende os ideais de contratualização e pactuação, respaldado e incentivado pelo Banco Mundial. O Pacto pela Saúde, de 2006, expressa essa escolha, ao propor o compromisso de cada unidade de saúde do SUS e de cada

gestor do SUS com o alcance de certas metas e indicadores. Incentiva-se melhorar o desempenho das unidades de saúde e da gestão local do SUS, algo formalmente similar ao que é proposto num contrato de gestão (NOGUEIRA, 2007).

1.4.3. ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE E O CONTRATO DE GESTÃO

O contrato de gestão, previsto pela Lei nº9.637/98, é o instrumento celebrado entre o Poder Público e as organizações sociais, projetado para garantir a prestação dos serviços públicos de caráter social, de modo a não trazer ao orçamento público grande custo.

Pela mencionada Lei, as entidades do terceiro setor são incumbidas de desempenhar os serviços sociais, incluindo na área da saúde, em substituição ao Estado, oferecer à população maior eficiência e qualidade nos serviços prestados. De acordo com tais regras, as entidades são beneficiadas com recursos e bens públicos, bem como a cessão de pessoal para o trabalho a ser desempenhado (ZOLET, 2011).

A diferença entre as OS e as outras entidades privadas sem fins lucrativos e de utilidade pública é a composição especial do seu estatuto, com os órgãos de deliberação superior, incluindo a participação de representantes do estado e com o repasse de bens e recursos públicos condicionado à assinatura do contrato de gestão (MELO e TANAKA, 2001).

O art. 5º da Lei nº. 9.637/1998, define o contrato de gestão como um instrumento firmado entre o Poder Público e a entidade qualificada como organização social, com vistas à formação de parceria entre as partes, para fomento e execução de atividades nas áreas de educação, ciência e tecnologia, proteção e preservação do meio ambiente, cultura e saúde. O regime jurídico das OS é de direito privado, envolvendo algumas normas de direito público.

Sendo assim, o órgão de poder público (União, Estado e município) que almejar contratar uma Organização Social (OS) para gerir os chamados serviços não-exclusivos, tem a obrigação legal de firmar um contrato de gestão com a OS. Tal

instrumento prevê que a instituição receba do Estado incentivos financeiros e estrutura física para executar as atividades previstas no acordo em substituição ao órgão.

O contrato de gestão é um instituto do direito administrativo-constitucional, que deve ter o imperativo de proporcionar a transparência e a racionalidade estatal. Tal contrato é enaltecido por propiciar que a administração pública, na prestação dos serviços públicos, faça uso da eficiência das empresas. Também é fortemente criticado por permitir que a Administração Pública aumente sua liberdade de ação, com a flexibilização do regime jurídico administrativo, pondo em cheque alguns princípios constitucionais (SCHIMITT, 2006).

Cavalcante (2008) analisa o contrato de gestão, com as variadas possibilidades de sua utilização pelo Poder Público, pela compreensão de diversos e renomados teóricos do Direito Administrativo brasileiro, como Hely Lopes Meirelles e Celso Antônio Bandeira de Mello. Ela afirma que tal instrumento, apesar de ter sido denominado na legislação como contrato, não possui as características próprias da teoria geral do contrato, são classificados como falsos contratos, se analisados dentro de um contexto de legislação brasileira.

Isso ocorre porque ele apenas organiza as parcerias com o contratado, constituindo, na verdade, um autêntico acordo operacional, não submetendo uma parte aos interesses da outra. Pelo contrário, as partes ambicionam interesses comuns, apenas separando as partes em prestações diversas, tendo de um lado a obrigação do cumprimento de metas e programas estipulados neles, e na outra, o poder público que conferirá em contrapartida benefícios estatais, inclusive recursos públicos.

Segundo a autora, não existem nesta relação prestações mútuas combinadas entre as partes nem interesses opostos a serem combinados, que possam caracterizar um contrato de fato. Nitidamente, há um pacto, um acordo de vontades concorrentes, em que se programam ações específicas e competências flexíveis para o alcance de resultados e negócios comuns.

O artigo 18 da Lei nº 9637/1998 manifesta que a organização social que exercer atividades de entidade no âmbito da saúde deverá considerar no contrato de gestão,

os princípios do Sistema Único de Saúde, expressos na Constituição Federal de 1988 (art. 198) e na Lei nº 8080/1990 (art. 7º).

Após a promulgação da Lei nº9.637/98, houve uma alteração na lei de licitações (Lei nº8.666/93), por meio da Lei nº9.648/98, tornando-se desnecessária licitação para a celebração de contratos de prestação de serviços com as organizações sociais, qualificadas no âmbito das respectivas esferas de governo, para atividades contempladas no contrato de gestão.

Nota-se que existe clara permissão legal para a celebração de contratos de gestão entre o Poder Público e as organizações sociais nos moldes previstos na Lei nº9.637/98, ou seja, sem certame licitatório prévio. Mesmo assim, segundo a maioria dos doutrinadores, não existe justificativa plausível para a dispensa de prévia licitação para a celebração dos contratos de gestão, e, ao assim proceder, o Poder Público acaba por violar princípios constitucionais da Administração Pública, como o da impessoalidade e da igualdade (ZOLET, 2011).

Discute-se a constitucionalidade de diversas outras disposições da Lei nº9.637/98, principalmente por causa dos benefícios considerados excessivos e atípicos concedidos às organizações sociais por intermédio do contrato de gestão.

Um grande número de juristas defende que as vantagens recebidas pelas entidades privadas através do contrato de gestão e a liberalidade na utilização desses recursos contrariam frontalmente princípios da Administração Pública da impessoalidade, moralidade e eficiência. Tais princípios precisam ser observados e aplicados, principalmente quando se trata de utilização de receitas e bens públicos na consecução dos serviços ainda mais por se tratarem de serviços sociais públicos de caráter essencial. Zolet (2011) afirma

A lei nº 9637/1998 deixa grande margem de liberdade à atuação das organizações sociais, bem como lhes confere uma série de prerrogativas incomuns no ordenamento jurídico pátrio. (...) A inadmissibilidade da aplicação dos princípios administrativistas às atividades desempenhadas pelas organizações sociais, por seu turno, leva a crer que tais entidades de fato são usadas como subterfúgios para a burla das normas legais, afinal, não se pode admitir a prestação de serviços sociais, de responsabilidade estatal, de forma temerária, despida de critérios indispensáveis (ZOLET, 2011, p. 03).

Outro ponto destacado pela autora que merece ressalva, é o fato de o contrato de gestão não precisar estabelecer regras sobre a utilização de recursos públicos auferidos pelas organizações sociais na execução serviço, haja vista que apenas determina o dever de o órgão ou entidade supervisora da área de atuação correspondente à atividade fomentada fiscalizar a execução do contrato de gestão, mediante entrega de relatórios por parte da organização social (art. 8º a 10 da Lei nº9.637/98).

Assim, há a redução de previsão legal com relação ao controle exercido pela Administração Pública, no que tange à destinação dos recursos públicos auferidos pelas entidades. Ressalta-se que os recursos destinados às organizações sociais para a execução do contrato de gestão não ficam registrados no orçamento da União, no entanto, constituem receita própria das entidades beneficiadas. Percebe-se que a execução do contrato de gestão não se sujeita aos ditames da execução orçamentária, financeira e contábil do governo com o qual a OS contrata.

A gestão por OS permite apenas uma flexibilização da administração da saúde, experimentada pelos contratos existentes entre o estado e o setor privado e o filantrópico. Claramente, o esforço do governo tem sido em torno de medidas paliativas para resolver as questões de saúde da população, os quais assinalam - não a reconstrução do estado brasileiro - mas o seu completo desmonte (MELO e TANAKA, 2001).

2. OBJETIVOS

Este trabalho teve como objetivo principal: Investigar a inserção das Organizações Sociais de Saúde e suas práticas de gestão do trabalho nos hospitais públicos em três estados brasileiros - São Paulo, Rio de Janeiro e Espírito Santo.

Os objetivos específicos foram:

- Identificar as organizações sociais de saúde que celebram contrato com os Estados de SP, RJ e ES, apontando as maiores com relação aos recursos financeiros contratualizados;
- Levantar e comparar informações contidas nos contratos de gestão dos hospitais públicos dos Estados de SP, RJ e ES;
- Averiguar as informações relacionadas à política de recursos humanos dos serviços de saúde contidas nos contratos de gestão;
- Conhecer e analisar a política de gestão dos trabalhadores do SUS que atuam nos hospitais estaduais geridos por OSS no ES, pela percepção dos gestores de recursos humanos desses hospitais;
- Verificar se as orientações e princípios referentes à gestão de pessoas para instituições hospitalares são implementadas pelas OSS.

3. METODOLOGIA

Este estudo integra nacionalmente o projeto de pesquisa “Complexo Econômico Industrial da Saúde (CEIS), Inovação e Dinâmica Capitalista: Desafios Estruturais para a Construção do Sistema Universal no Brasil” CNPq sob nº 405077/2013-0; o qual, por sua vez, compõe a “Rede Nacional de Pesquisas sobre Política de Saúde: Conhecimento para efetivação do Direito Universal à Saúde” (CNPq sob nº41/2013), sob coordenação geral da Prof. Dra. Ligia Bahia.

Em nível estadual, o estudo compõe os Projetos: “A gestão do processo de trabalho na saúde pública: a estratégia das organizações sociais e a empresa pública de direito privado no Espírito Santo”, coordenado pela Prof. Dra. Francis Sodré financiado pelo CNPq sob nº472905/2013-9; e “As organizações sociais de saúde no Brasil: cartografia de um complexo econômico industrial da saúde”, coordenado pelas Prof. Dra. Elda Coelho de Azevedo Bussinguer, através da Plataforma Brasil, observando-se os dispositivos da Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde sobre Pesquisa com Seres Humanos, sendo aprovado pelo CAAE FDV sob nº de aprovação no Comitê de Ética - 52909416.1.0000.5073.

A pesquisa nacional, envolve 8 (oito) universidades, possui diversos objetivos e frentes de trabalho em todo o Brasil. A Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), a Faculdade de Direito de Vitória (FDV) e a Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) são as instituições corresponsáveis pela execução de parcela da pesquisa que integra o CEIS, a qual investiga os serviços de saúde públicos, filantrópicos e privados, dentro os quais se estabelecem as Organizações não governamentais prestadoras de serviços e gestoras de serviços e redes de atenção à saúde, usualmente chamadas OSS.

3.1. TIPO DE ESTUDO

Esta pesquisa seguiu abordagem qualitativa, cuja gênese encontra-se ligada a obtenção de informações em ambientes naturais. No entanto, ao longo dos anos, as

bases conceituais e metodológicas desse tipo de enfoque possibilitaram seu fortalecimento dentro da comunidade acadêmica. Os estudos qualitativos foram aqui eleitos por darem principal atenção aos contextos e à experiência humana em cada um deles. Os acontecimentos e fenômenos são estudados a partir de um contexto natural e real, que não foi construído para comportar a pesquisa, mas já existia e poderá ser compreendido por tais estudos.

Nessa abordagem, as pessoas não são tidas “como um conjunto separado de variáveis (...)”. O pesquisador que realiza pesquisas qualitativas é capaz de justificar, elaborar ou integrar em um marco teórico os seus achados”. O pesquisador é um instrumento essencial nesse tipo de pesquisa, sua experiência deve ser considerada em sua totalidade, de forma holística; em contrapartida, ele pretende que as pessoas estudadas “falem por si mesmas”. (SANDÍN ESTEBAN, 2010, p.129).

Por ser ampla, ter caráter investigativo, interpretativo e reflexivo, a pesquisa qualitativa – diz essa autora – é bastante usada para entender o poder e o controle, as construções, as ações, as representações da realidade, a legitimidade dos textos sobre o tema pesquisado. Também por ser apropriada ao estudo de relações sociais, a abordagem qualitativa foi escolhida, pois possibilitou investigar, conhecer e discutir como se dá a gestão do trabalho nos hospitais estaduais terceirizados pertencentes ao Sistema Único de Saúde, sob a visão de seu gestor e por meio da análise dos Contratos de Gestão.

Não obstante à predominância da pesquisa qualitativa, cabe ressaltar também neste trabalho a presença do caráter quantitativo no mapeamento da quantidade de contratos de gestão e de aditivos firmados entre as Secretarias de Saúde e as OSS compreendidas nos Estados ora observados.

Tratou-se também de um estudo exploratório e descritivo, considerando ser um tema do qual ainda pouco se sabe e encontra-se pouco documentado, conforme mostra a revisão bibliográfica. Segundo Gil (2002), o objetivo do estudo exploratório é o de proporcionar maior proximidade com o problema, para torná-lo mais explícito ou até mesmo constituir hipóteses. Portanto, o escolhemos por sua finalidade de aprimorar

ideias e fazer descobertas. Já o estudo descritivo foi eleito por ser o mais indicado para descrever determinadas características de uma população ou fenômeno, assim como estabelecer relações entre as variáveis. Sua função também é levantar opiniões, atitudes e crenças (GIL, 1995, 1999).

Assim, utilizamos diferentes formas para conhecer os diversos aspectos do fato estudado, empregando os seguintes procedimentos técnicos: levantamento bibliográfico; pesquisa documental, entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado; e análise de exemplos semelhantes que facilitassem a compreensão e o estudo do tema proposto.

3.2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Durante todo o período da pesquisa identificamos e estudamos referências bibliográficas que pudessem contribuir com este projeto. Consistiu num processo contínuo e de essencial importância conhecer o que foi escrito e publicado sobre o tema proposto e seus antecedentes, além de que “a principal vantagem da pesquisa bibliográfica reside no fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente” (GIL, 2002, p.45).

Registramos também a trajetória vivida nos últimos anos pelo SUS e pela administração pública, ressaltando a Reforma do Estado, para que os serviços públicos de saúde viessem a ser geridos por instituições privadas e as repercussões dessa ‘nova’ forma de gestão para os trabalhadores da saúde nos hospitais.

Os periódicos foram muito utilizados na revisão de literatura, pois compõem o meio mais importante e atualizado para a comunicação científica. Eles possibilitam a comunicação formal dos resultados de pesquisas originais e a manutenção do padrão de qualidade na investigação científica. Também as monografias, dissertações e teses constituíram-se fontes bastante relevantes para a pesquisa, já que muitas delas

formam-se por relatórios de investigações científicas originais e podem ser verificadas em revisões bibliográficas (GIL, 2012).

Considerando que o trabalho ora proposto pretendeu relacionar duas temáticas distintas – Recursos Humanos em Hospitais e Organizações Sociais de Saúde, foi feito o levantamento bibliográfico dos estudos publicados e disponíveis sobre esses assuntos – tanto de forma separada como também de maneira correlacionada.

Para levantamento da produção científica, usamos os descritores afins relacionados nos Descritores em Ciências da Saúde-DeCS: recursos humanos em saúde, gestão de pessoas, administração de recursos humanos em saúde, administração de recursos humanos em hospitais, organização social. Cabe destacar que este último descritor, na maior parte das vezes, não se refere às organizações sociais no sentido utilizado na pesquisa, instituições terceirizadas para execução de serviços públicos criadas no contexto de reforma do Estado. Entretanto, refere-se à organização social no sentido amplo do termo, englobando qualquer tipo de organização social, por isso não foi possível utilizá-lo.

A busca ocorreu nas bases de dados LILACS, SciELO, Biblioteca Virtual em Saúde e Periódicos Capes, por meio da mesma estratégia de procura: inserimos os termos de busca, valendo-se do idioma português, pois tratamos de um modelo de gestão adotado no Brasil. Utilizamos outras palavras-chaves na busca de bibliografias para esta pesquisa: gestão do trabalho, gestão do trabalho em saúde, trabalho em saúde, profissionais de saúde, profissionais hospitalares, organizações sociais de saúde. Esses não fazem parte do conjunto de descritores do DeCS, contudo, estão presentes em outras pesquisas, trabalhos acadêmicos, artigos científicos e livros que tratam da temática em questão.

Mesmo buscando publicações não indexadas nas bases de dados, visto que se faziam úteis a esta pesquisa, foi possível constatar que os estudos ainda são em número bastante reduzido quando comparado à relevância do tema para a Saúde Pública, principalmente, no que se refere aos trabalhos que fazem alusão diretamente às OSS.

Localizamos um estudo de revisão integrativa sobre cada uma das (duas) temáticas deste trabalho que auxiliaram na busca de bibliografias. Um deles uma tese de doutorado de Viana (2012) que apresenta e analisa toda a produção científica brasileira relacionada à temática Gestão do Trabalho em Saúde entre os anos 1992 e 2011, por meio da técnica “scoping review”.

A outra é a revisão integrativa de Soares, Borges e Santos et. al. (2016) de artigos em periódicos publicados entre 1998 e 2015 sobre as Organizações Sociais de Saúde como modelo de gestão para o Sistema de Saúde Brasileiro. Esse trabalho descreve grande parte dos artigos sobre o assunto e está categorizado por suas principais abordagens, sendo administrativa, política e jurídica.

Acreditamos que a escassez desses materiais possivelmente ocorra porque se trata de um fenômeno relativamente recente, contudo, aceleradamente crescente. Em muitos casos, já consolidado e apresentando-se como tendência. Cabe destacar ainda que a maior parte do que já se tem registrado em produção científica sobre o assunto foi desenvolvida no Estado de São Paulo e tem como referência as experiências pioneiras ocorridas naquele Estado.

Consistiram ainda em fontes importante nesta pesquisa os trabalhos dos Observatórios de Recursos Humanos no Brasil. Os observatórios são estações de trabalho que pesquisam e publicam estudos sobre trabalho e trabalhadores da saúde, construídos pela Rede Observatório de Recursos Humanos de Saúde (ObservaRH), cujo objetivo é a consolidação e fortalecimento do SUS no que se refere ao trabalho em saúde e à formação de trabalhadores.

ObservaRH é uma ação do Ministério da Saúde, em parceria com o Programa de Cooperação Técnica da OPAS/OMS no Brasil. Encontra-se sob coordenação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SGTES, do Ministério da Saúde - MS, fazendo parte de um projeto continental entre a OPAS e as Universidades, já implantado em vários países da América Latina.

Assim, a revisão de literatura fez-se essencial em todo processo para caracterização do contexto histórico e político, conhecimento de pontos de vistas diversos e de argumentos conexos sobre o assunto, para identificação, análise e comparação de pesquisas semelhantes. Logo, foi uma parte presente em todo processo, finalizada junto com a pesquisa, isto é, a primeira ação e também a última.

Há que se destacar que os estudos sobre gestão do trabalho em hospitais estaduais gerenciados por OSS são raros. Foram encontrados nos bancos de dados pesquisados apenas três nesse perfil: em São Paulo, realizado por Duarte (2009); em Pernambuco alcançado por Santana (2015); em Goiás, por Barbosa (2010). No Espírito Santo, este trabalho é pioneiro.

3.3. PESQUISA DOCUMENTAL

A obtenção de informações ocorreu também por meio de pesquisa documental, visto que constitui fonte de informação capaz de produzir evidências que fundamentem afirmações, possui baixo custo, é indicada quando na impossibilidade do acesso aos sujeitos, além de ainda constituir fonte “natural” e contextualizada de dados (LÜDKE e ANDRÉ, 1986). Conforme orientam esses autores, a escolha dos documentos não pode ser aleatória, entretanto, precisa se mostrar devidamente caracterizada e interpretada em seu contexto. Nos empenhamos, com lisura, em fazê-lo.

Analisamos também as normativas, legislações, manuais pertinentes a questão de gestão de pessoas na Saúde (estaduais e federais), sendo, principalmente: Constituição Federal da República Federativa do Brasil (1988), Lei Orgânicas da Saúde (nº 8080 e 8142/1990), Plano diretor da reforma do aparelho do Estado (1995), Lei nº 9637/1998, os cadernos do MARE (Organizações sociais, A Reforma administrativa do sistema de saúde), Política de Recursos Humanos para o SUS (2002), Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS - NOB/RH-SUS (2005).

3.4. LOCAL DE ESTUDO

Nomeamos os Estados de SP e RJ por terem uma vasta rede de serviços de saúde e a presença das maiores OSS do Brasil. Também eles estão no grupo dos primeiros estados a adotarem a gestão por OSS, além de ainda serem o berço dos primeiros estudos com relação aos temas centrais desta pesquisa. Já o ES foi escolhido pelo interesse de conhecer a realidade local, pela proximidade com o pesquisador, por sediar parte desta pesquisa, pela necessidade de se ter mais estudos sobre um tema tão relevante e tão pouco estudado de forma qualitativa, como a inserção das OSS e a gestão do trabalho em saúde.

Os contratos analisados foram aqueles entre os hospitais e os governos estaduais de SP, RJ e ES. Por hospital entende-se a unidade para atendimentos de casos de alta complexidade e emergência, encaminhados pelas UBSs, UPAs ou ambulâncias, e faz atendimento clínico geral. Possui mais recursos tecnológicos de intervenção que as demais unidades de saúde. Este estudo inclui os hospitais gerais e os especializados.

De acordo com o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), o hospital geral é destinado à prestação de atendimento nas especialidades básicas, por especialistas e/ou outras especialidades médicas. Pode dispor de serviço de Urgência/Emergência. Deve dispor de Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT). Pode ou não ter Sistema Integrado de Patrimônio, Administração e Contratos (SIPAC). Já o hospital especializado é aquele destinado à prestação de assistência à saúde em uma única especialidade/área. Geralmente é de referência regional, macrorregional ou estadual. Pode dispor de serviço de Urgência/Emergência e SADT. Pode ou não ter SIPAC.

Assim, os dados foram coletados nos contratos de gestão dos hospitais, os quais são o principal instrumento legal de celebração do acordo entre a administração pública estatal e as organizações públicas de direito privado. Possuem, dentre outras informações: as obrigações das partes, os valores transferidos, os serviços, as metas contratadas, a vigência.

3.5. COLETA DE DADOS

3.5.1. CONTRATOS

Para consulta dos conteúdos contratuais, foi realizada consulta nos sites das Secretarias de Saúde (ou o portal da transparência) das unidades federativas do Brasil que constituem o universo da pesquisa. Nesses sites, constam disponibilizados os contratos de gestão, firmados entre o ente público e a OSS.

Ressaltamos que os contratos firmados entre as OS e as secretarias estaduais de saúde do RJ foram facilmente acessados na internet. Já os contratos do ES não estavam disponíveis nos sites governamentais e por isso houve bastante dificuldade para acesso.

Conforme constata Turino (2016), pode-se observar a falta de transparência quanto a esses documentos públicos, já que o governo do ES não atende integralmente o direito da Lei de Acesso à Informação – LAI (Lei nº 12.527/2001), ao passo que os Contratos de Gestão não têm o seu conteúdo integralmente publicizados em sítio eletrônico do órgão governamental ou em outro do Governo Estadual.

Por isso, constituiu-se necessário que os contratos do ES fossem formalmente solicitados junto ao Núcleo Especial de Desenvolvimento de Recursos Humanos - NUEDRH da Secretaria de Estado da Saúde – SESA/ES. Também foram solicitadas, em mesma oportunidade, autorização para entrevista junto aos Gestores de Recursos Humanos dos Hospitais gerenciados por OSS que atuaram no período de 2015 e 2016, ou seja, durante o período de inserção do pesquisador no curso de pós-graduação. Sobre elas, falaremos mais adiante.

Analisamos os contratos de gestão e seus respectivos aditivos celebrados no período entre 2006 a 2016. A quantidade total de contratos e aditivos (N) foi 231 e 1005, respectivamente. Após a leitura dos dados coletados, foram elaboradas as categorias que serviriam de parâmetro para traçar o perfil comparativo entre os contratos firmados pelas OSS e os governos estaduais. Sendo, inicialmente, 30 categorias de

análise, as quais possibilitaram traçar um perfil analítico comparativo dos entre os contratos de gestão firmados entre o poder público e as OSS. Em seguida, elegemos 5 destas categorias referentes a questões de recursos humanos/gestão do trabalho para observação e análise. As categorias serão descritas com maior rigor e detalhamento no item “análise de dados”, a partir da p.65.

As etapas de coleta e inserção de todos os dados em planilha, precederam à realização de estratificação das OSS a partir dos volumes financeiros movimentados nos contratos de gestão e aditivos firmados com as secretarias estaduais de saúde. Portanto, foi possível apurar quais são as maiores OSS atuantes no Brasil, isto é, aquelas que recebem o maior montante financeiro de recursos por parte das secretarias estaduais, ranqueando-se as dez maiores.

3.5.2. ENTREVISTA

Na coleta de dados também utilizamos a técnica da entrevista com roteiro semiestruturado, elaborado pela própria pesquisadora e executado diretamente por ela junto aos sujeitos pesquisados, os quais foram os gestores de RH.

Sabe-se que as técnicas de interrogação - embora gerando levantamento limitado no que se refere ao estudo das relações sociais mais amplas, sobretudo quando estas envolvem variáveis de natureza institucional - são a escolha pertinente para a obtenção de dados a partir do ponto de vista dos pesquisados (GIL,2002), numa situação específica. Cabe destacar que

Ela (a entrevista) não significa uma conversa despreocupada e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos-objeto da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada. (...) Num primeiro nível, essa técnica se caracteriza por uma comunicação verbal que reforça a importância da linguagem e do significado da fala. Já, num outro nível, serve como um meio de coleta de informações sobre um determinado tema científico (NETO, 2001, p. 57).

A escolha da entrevista com roteiro semiestruturado - e não de um questionário ou uma entrevista com roteiro estruturado/fechado - ocorreu levando em conta seu caráter interativo. Isso porque o objetivo era apenas utilizar uma técnica orientada

para a resposta, mas orientada para a informação, pois esta tem a clara intenção de possibilitar ao entrevistado expressar conhecimento, sentimentos e interesses sem sentir-se acuado pela manipulação do entrevistador (LESSARD-HÉBERT, GOYETTE E BOUTIN, 2010).

A entrevista é o instrumento indicado para mapear práticas, crenças, valores e sistemas classificatórios de universos sociais específicos em que os conflitos e contradições não estejam claramente explicitados. Se bem realizadas, permitem ao pesquisador se aprofundar numa questão, coletando indicativos do modo como os sujeitos percebem e significam sua realidade. Ao levantar informações consistentes, é possível descrever e compreender a lógica norteadora das relações que se estabelecem no interior do grupo, o que, geralmente é mais complicado obter com outros instrumentos de coleta de dados (DUARTE, 2004).

O roteiro da Entrevista aplicada (APÊNDICE A) foi minuciosamente elaborado com as seguintes finalidades: conhecer a Política de Gestão de Pessoas adotada pela OSS, os processos e procedimentos seguidos, o que a política prevê para os trabalhadores, a relação da Gestão com o SUS, que direcionamentos que ela segue, a aproximação ou não das ações planejadas e executadas com relação às metas do Contrato de Gestão, a opinião do Gestor a respeito da Gestão Hospitalar por meio de OSS.

Compõem o roteiro os seguintes grupos de assuntos: PROVISÃO – recrutamento, seleção e integração; APLICAÇÃO – responsabilidades do cargo, quantidade de pessoas, alocação, plano de carreiras e oportunidades, avaliação de desempenho; MANUTENÇÃO – administração de cargos e salários, planos de benefícios sociais, higiene e segurança do trabalho, relações sindicais; DESENVOLVIMENTO – treinamento, desenvolvimento, mudanças de comportamentos; MONITORAÇÃO – banco de dados quantitativo e qualitativo dos trabalhadores (registro e controle), sistemas de informação para decisões, auditoria e adequação de políticas e procedimentos a serem praticados; percepção sobre AS NOVAS FORMAS DE GESTÃO NA SAÚDE, parte em que eles expõem as possibilidades e as dificuldades em se ter uma gestão hospitalar feita por OSS.

As referências utilizadas para construção do roteiro foram a Política de Recursos Humanos para o SUS (BRASIL, 2002) e NOB/RH-SUS (BRASIL, 2005), com normas e orientações para os gestores e trabalhadores da Saúde; as obras de gestão em saúde Nogueira (2002 e 2010), de Coltro e Dos Santos (2005), Ribeiro (1977). Também Oliveira e Garcia (2006) e Demo (2005), que tratam de variáveis para análise de Recursos Humanos e sobre Políticas de Gestão de Pessoas nas Organizações, respectivamente.

O instrumento foi aplicado de forma presencial pela pesquisadora, após apresentação de ambos os envolvidos e do roteiro das perguntas impresso. A entrevistadora explicou sobre a pesquisa, falou da importância da participação do entrevistado para o êxito da pesquisa e esclareceu que sua participação era voluntária. Em seguida, procedeu-se à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B). As entrevistas foram devidamente gravadas posteriormente à concordância do entrevistado para tal procedimento, durando aproximadamente 60 (sessenta) minutos.

Os sujeitos foram todos os Gestores de Recursos Humanos em exercício nesses 3 (três) hospitais durante a pesquisa (2015-2016). Logo, entrevistamos 4 (quatro) gestores no total, posto que um dos hospitais esteve sob intervenção pela SESA, tendo uma outra OSS assumindo sua direção no início de 2016, dois gestores do mesmo hospital participaram. Cabe destacar que não houve exclusão de participantes.

Pesquisar o gestor de RH e as políticas de gestão de pessoas consistiu em etapa importante deste trabalho. A escolha do gestor de pessoas para ser entrevistado ocorreu porque ele cumpre uma função estratégica para a instituição, pois se trata de alguém designado para verificar contínua e periodicamente se a política de gestão de pessoas está sendo exercida, assim como as demais políticas pertinentes. Ele é o responsável por monitorar que efeito elas estão causando nas pessoas, que consequências estão sendo geradas no relacionamento interpessoal (equipe e chefias), que retrato está sendo traçado e divulgado por essas políticas e qual o grau de satisfação do empregado (RIBEIRO,1977).

Sabemos que a essência do gestor de RH do hospital não está apenas na posição que ocupa, mas nas ações que exerce. As principais são: controlar e conciliar os interesses pessoais dos componentes dos grupos de trabalho nas relações interpessoais profissionais, nas relações com o trabalho, nas relações com o gestor geral do hospital; atender às políticas de saúde (macro) e à política de gestão de pessoas (micro), nestas tanto com relação às finalidades da instituição, quanto aos regulamentos e leis pertinentes a essa atuação.

As questões que muito influenciam o trabalho do gestor de pessoas são a prioridade dada pela gestão hospitalar para este ou aquele setor, a natureza (pública ou privada) do hospital e dos serviços prestados, a quantidade de recursos financeiros disponíveis para a realização das tarefas, a qualificação das pessoas que trabalham no hospital, a formação e o desenvolvimento profissional do gestor (RIBEIRO,1977).

As formas econômicas, políticas e morais pelas quais a força de trabalho se transforma em trabalho dependem de um processo contínuo de negociação em que as estruturas de gestão procuram controlar a produtividade no trabalho através da concepção e desenvolvimento de mecanismos administrativos orientados para assegurar os níveis de esforço exigidos dos trabalhadores. Por sua vez, as formas de regulação e controle de conflitos instituídos pelas estruturas de gestão estão reciprocamente ligadas aos modos de ação individual e coletiva que os trabalhadores acionam com a intenção de evitar, resistir e manipular os níveis de esforço que os gestores tentam impor (REED, 1997, p.98).

Logo, por causa do papel do gestor de RH no hospital e pela relevância das suas atividades na execução da política de gestão de pessoas é que escolhemos esse ator para ser informante de dados incluídos nesta pesquisa. A percepção dele a respeito da política e das atribuições que o envolvem nos hospitais onde atuam é o que veremos no capítulo 4 deste trabalho.

Por motivos de viabilidade, tempo de duração do mestrado e disponibilidade de recursos materiais, as entrevistas foram efetuadas apenas nos hospitais do Espírito Santo. Nesse Estado, 3 (três) dos 15 (quinze) hospitais estaduais encontram-se totalmente gerenciados por OSS. Esse processo de terceirização se iniciou em 2008.

Conforme citamos anteriormente, para o levantamento dos dados no ES, ou seja, ter acesso aos contratos de gestão não disponibilizados para acesso e entrevistar os gestores de RH dos hospitais, protocolamos um pedido formal junto à SESA. O órgão possui um Grupo Técnico para análise de pesquisa ligado ao NUEDRH que cuidou de todos procedimentos internos de autorização e viabilidade.

A autorização do órgão não foi célere, mas foi concedida. Em seguida, procedemos ao contato direto com a diretoria técnica de cada uma das instituições de interesse. Conseguir atendimento com os diretores requereu insistência. Não foi tarefa simples, mas possível. Houve, então, indicação do responsável pela coordenação geral de Recursos Humanos para ser o informante. Eles foram contatados individualmente, tanto por telefone como por correio eletrônico.

Toda essa etapa foi morosa. Após a necessária autorização da SESA para conseguir as entrevistas, houve bastante resistência e falta de retorno por parte de dois dos gestores. Estes só concordaram em conceder as informações após a finalização completa do processo de solicitação junto à Secretaria de Estado. Após reiteradas tentativas, a entrevista foi agendada e efetuada. O período do início dos pedidos até a concessão da última entrevista durou em torno de 8 (oito) meses.

Segue relato de algo bastante importuno e inusitado acontecido em uma das instituições. No terceiro contato por telefone, a gestora agendou a entrevista. Quando compareci no dia e local marcado, após eu explicar os objetivos da pesquisa e apresentar o TCLE, ela informou que ainda não poderia dar qualquer informação, pois não possuía autorização do seu gestor superior para a entrevista. Solicitou em seguida protocolássemos no próprio hospital: o roteiro da entrevista, TCLE e o resumo do projeto no hospital e aguardasse seu contato para reagendamento da entrevista. Eu o fiz. Mas também fiz o contato com um membro do GT da SESA, pedindo que interviesse no caso. Fiz outros 4 (quatro) contatos com a gestora e, dois meses depois, consegui de fato efetuar a entrevista.

Todas as informações foram oferecidas pelo Gestor de RH, com exceção de dados sobre Saúde e Segurança do Trabalho em uma das OSS, os quais foram prestadas

por um funcionário do setor responsável, a pedido do gestor da OSS. Destacamos também que tal gestor ocupava o cargo de diretor geral e participou de toda entrevista junto com o gestor de RH, sob a justificativa de poder apoiá-lo com informações mais precisas, já que este era novo na função.

Outro fato surpreendente foi que um dos gestores entrevistados, durante toda a entrevista, mostrava no computador os fluxos e processos que ia descrevendo, formulários e documentos. E ao finalizar a entrevista, ele nos apresentou toda a estrutura física do hospital por meio de visita monitorada.

Os procedimentos efetuados após a gravação das entrevistas foram a escuta e, em seguida, a transcrição integral e manual das informações. Essas fases precedem a de leitura exaustiva dos dados coletados. Posteriormente, os examinamos e os analisamos, conforme descrição a seguir.

3.6. ANÁLISE DOS DADOS

Os dados analisados neste estudo são as informações encontrados no contrato de gestão entre as OS e as secretarias estaduais de SP, RJ e ES, com o foco nas informações relativas à recursos humanos, e as entrevistas com os gestores de RH dos hospitais estaduais gerenciados por OSS no ES.

3.6.1. CONTRATOS

Para analisar os dados dos contratos utilizamos a análise de conteúdo temática (BARDAN, 1979). A análise de conteúdo envolve as ações de explicitação, sistematização e expressão do conteúdo de mensagens, a procedência das mensagens – seu emissor, em que contexto foram emitidas, os efeitos esperados (CAPELLE, MELO E GONÇALVES, 2003).

A análise de conteúdo pode ter duas funções principais, as quais pretende-se fazer uso neste estudo:

Uma se refere à verificação de hipóteses e/ou questões. Ou seja, através da análise de conteúdo, podemos encontrar respostas para as questões formuladas e também podemos confirmar ou não as afirmações estabelecidas antes do trabalho de investigação (hipóteses). A outra função diz respeito à descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado. As duas funções podem, na prática, se complementar e podem ser aplicadas a partir de princípios da pesquisa quantitativa ou da qualitativa (GOMES, 2001, p.74).

Escolhemos a análise temática para trabalhar os contratos de gestão, visto que este tipo auxilia na descoberta dos núcleos de sentido, observando se presença ou frequência de determinado tema presentes nesses documentos contribuíram para alcançar o objetivo proposto. Qualitativamente, é a presença e ou a frequência de determinados temas que significam as referências e os modelos de comportamento contidos no discurso (MINAYO, 2004).

Seguimos as fases de pré-análise, a qual incluiu escolha do documento contratual, a leitura, a organização, a indicação das hipóteses. Na exploração do material, definimos as categorias mais frequentes nos contratos. Destas, pontuamos as que se relacionavam mais diretamente com o objeto, isto é, com as práticas relativas a recursos humanos adotadas na gestão. Por fim, tratamos esses resultados e os interpretamos à luz das orientações, dos regulamentos e da conjuntura política administrativa do país.

Das 30 categorias levantadas nos contratos estudados, este trabalho analisou 5 deles referentes à política de recursos humanos da unidade hospitalar terceirizada, sendo eles: modelo de vínculo empregatício, permissão (ou não) de contratação de pessoa jurídica, o percentual de gastos com pessoal, o procedimento de contratação de pessoal pela OSS, as metas contratuais relativas à gestão de pessoas.

O “modelo de vínculo” consistiu na verificação da existência ou da inexistência de previsão contratual referente à modalidade de vínculo existente com os trabalhadores da OSS. Consideramos o vínculo sendo a contratação direta por meio da Consolidação das Lei Trabalhistas (conhecida como CLT – é o decreto-lei n.º 5.452,

de 1º de maio de 1943) ou os profissionais pertencentes ao quadro de órgão público que obtiveram cessão para atuarem na contratada.

O termo “CLT Exclusivo” consistiu na contratação de pessoal realizada pela OSS mediante o regime da CLT. A expressão “CLT + Cedidos” incidiu na contratação de pessoal realizada pela OSS mediante o regime da CLT acrescida da recepção de servidores do Estado, provenientes de outros organismos estatais, cedidos para desempenharem suas atividades na OSS. Já os “Cedidos” referiu-se à recepção de servidores do quadro do Estado, provenientes de outros organismos estatais, cedidos para desempenharem suas atividades laborais na OSS.

Diante do não enquadramento nas subcategorias mencionadas ou da omissão contratual quanto ao modelo de vínculo adotado, a coleta foi realizada por meio da inserção do termo “omisso” no campo destinado ao preenchimento.

A declaração “permite contratação de pessoa jurídica” objetivou verificar, no contrato de gestão, se há indicação de permissão ou de vedação de contratação de pessoa jurídica para a prestação de serviços na OSS. Para auxiliar o pesquisador na coleta de dados, convencionaram-se três respostas possíveis para essa categoria: sim; não; omissa.

“Previsão de percentual de gastos com pessoal” foi a identificação no contrato de gestão do percentual estabelecido para os gastos com recursos humanos, ou seja, com a contratação das pessoas que trabalham no hospital. O “procedimento de contratação de pessoal pela OSS” intentou identificar como foi feito para contratar os trabalhadores e se no contrato de gestão há alguma indicação da possibilidade de contratação de serviços via empresas terceirizadas, cooperativas ou outras modalidades.

Por fim, as “metas” foram categorias que expressaram a relação dos objetivos a serem atingidos pela OSS, no desempenho de suas atividades, as quais são expressas em termos quantitativos e/ou percentuais, com estabelecimento de um prazo determinado para cumprimento e pressupõe recebimento de recursos

específicos para tal alcance. Reitera-se que nesta pesquisa foram procuradas e levantadas apenas as metas ligadas a questões de RH.

3.6.2. ENTREVISTAS

As entrevistas foram analisadas conforme orientam Kvale (1996) e Duarte (2004). Mesmo com o roteiro dividido em temas para facilitar a abordagem dos assuntos, fragmentamos o texto transcrito em unidades de significação e reorganizamos os fragmentos pelos pressupostos que surgiram. A interpretação das unidades é um procedimento minucioso, articulando-as entre si, formulação de hipóteses explicativas do problema, neste caso, da política ou práticas de gestão de pessoas adotadas pela OSS, a relação delas com o tipo de gestão: hospitalar e privada - apesar de tratar-se de serviços públicos.

A interpretação estabeleceu que as unidades de significação fossem articuladas entre si, partindo das categorias de análise. Algumas categorias foram pré-estabelecidas, de acordo com nossos referenciais, e outras surgiram durante a entrevista. A processo foi dinâmico e não engessado. Destaca-se também que mesmo durante a entrevista já se pode interpretar muitas respostas, sendo esta a orientação de Kvale (1996).

As OSS visitadas e aos seus respectivos gestores entrevistados foram identificadas pelas quatro primeiras letras do alfabeto, sendo A, B, C e D, escolhidas de forma aleatória, com a finalidade de manter a identidade deles em sigilo. Também omitimos outras informações e expressões orais que permitem identificar o gestor (como o sexo, ao passo que tratamos todos no gênero masculino) e/ ou identificar a instituição em que atuavam (ou atuam), por se tratar de um número baixo de entrevistados e instituições.

Há que se destacar aqui duas questões. A primeira é o fato de que além das entrevistas com os gestores de RH, tínhamos os contratos de gestão dos mesmos hospitais para serem analisados. Tal situação possibilitou a percepção do que estava ou não em conformidade com o acordado, além de promover melhor compreensão do contexto do estado do ES. A outra questão é que elaboramos o roteiro da entrevista

pressupondo tanto a gestão privada das OSS, como a presença de uma política de RH nos hospitais. Tal escolha baseou-se nas concepções teóricas e nos conhecimentos adquiridos. Contudo, percebendo, durante a entrevista, que muitas práticas de RH não compunham uma política de RH preestabelecida e estruturada, mas eram ações isoladas, não vinculadas a OSS mãe e desenvolvidas conforme demanda, procedemos ao registro mesmo assim.

Finalmente, a análise final das entrevistas versou em dar significado ao conteúdo das categorias nas quais estavam incorporadas as unidades, referenciando os objetivos da pesquisa e o contexto em que os depoimentos foram obtidos.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS CONTRATOS

Trataremos a seguir dos resultados do estudo sobre a inserção das Organizações Sociais da Saúde (OSS) na gestão de hospitais estaduais do Sistema Universal de Saúde (SUS) em São Paulo (SP), Rio de Janeiro (RJ) e Espírito Santo (ES). Teremos as características e as quantidades dos contratos de gestão celebrados, o volume de recursos disponibilizados às OSS, registraremos o conteúdo relativo à gestão do trabalho, depois exporemos análise sobre o instrumento 'contrato de gestão'.

4.1. DOS CONTRATOS

4.1.1. OSS: SERVIÇOS PÚBLICOS SOB GESTÃO PRIVADA

A execução dos serviços nos hospitais terceirizados e os termos contratuais que a envolvem compreendem a assistência hospitalar engloba as atividades demandadas durante o processo de hospitalização do paciente desde a internação, como medicação, alimentação enteral e parenteral, exames clínicos, de diagnóstico, assistência médica e cuidados profissionais necessários para a recuperação da saúde.

Os serviços hospitalares incluídos nos contratos estudados compreendem os segmentos de assistência hospitalar, hospital-dia e cirurgias ambulatoriais, atendimento a urgências hospitalares, atendimento ambulatorial, programas especiais e novas especialidades de atendimento hospitalar.

O hospital-dia e as cirurgias ambulatoriais são serviços incluídos na assistência hospitalar intermediária, ou seja, entre a internação e o atendimento ambulatorial, feitos para a realização de procedimentos cirúrgicos e clínicos que requeiram permanência hospitalar máxima de 12 horas.

O atendimento às urgências hospitalares compreende atendimentos de urgência não programados que sejam dispensados pelos serviços de urgência do hospital para pessoas que procuram tal atendimento espontaneamente ou referenciado por outro serviço. Já o hospital abrange as categorias porta aberta ou porta fechada. A maior

parte dos hospitais também inclui o atendimento ambulatorial, o qual compreende a primeira consulta, interconsultas, consultas subsequentes (retorno), cirurgias ambulatoriais e APAC's (autorização de procedimento de alto custo de acompanhamento).

Ressaltamos que foi observada nos contratos dos hospitais estaduais a presença de programas especiais e novas especialidades de atendimento. Isso significa que ao longo da vigência do contrato, desde que em comum acordo entre as partes, o equipamento público gerido pela OSS pode propor a realização de outras atividades diferentes daquelas relacionadas no contrato de gestão, sendo permitida a introdução de novas especialidades médicas, realização de programas especiais para determinado tipo de patologia, como também a introdução de novos exames laboratoriais.

Vale destacar, que essas novas atividades poderão ser previamente autorizadas pela contratante após análise técnica, sendo quantificadas separadamente do atendimento rotineiro da unidade e sua orçamentação econômico-financeira será discriminada e homologada através de Termo Aditivo (aditivo contratual) ao presente contrato. Observamos que inclusões desse tipo foram feitas com bastante frequência nos aditivos pesquisados.

O aditivo contratual, cuja definição encontra-se na Lei nº 8.666/1993², refere-se a um instrumento utilizado para formalizar a alteração de alguma cláusula do contrato entre a administração pública e o contratado.

O aditivo pode usado em qualquer momento da execução do contrato em que se perceba necessidade de alteração de cláusula contratual. Suas principais utilidades são a modificação do projeto ou das especificações, o acréscimo ou diminuição quantitativa do objeto, o aumento ou redução de quantitativos, modificação do regime (e prazo) de execução ou da forma de pagamento. Os casos mais comuns de uso do aditivo são para prorrogação de prazo de vigência e acréscimos do objeto.

² Definição e regras - art. 57 a 65, com alterações da Lei nº 8.883, de 1994.

Tais características foram observadas nos aditivos contratuais analisados. A respeito deles cabe registrar que são numerosos, feitos sem um critério específico. Muitos possuem ampliação desordenada de valores, a maior parte sem trazer explicitamente a finalidade específica do aumento. Todavia, o aditamento de valores não é um princípio absoluto dos instrumentos considerados. Por vezes, modificam-se tipos ou quantidades nas metas, inclui-se ou retira-se serviços contratados.

Ressaltamos que não estão aqui expressas e analisadas as informações contidas nos aditivos contratuais. Isso porque constatamos notável limitação para utilização desses dados, inclusive no que se refere aos recursos humanos. Com exceção das partes - do objeto e do valor acrescido (quando ocorria) - as informações neles contidas não estavam padronizadas, mas colocadas aleatoriamente, sem regras ou critérios expressos – alguns contratos têm, outros não. Isso abrange as informações sobre a gestão de pessoas, que além de raras, não eram objetivas, mas imprecisas.

A tabela 1 mostra um comparativo entre a quantidade dos contratos de gestão celebrados entre Estado e as OSS no período 2006-2016 para gestão de todos os serviços de saúde estatais, incluindo Serviços Hospitalares, Ambulatórios Médicos de Especialidade (AME), Centro de Referência do Idoso (CRI), Centros de Reabilitação da Rede Lucy Montoro, Centros Estaduais de Análises Clínicas (CEAC), Serviços de Diagnóstico por Imagem (SEDI), Centro de Armazenamento e Distribuição de Insumos de Saúde (CEADIS) e Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde (CROSS).

Tabela 1 - Quantidade de Contratos de Gestão por Estado

ESTADO (UF)	Nº DE CONTRATOS DE GESTÃO (CG)	Nº DE ADITIVOS (AD)	PROPORÇÃO AD/CG
SÃO PAULO (SP)	173	850	4,9
RIO DE JANEIRO (RJ)	53	128	2,4
ESPÍRITO SANTO (ES)	5	27	5,4

Fonte: Elaboração própria.

Percebe-se que o Estado de SP traz um número bastante superior de contratos e aditivos quando comparado aos Estados de RJ e ES. Se comparamos a proporção numérica entre aditivos e contratos, temos semelhanças entre SP e ES. O número de aditivos nesses Estados é aproximadamente 5 (cinco) vezes maior que o de contratos celebrados.

Já no Estado do RJ essa proporção cai pela metade, sendo apenas 2,4 vezes maior número de aditivos em relação aos contratos. Essa diferença talvez se deva ao fato de que o primeiro contrato de gestão do RJ foi acordado mais tardiamente que o outros dois Estados. Sendo no ano de 2012, enquanto que em SP foi em 2006 e ES, em 2008.

A tabela 2 traz um comparativo semelhante entre a quantidade dos contratos de gestão celebrados entre Estado e OSS no período 2006-2016, contudo, retratando apenas aqueles feitos para a gestão de serviços hospitalares.

Tabela 2 - Quantidade de Contratos de Gestão Hospitalar por Estado

ESTADO (UF)	Nº DE CONTRATOS (CG)	Nº DE ADITIVOS (AD)	PROPORÇÃO AD/CG
SÃO PAULO (SP)	53	355	6,7
RIO DE JANEIRO (RJ)	21	33	1,6
ESPÍRITO SANTO (ES)	5	27	5,4

Fonte: Elaboração própria.

O número de contratos (CG) de SP é o dobro do RJ, entretanto chama-nos a atenção o número grandioso de aditivos (AD) daquele Estado, sendo aproximadamente 10 (dez) vezes maior que o deste. Também observamos que o ES, apesar de possuir quase 4 (quatro) vezes menos contratos que o RJ, o número de aditivos na gestão capixaba diminui menos que 20% quando comparado aos do RJ.

Quando comparado aos demais, o RJ foi o Estado que proporcionalmente teve o menor número de aditivos, pois o número destes foi 1,57 vezes maior que o de contratos, ou seja, aproximadamente 60%. Já no Estado de SP possuiu aproximadamente 7 vezes mais aditivos que contratos de gestão. Logo, a proporção entre o número de contratos e aditivos muda nos contratos dos hospitais, crescendo em SP e diminuindo no RJ. Considerando que no ES, temos OSS gerenciando apenas os serviços de saúde hospitalares, temos o mesmo número de contratos e aditivos tanto na tabela 1, como na 2.

Sobre as alterações quantitativas no contrato temos que

O interesse público é não só o fundamento da mutabilidade nos contratos administrativos, como também irá definir o seu real limite. É exatamente em nome dessa mutabilidade dos contratos administrativos que a administração, buscando sempre a realização do interesse público, poderá promover

alterações contratuais unilaterais, dentro dos limites indicados (FURTADO, 2000, p.41)

Esses limites estão no art. 65, § 1º, da Lei 8.666/93, que dispõe:

O contratado fica obrigado a aceitar, nas mesmas condições contratuais, os acréscimos ou supressões que se fizerem nas obras, serviços ou compras, até 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial atualizado do contrato, e, no caso particular de reforma de edifício ou de equipamento, até o limite de 50% (cinquenta por cento) para os seus acréscimos.

A esses limites não poderá exceder a determinação administrativa. Contudo, temos que esse limite não foi devidamente acolhido pelos gestores estaduais. Há diversos casos de valores aumentados muita acima do tolerado pela lei.

Já sobre as alterações qualitativas ao contrato, afirma-se que

urge evidenciar a necessidade de alteração do contrato, a inalterabilidade da essência do objeto contratado, a exequibilidade da nova avença para o contratado. Ademais, cabe à Administração Pública demonstrar que alteração qualitativa do contrato constitui a alternativa mais adequada à satisfação do interesse público, em comparação com a possível rescisão do contrato, a realização de nova licitação e a posterior contratação, levando-se em consideração diversos princípios norteadores da atividade administrativa (COUTO, 2009, p. 89).

Não foram observados nos conteúdos contratuais justificativas expressas nem critérios precisos para esse aumento em demasia, comprometida fica a observação aos princípios da razoabilidade e da publicidade. Também houve caso nos aditivos contratuais de mudança no objeto, o que a lei também não permite fazer. Tal mudança exige a celebração de outro contrato com outro objeto.

A seguir, na tabela 3, está a relação das 10 (dez) OSS que mais receberam recursos e os Estados em que atuam. Muitas destas, atuam em outros estados brasileiros, entretanto nesta pesquisa serão considerados RJ, SP e ES. Os valores relacionados estão em ordem decrescente e considerando a somatória de todos os contratos e aditivos no período 2006 – 2016.

As informações dos valores recebidos pela OSS foram obtidas no contrato de gestão, o qual consiste no principal instrumento legal para celebração de contrato entre a administração pública estatal e as organizações públicas de direito privado.

Tabela 3 - Volume de Recursos por OSS e Estado

ORDEM	ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE	ESTADOS ONDE ATUAM	VALOR (R\$)
1º.	Associação Paulista para Desenvolvimento da Medicina (SPDM)	SP, RJ	6.746.675.727,94
2º.	Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo (SECONCI)	SP	5.415.578.883,89
3º.	Irmadade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo	SP	4.533.361.564,26
4º.	Cruzada Bandeirante São Camilo	SP	3.073.904.241,36
5º.	Lar São Francisco da Providência de Deus	SP, RJ	2.697.473.209,84
6º.	Associação Congregação de Santa Catarina (ACSC)	SP, RJ, ES	2.393.824.945,26
7º.	Fundação Faculdade de Medicina	SP	2.254.253.326,51
8º.	Fundação ABC	SP	1.581.298.925,78
9º.	Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus	RJ	1.381.896.662,44
10º.	Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar (PRÓ-SAÚDE)	RJ, ES	1.312.873.334,99
Total			31.391.140.822,27

Fonte: Elaboração própria.

Todas as OSS listadas acima foram contratadas pelo Poder Público Estadual para gestão de equipamentos hospitalares, mesmo que atuem (e várias atuam) em outras unidades de saúde. Delas, 80% operam no Estado de SP e 50% no RJ. No ES, temos duas delas (20%). Tem-se ainda que, 40% delas atuam em pelo menos 2 (dois) Estados ao mesmo tempo.

Cabe, entretanto, registrar que nenhum dos aditivos analisados cita algum provável componente de uma política de RH nos hospitais referentes. Por exemplo, há alguns aditivos contendo a quantidade de pessoal cedido da Secretaria de Estado para atuar na OSS e outros dizendo sobre a redução desse quantitativo, mas a maioria não traz essa informação.

Poucos desses documentos continham a quantidade de pessoas a serem contratadas para cada hospital, nem para qual setor ou de que área de formação. Um dos aditivos traz a descrição de três profissionais, de diferentes formações e remunerações, em uma lista de transferência de bens patrimoniais de um dos hospitais cuja gestão do serviço foi contratualizada.

Assim, considerando a presença de informações imprecisas e demasiadamente diversificadas entre si, não foi possível levantar, padronizar ou agrupar os conteúdos dos aditivos contratuais para análise; mas apenas com os contratos de gestão.

4.1.2. ANÁLISE CONTRATUAL DA POLÍTICA DE RH DAS OSS

Das 30 (trinta) categorias de análise elaboradas relativas ao conteúdo dos Contratos de Gestão (APÊNDICE C), 5 (cinco) delas tem informações afins à política de recursos humanos adotada pela gestão. No quadro 1, a seguir, temos descritas essas informações, os resultados de sua análise e, posteriormente, as ponderações relativas ao conteúdo contratual feitas por Estado.

A explicação de cada um dos itens foi detalhada na parte metodológica desta pesquisa, mais especificamente a partir da página 65, em que foi escolhido um vocabulário controlado de categorias para auxiliar o pesquisador na coleta e análise de dados, bem como para uma melhor apreensão da categoria em questão.

Quadro 1 - Categorias analisadas nos Contratos de Gestão por Estado

Informações contratuais	SP	RJ	ES
Modelo de vínculo empregatício	CLT + CEDIDOS	CLT Exclusivo	CLT + CEDIDOS
Permissão de contratação de pessoa jurídica	Sim ³	Sim	Sim
Percentual de gastos com pessoal	70% do valor Global	Omisso	70% do valor Global
Procedimento de contratação de pessoal pela OSS	Omisso	Critérios exclusivamente técnicos e inclusive quanto ao gerenciamento e controle de recursos humanos, observando as normas legais vigentes, em especial as trabalhistas e previdenciárias; selecionar seu pessoal de forma pública, objetiva e impessoal, nos termos do regulamento próprio a ser editado pela Contratada. É vedada a contratação de cooperativa fornecedora de mão de obra.	Omisso
Metas de RH**	Não possui ⁴	Desconhecidas. Os contratos dizem que as metas estão no “Anexo I do Termo de Referência ⁵ ”, contudo não está disponível para visualização.	O contrato de 2008 possui ⁶ , porém não está vigente.

Fonte: Elaboração própria

³ Proíbe-se o contrato com empresas inidôneas, com impedimentos e que estejam no CADIN Estadual.

⁴ Há contratos que preveem “pesquisa de satisfação com o usuário” no item “indicador de qualidade”, porém não é possível verificar se estão contidos itens que englobam a parte de RH nem quais seriam.

⁵ *Termo de Referência* é o documento apresentado quando o objeto do convênio, contrato de repasse ou termo de cooperação envolver aquisição de bens ou prestação de serviços, o qual deve conter elementos para avaliação do custo pela administração de acordo com o orçamento. Precisa considerar os preços praticados no mercado da região onde será executado o objeto. Deve conter definição dos métodos, estratégia de suprimento, valor estimado em planilhas de acordo com o preço de mercado, cronograma físico financeiro, se for o caso, critério de aceitação do objeto, deveres do contratado e do contratante, procedimentos de fiscalização e gerenciamento do contrato, prazo de execução e sanções, de forma clara, concisa e objetiva (art. 9º, § 2º, Decreto n.º 5.450/05; art. 1º, § 2º, XXVI, Portaria Interministerial n.º 507/2011).

⁶ São elas – “Metas Qualitativas: Ensino e pesquisa (Plano Diretor Educacional; Programação semestral de eventos técnicos científicos; evento técnico científico por semestre; regimento de estagiários; programa de educação permanente em suporte avançado de vida para médico e enfermeiros); Qualidade (Avaliação de satisfação do usuário; Avaliação de satisfação dos colaboradores); Gestão implantação do programa de capacitação e desenvolvimento de colaboradores”.

4.2.1. SOBRE AS OSS EM SÃO PAULO

As Organizações Sociais de Saúde originaram-se de forma pioneira no Estado de São Paulo, inicialmente em hospitais, regulamentados pela lei complementar nº 846, de 04 de junho de 1998. As primeiras dez OSS qualificadas para administração de hospitais na periferia de região metropolitana paulistano foram as entidades sem fins lucrativos.

A iniciativa foi incentivada pela existência de uma dezena de hospitais que haviam sido construídos com base em empréstimo do Banco Mundial e, posteriormente, totalmente equipados com recursos públicos, entretanto o Estado não conseguiria opera-los diretamente, já que o acréscimo das despesas com pessoal contestaria os limites de gastos públicos definidos em lei federal. (NOGUEIRA, 2007).

Por meio da Portaria n.º 1.695 de 1994, o Ministério da Saúde estabeleceu as prioridades do SUS em cada esfera de governo, detalhando as parcerias com entidades privadas filantrópicas e entidades sem fins lucrativos na participação complementar no sistema (art. 2º). De acordo com o regulamento, ela se daria após esgotada a capacidade de prestação de ações e serviços de saúde, pelos órgãos e entidades da Administração Pública direta, indireta e fundacional.

Contudo, o que vem ocorrendo, desde 2006 em São Paulo e nos anos subsequentes em todo o país, é que os serviços já existentes estão sendo repassados para serem administrados e executados por tais instituição, ao passo que muitas delas têm se habilitado como OSS.

Os hospitais escolhidos para serem geridos por uma OS em SP tiveram sua capacidade instalada disponibilizada para gestão pelas organizações sociais, de acordo com metas de desempenho fixadas em contrato de gestão. As entidades foram selecionadas por convocação pública, sendo demandada a comprovação de experiência de pelo menos cinco anos na gestão hospitalar. As primeiras instituições contratadas estão na tabela 4 a seguir:

Tabela 4 – Primeiras OSS contratadas por Estado brasileiro

Hospital Estadual em SP	Organização Social
Hospital Estadual do Grajaú	Organização Santamarense de Educação e Cultura
Hospital Itaim Paulista	Hospital Santa Marcelina
Hospital Geral de Itapecerica da Serra	Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo (SECONCI)
Hospital Geral de Pedreira	Associação Congregação de Santa Catarina (ACSC)
Hospital Geral de Carapicuíba	Sanatorinhos
Hospital Geral de Pirajussara	Unifesp – Universidade Federal de São Paulo
Hospital Geral de Guarulhos	Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
Hospital Geral de Itaquaquecetuba	Hospital Santa Marcelina
Hospital Geral de Itapevi	Sanatorinhos
Hospital Estadual de Diadema	Unifesp – Universidade Federal de São Paulo

Fonte: Dados do CNES/MS e SES-SP

O primeiro dos hospitais acima relacionados a ser gerido por uma OSS foi o Hospital Estadual de Pedreira, pela Associação Congregação de Santa Catarina – ACSC. Seu contrato data de 2006. A ACSC é considerada uma das 10 (dez) maiores OSS do país e declara possuir 17 mil funcionários em 34 instituições, presentes em oito Estados brasileiros, atuando nas áreas de assistência social, saúde e educação. Ela é uma organização religiosa centenária, qualificada em várias categorias ligadas à filantropia permitidas pela legislação brasileira.

A lei estadual (LC nº 846/1998), criadora do regime de OS na administração pública paulista, trata a relação com a OS como uma parceria idêntica a que o SUS mantém em seus convênios com entidades sem fins lucrativos, dispensando o gestor da obrigação de licitar, embora diz que deve haver divulgação a todos os interessados.

A legislação federal vigente já admitia não licitar (art. 24, inc. XXIV, Lei nº 9.648/98, que alterou a Lei nº 9.666/1993). Contudo, ainda que inadequada, estava vinculada a contratos com OS para gestão de órgãos estatais extintos e obrigada a publicização do processo de escolha.

O caso das OSS de São Paulo, ressalta Nogueira (2007), foi agravante, pois não houve publicização, porém a contratação de uma entidade sem fins lucrativos já existente e supostamente idônea para realizar a gestão hospitalar. A ela o Estado confiou a administração de um patrimônio público, ou seja, um hospital construído e equipado e não a gestão de um serviço existente. Em casos assim, a dispensa de licitação é juridicamente questionável.

De acordo com pesquisa feita nos sítios eletrônicos a entidades contratadas, constatamos que aquelas que estabeleceram contratos com o Estado de SP,

originaram-se no próprio Estado, estando localizadas nos seguintes municípios: São Paulo, Jaci, Atibaia, Ribeirão Preto, Santo André, São José do Rio Preto, Catanduva, Botucatu, Barretos, Franca, Andradina, Araçatuba, Assis, Fernandópolis, Itapeva, Ituverava, Votuporanga, Dracena. O município de São Paulo concentra sozinho mais da metade das OSS que atuam no Estado, totalizando 15 (quinze).

No que tange ao modelo de vínculo empregatício previsto contratualmente, evidenciou-se que os contratos de gestão de São Paulo preveem, no âmbito das obrigações e responsabilidades da entidade gestora, a possibilidade de contratação de pessoal, quando necessário, para a execução das atividades contratadas, mediante vínculo celetista, uma vez que estabelece que os encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais ficarão sob responsabilidade da OSS.

Além disso, os contratos preveem, no âmbito das obrigações do contratante, isto é, do Poder Público, a possibilidade de promover o afastamento de servidores públicos, mediante autorização governamental e observado o interesse público, para terem exercício na OSS, conforme disposto no art. 16 da lei complementar nº 846/1998.

Em síntese, o modelo de vínculo adotado pelos contratos de gestão firmados com as OSS de São Paulo, ou seja, a contratação de pessoal realizada pela OSS, se dá mediante o regime da CLT, acrescido da recepção de servidores do Estado provenientes de outros organismos estatais, cedidos para desempenharem suas atividades na OSS (CLT + CEDIDOS).

Em relação à previsão contratual de contratação de pessoas jurídicas, observou-se que a maioria dos contratos de gestão foram omissos quanto a essa questão. No entanto, a Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina, a Fundação Instituto de Pesquisa e Estudo de Diagnóstico por Imagem, o Instituto de Responsabilidade Social Sírio Libanês e a Fundação de Apoio ao Ensino Pesquisa e Assistência HCFMRPUSP-FAEPA possuem uma cláusula aberta com a seguinte vedação:

A contratada não poderá celebrar contratos de qualquer natureza com empresas que estejam suspensas ou impedidas de licitar/negociar com a Administração Pública, bem como com empresas que tenham sido declaradas inidôneas para licitar/contratar com a Administração Pública e, ainda, com empresas que estejam inscritas no CADIN Estadual.

Nota-se que a vedação, direcionada a entidade gestora, referente à contratação com empresas inidôneas ou que estejam no CADIN⁷, induzindo à interpretação de que há permissão de contratar com empresas que não sejam enquadradas na referida proibição. Nesse sentido, foi possível concluir que os contratos de gestão possuem uma permissão implícita, decorrente de interpretação a contrário sensu, que autoriza a OSS a contratar com pessoas jurídicas.

Sobre o percentual de gastos com pessoal, os contratos trazem como referência o valor global do contrato, isto é, o valor total acordado para execução de todos os serviços no âmbito hospitalar. Os contratos de SP limitam os gastos para pagamento da mão de obra contratada em 70% do valor final recebido.

Considerando que os aditivos contratuais têm como uma das funções ampliar os valores financeiros repassados às OSS, é possível concluir que os valores gastos com contratação e pagamento de pessoas também podem ser conseqüentemente ampliados.

Ressalta-se que a Lei de Responsabilidade Fiscal, LC nº101 de 2000, estabelece o limite de 60% para contratações de mão de obra pelos poderes públicos estaduais. Para as instituições privadas não há esse limite. Acredita-se que a criação dessa lei - tão logo depois da Lei Federal nº 9637 e da lei estadual nº 846, ambas de 1998 - veio colaborar, e até incentivar, o crescimento das terceirizações e das parcerias público-privadas, sob a justificativa de possibilitar o aumento das contratações de pessoas e ampliação do quadro de RH (RODRIGUES, 2016).

A Secretaria Estadual de Saúde de SP traz expresso no texto contratual que nesse modelo de gestão celebrado entre as partes, a contratação de serviços, a avaliação e o controle são atribuições exclusivas do Estado, que deve prestar contas de forma transparente e permanente, permitindo o indispensável controle social, em benefício do atendimento das necessidades da população usuária do Sistema Único de Saúde.

⁷ Cadastro Informativo dos Créditos não Quitados de Órgãos e Entidades Estaduais - Banco de dados que contém os nomes de pessoas físicas e jurídicas com algum tipo de pendência com os órgãos e/ou entidades da Administração Pública Estadual Direta ou Indireta. Criado pela Lei Estadual de SP nº. 12.799 de 2008, e regulamentado pelo Decreto nº. 53.455 do mesmo ano.
(fonte: https://www.fazenda.sp.gov.br/cadin_estadual/pages/publ/cadin.aspx).

A avaliação acontecerá trimestralmente e ao final de cada ano, diz o contrato. A comissão responsável deverá elaborar um relatório conclusivo, sobre a avaliação do desempenho científico e tecnológico da contratada. Em função desses variados tipos de serviços de saúde pública no âmbito estadual, isso equivale a um número consideravelmente grande de contratos e aditivos. Esse número elevado é um indicativo dessa relativização dos contratos e dos aditivos.

A cláusula "Do Acompanhamento", geralmente a quinta nos contratos de SP, trata da execução do contrato de gestão e registra que a mesma será acompanhada pela Coordenadoria dos Serviços de Saúde.

Analisando os 173 contratos e 850 aditivos, é possível inferir que a possibilidade ou a tentativa de controle, monitoramento e avaliação fica comprometida, pois existem vários tipos de assistência à saúde a ser desenvolvidos por diferentes unidades, sendo as principais: hospitalar, ambulatorial, exames clínicos e de diagnóstico e ambulatorios médicos de especialidades (AMES). Os contratos com hospitais estaduais também consistem em grande número (53 contratos e 355 aditivos) e também devem ser acompanhados pela mesma coordenadoria.

Outra consideração é sobre o processo de seleção das OSS. De acordo com o § 1º do art. 6º da lei complementar nº 846, de 04 de junho de 1998 (lei estadual das OSS de São Paulo), é dispensável a licitação para a celebração dos contratos de gestão firmados entre o Poder Público e a entidade qualificada como organização social.

Ressalta-se que a referida lei torna regra a dispensa de licitação, contrariando a exigência de procedimento licitatório nas contratações firmadas com a Administração Pública. Importante observar que a lei nº 8.666/93, excepcionalmente, estabelece, no inciso XII do art. 24, hipóteses em que é possível contratar com a Administração Pública com dispensa de licitação.

A legislação estadual paulista legitima a celebração dos contratos de gestão com dispensa da realização de licitação, estabelecendo como procedimento a publicação prévia da minuta do contrato de gestão e a convocação pública das organizações

sociais, através do Diário Oficial do Estado, para que todas as interessadas em o celebrar possam se apresentar (§ 3º do art. 6º da lei nº 846/1998).

No decorrer do processo analítico dos dados planilhados referentes aos valores contratuais e a seus respectivos aditivos, observamos alterações significativas do montante contratado mediante o acréscimo e decréscimo de valores por meio dos aditivos.

A análise constatou que, majoritariamente, os aditivos contratuais alteram a cláusula que determina o montante de recursos financeiros a serem repassados à contratada, o que sugere a seguinte hipótese: os aditivos operam como instrumentos legitimadores de alterações substanciais no valor pactuado contratualmente.

As alterações mais frequentes se deram em virtude de acréscimo no valor do contrato em função, por exemplo, da contratação de outras atividades, de outros serviços e de outras instituições e/ou, ainda, em consequência de reformas nas unidades contratadas.

A maioria dos aditivos elevam consideravelmente os valores dos serviços prestados, pois aumentam o número de serviços e agregam novas atividades não previstas nos contratos de gestão original. Observamos também algumas mudanças no valor do contrato em razão de descontos decorrentes de penalidades por descumprimento de metas e obrigações previamente pactuadas.

Por fim, nos contratos de gestão firmados com as OSS de São Paulo foram encontradas em alguns contratos indicações de percentuais relacionados aos denominados “indicadores de qualidade”, aos quais não foi claramente atribuído a denominação de “metas”.

Alguns desses indicadores possuem, inclusive, o prazo determinado para cumprimento, no entanto tal limite, na maioria das vezes, corresponde a um período de análise trimestral ou semestral. Não foram identificadas nos contratos de São Paulo a presença de metas ligadas aos trabalhadores ou à política de recursos humanos dos serviços contratualizados.

4.1.2.2. SOBRE AS OSS NO RIO DE JANEIRO

A utilização das Organizações Sociais configura mais um dos instrumentos que o Estado do Rio de Janeiro vem utilizando desde 2012, sob a justificativa de trazer eficiência para os serviços públicos de saúde.

Antes de ser implantado no Estado do Rio de Janeiro, o modelo de OS foi instituído em outros Estados como Pará, Bahia, São Paulo, Santa Catarina, Goiás, Município de São Paulo e Município do Rio de Janeiro.

O Estado no ano de 2011 editou a Lei nº 6.043 baseada na experiência dos Estados que o antecederam na adoção de Organizações Sociais na gestão em saúde e tendo em vista que já praticava a terceirização de determinados serviços públicos de saúde, por meio das Fundações de Saúde. Em 2012, o RJ começou então a firmar contratos com as OSS.

No ano de início, o governo estadual lançou 11 (onze) editais de seleção. O primeiro hospital a contratualizar com uma OSS foi o Hospital São Francisco de Assis em abril de 2012, e a primeira OSS a atuar no RJ foi a Associação Lar São Francisco de Assis na Providência de Deus.

A organização possui 30 anos de existência, sua sede é localizada em Jaci, SP. Porém, sua atuação se estende pelos Estados de Goiás, Minas Gerais, Pará, Rio de Janeiro e São Paulo. O trabalho da Associação tradicionalmente foi com comunidades terapêuticas, atuando hoje também na gestão hospitais gerais e específicos, ambulatórios médicos de especialidades, pronto socorro, farmácia de alto custo.

O Estado prosseguiu firmando contratos de gestão para terceirização dos serviços de saúde. Conforme o último acesso ao site da SES-RJ, datado de 19 de agosto de 2016, a SES-RJ possui 54 (cinquenta e quatro) contratos de gestão com OSS para a gestão dos hospitais. Os contratos hospitalares somam 21 (vinte e um) e os aditivos são um total de 33 (trinta e três).

As sedes OSS contratadas pelo Estado do Rio de Janeiro encontram-se localizadas nos seguintes municípios: Duque de Caxias (RJ), Fernando Prestes (SP), Jaci (SP), Magé (RJ), Niterói (RJ), Nova Iguaçu (RJ), Rio de Janeiro (RJ), São Gonçalo (RJ),

São Paulo (SP), São Pedro da Aldeia (RJ), São Pedro da Aldeia (RJ) e Saquarema (RJ).

Quando comparados aos outros estados da região sudeste, o Estado do Rio de Janeiro, diferentemente do Município capital que tem o mesmo nome, iniciou tardiamente o processo de qualificação das Organizações Sociais na área da saúde.

No que tange à origem delas, vimos que no município do Rio de Janeiro, qualificadas e em atividade, há atuando 5 (cinco) OSS surgidas no próprio estado e a mesma quantidade oriundas de outras unidades federativas. Dentre estas, 4 (quatro) foram originadas no Estado de São Paulo e 1 (uma) no Estado de Minas Gerais, que se expressa no gráfico 1.

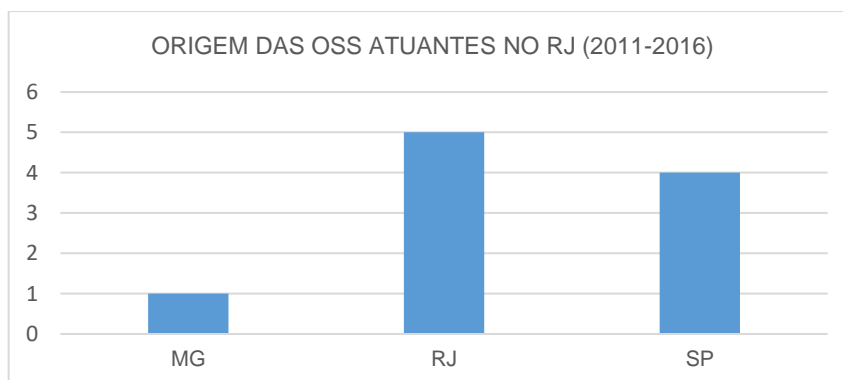


Gráfico 1 - Origem das OSS atuantes no RJ (2011-2016)
Fonte: Elaboração própria

Percebe-se que a gestão hospitalar terceirizada no RJ sofre considerável influência de instituições de outros Estados da região sudeste, não tendo identidade única, o que reflete inclusive no padrão diferenciado de contratos e na gestão compartilhada entre OSS e poder público.

Os serviços de saúde gerenciados por OSS nesse Estado, incluem-se Hospitais, UPA's (totalizam 32 contratos) e serviços específicos dentro de unidades hospitalares como: UTI Adulto e Pediátrica ou Neonatal, Transplantes, Odontologia Especial, Obstetrícia, Ortopedia e Traumatologia, Endoscopia Digestiva e Anestesiologia. Sem contar o município capital, que possui ampla atuação de OSS nas redes de atenção de atenção à saúde.

Com base no relatório da Auditoria Geral do Rio de Janeiro de 2015, as Unidades de Pronto atendimento são totalmente geridas por Organizações Sociais. Na maior parte das Unidades Hospitalares ainda acontece de forma compartilhada entre administração direta, Organizações Sociais (administração indireta) e Fundações de Saúde.

Diante de tal magnitude frente aos diferentes tipos de serviços, seria necessário descrever prioritariamente os mais essenciais e os de maior demanda assistencial com o objetivo de verificar quais são os tipos de serviços de saúde e equipamentos públicos onde as OSS predominam no estado do Rio de Janeiro.

No entanto, ao verificar os contratos de gestão celebrados entre a SES-RJ e as OSS no período de 2012 a 2016, verificou-se que os contratos não disponibilizam seus anexos técnicos que tratam da “descrição dos serviços”. Nestes estariam descritas as metas, inclusive as de RH, caso houvessem. Contudo, não é possível saber. Há duas exceções no ano de 2012, em que apenas dois contratos de gestão apresentaram em anexo o documento denominado de “Termo de Referência” que trata da estrutura e perfil de duas unidades hospitalares, somente. No que tange às metas a serem atingidas pelas OSS, no desempenho de suas atividades, geralmente, estas devem ser expressas em termos quantitativos e/ou percentuais, com estabelecimento de um prazo determinado para cumprimento.

Nos contratos de gestão firmados com as OSS de Rio de Janeiro foram encontradas algumas indicações de percentuais, com previsão de avaliação mensal, mas nenhuma delas refere-se a questões ligadas aos trabalhadores das unidades.

No que se cita o modelo de vínculo empregatício previsto contratualmente, constatou-se que os contratos de gestão do Rio de Janeiro preveem a possibilidade de contratação de pessoal para a execução das atividades contratadas mediante vínculo celetista exclusivo, isto é, sob o regime da CLT (CLT exclusivo). Há proibição para se contratar profissionais por meio de cooperativas, o que não foi encontrado nos contratos dos demais Estados.

Em relação à previsão contratual de contratação de pessoas jurídicas, observou-se que os contratos de gestão firmados com as OSS do Rio de Janeiro foram omissos

quanto a essa questão, não havendo registros com indicação de permissão ou de vedação de contratação de pessoa jurídica para a prestação de serviços nas OSS.

Contudo, considerando a proibição expressa de contratação de cooperativas e não de outras modalidades, podemos concluir que há possibilidade de se contratar pessoas jurídicas na área de medicina e outras áreas, o que é cada vez mais comum na assistência hospitalar em geral.

Outra consideração é sobre o controle e monitoramento dos contratos. No caso do RJ, de acordo com a Secretaria Estadual de Saúde, nesse modelo de gestão celebrado entre as partes, a contratação de serviços, o acompanhamento, a avaliação e a fiscalização são atribuições exclusivas do Estado, que deve prestar contas de forma transparente e permanente, permitindo o indispensável controle social, em benefício do atendimento das necessidades da população usuária do Sistema Único de Saúde.

Em função dos variados tipos de serviços de saúde pública no âmbito estadual, isso equivale a um número consideravelmente grande de contratos e aditivos. Esse número é um indicativo dessa relativização dos contratos e dos aditivos. Ao avaliarmos as cláusulas contratuais que tratam da questão do acompanhamento, avaliação e fiscalização, observamos que os contratos seguem um padrão. A execução dos contratos de gestão deve ser efetuada por intermédio da Comissão de Acompanhamento e Fiscalização, nomeada pelo Secretário de Estado de Saúde.

O objetivo é acompanhar o cumprimento das diretrizes e metas definidas com base, estritamente, nos resultados obtidos em sua execução através dos indicadores de desempenho estabelecidos, em confronto com as metas pactuadas e com a economicidade no desenvolvimento das atividades. A avaliação acontecerá trimestralmente e ao final de cada ano, a Comissão deverá elaborar um relatório conclusivo, sobre a avaliação do desempenho científico e tecnológico da contratada. Não há explicação ou critérios objetivos para medir o que seria “desempenho científico e tecnológico”.

4.1.2.3. SOBRE AS OSS NO ESPÍRITO SANTO

No ES, há 3 (três) hospitais geridos por OS. O primeiro deles foi o Hospital Estadual Central, por meio de contrato entre a Secretaria de Estado da Saúde e a Pro Saúde - Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar, publicado em 11/09/2008. Desde então, o total de contratos com o Estado são 05 (cinco)⁸ e os aditivos somam-se em 27 (vinte e sete), conforme mostra o quadro 2.

Quadro 2 - Hospitais, OSS e Contratos de Gestão no ES

HOSPITAL	SIGLA DA OSS	Nº CG	INÍCIO DO CG
HEC (ENCERRADO)	PRO SAÚDE	1 CG + 4 AD	2008
HEC	ACSC	1 C + 11 AD	2011
HEUE (ENCERRADO)	IAPEMESP	1 C + 2AD	2014
HEUE	PRO SAÚDE	1 C	2015
HJSN	AEBES	1 C + 10AD	2012

Fonte: Elaboração própria

Junto ao contrato da OSS ProSaúde para gestão do HEC iniciado em 2008, encontra-se um termo de desligamento apontando que ocorreu por acordo amigável, o que não foi observado em nenhum outro contrato, sendo um termo informal e expressando um significado subjetivo. Em 2015, a ProSaúde voltou a ser contratada para gestão de outro hospital estadual.

À semelhança do RJ, porém em menor proporção, no ES, a rede hospitais gerenciados por OSS sofre influência de outros estados brasileiros. Das 4 (quatro) OSS que já contratualizaram com o estado do ES, temos uma que surgiu e cresceu pelas parcerias públicas no ES, a AEBES. Esta instituição possui titulação de filantropia e atua em três municípios da região metropolitana capixaba, gerenciando uma maternidade municipal e administrando um hospital filantrópico próprio.

Sobre o modelo de vínculo, à semelhança de São Paulo, pode-se classificar como sendo CLT + cedidos. Os contratos trazem a previsão de cessão nos seguintes termos: é atribuição da contratada *“responsabilizar-se pela contratação de pessoal necessário para execução das atividades previstas (...) através de contratação direta ou de terceiros, pessoas físicas e/ou jurídicas”* e a parte que cabe a contratante como

⁸ Dois hospitais tiveram dois contratos cada um durante o período da pesquisa.

obrigação “*promover (...) o afastamento de servidores públicos para terem exercício na organização Social*”.

O contrato de 2014 com a IAPEMESP traz um texto inusitado e inédito até então:

“A SESA fornecerá corpo clínico especializado, nas seguintes especialidades médicas: Ortopedia; cirurgia vascular; Cirurgia geral; cirurgia plástica; Anestesiologia; Neurocirurgia; Intensivistas. A Organização Social deverá contratar serviços, RH e corpo clínico especializados que se fizerem necessários à gestão do Hospital Estadual São Lucas”.

Assim, entendemos que o Hospital São Lucas, objeto desse contrato com a IAPEMESP, é o mesmo Hospital Estadual de Urgência e Emergência, mas com outra personalidade jurídica, ao passo que foi contratada para gestão do serviço de pronto-socorro do hospital. O contrato de gestão que o sucede em 2015, após a intervenção da SESA, agora com a OS Pró Saúde, utiliza no instrumento vigente o nome Hospital Estadual de Urgência e Emergência.

O primeiro contrato estadual (ano 2008, Hospital Estadual Central) tem um diferencial é o único que descreve nas condições de pagamento (cláusula oitava) que a OS receberá recursos financeiros para fazer recrutamento, seleção, contratação e treinamento de pessoas ligado ao RH; é o único que traz o alcance de metas ligadas a RH, as quais estão na descrição do quadro 1, página 76.

Há várias semelhanças entre os itens e os conteúdos que compõem os contratos de gestão de SP e ES. Registramos o percentual de gastos previstos com pessoal (70% do valor global das despesas de custeio), a omissão da informação sobre o procedimento de contratação de pessoal e o foco está no desempenho científico e tecnológico (Cláusula 5).

Sobre questões de monitoramento e avaliação, o texto dos contratos traz que será feita por comissão indicada pelo Secretário de Estado competente, respeitando-se o disposto no § 1º do artigo 5º do Decreto Estadual nº 2484-R. Todos os contratos do ES permitem expressamente a contratação de pessoa jurídica pelas OSS.

4.1.2.4. GESTÃO COMPARADA EM SP, RJ, ES

Determinado a alcançar seus objetivos, o esforço político e administrativo de terceirização de serviços mostrou-se forte desde os anos 1990. Ressalta-se que para viabilizar a instalação das OS, fez-se necessário que cada entidade da federação publicasse sua lei. A regulamentação foi a externalização e confirmação desse empenho já existente nos governos.

No quadro 3, a seguir, listamos as leis estaduais que tratam sobre questões relativas a implementação das organizações sociais nos Estados pesquisados.

Quadro 3 - Leis Estaduais sobre OS

ESTADO (UF)	Nº	Publicação	Matéria
SP	846	1998	Qualificação de entidades como organizações sociais e dá outras providências.
SP	1.095	2009	Qualificação de organizações sociais, das fundações e de outras entidades.
SP	1.131	2010	Altera a Lei Complementar nº 846/1998.
SP	1.243	2014	Altera a Lei Complementar nº 846/1998.
RJ	5.498	2009	Qualificação de entidades sem fins lucrativos como organizações sociais.
RJ	6.043	2011	Qualificação de entidades sem fins lucrativos no âmbito da saúde como organizações sociais.
ES	158	1999	Qualificação de agências executivas, a criação de agências reguladoras, a designação de organizações sociais.
ES	416	2007	Altera a Lei Complementar nº 158/1999.
ES	489	2009	Cria o Programa de Organizações Sociais do Espírito Santo, dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e revoga as leis nº 158/1999 e 416/2007.

Fonte: Elaboração própria

Diferente do precursor São Paulo, que além da Lei nº 846/1998, promulgou também as Leis nº 1.095/2009, 1.131/2010 e 1.243/2014; o Estado do Rio de Janeiro só promulgou sua primeira lei mais de 10 anos depois, em 2009. A lei nº 5.498/2009 previa a possibilidade de qualificação de entidades como Organização Social, mas apenas as que tinham suas atividades dirigidas à cultura, e à defesa e conservação do patrimônio histórico e artístico.

Posteriormente, o RJ editou a Lei nº 6.043/2011 que possibilitou a qualificação de entidades como Organizações Sociais de Saúde e, conseqüentemente, a celebração do contrato de gestão com estas para execução de atividades na área de saúde. Esta Lei foi regulamentada pelo Decreto 43.261/2011.

O Estado do Espírito Santo aprovou a primeira lei que prevê a qualificação e atuação das OSS no ES em 1999 (Lei nº 158). Oito anos depois, em 2007, publica-se a Lei nº 416. Contudo a lei em vigor que criou o programa de organizações sociais – e revogou as duas anteriores (Lei nº 489/2009) – foi promulgada dez anos depois da primeira lei. Tal norma traz mais detalhamentos sobre o processo e designa a Secretaria de Gestão e Recursos Humanos como a responsável no poder executivo estadual pela coordenação do programa. A partir desta lei é que o movimento de implantação das OSS ganhou força no ES.

As informações relacionadas ao número de OSS que atuam nesses Estados são mostradas no gráfico a seguir, o qual compara a quantidade de OSS que atua nos hospitais estaduais com o quantitativo das OSS que atua em outros tipos serviços de saúde terceirizados.

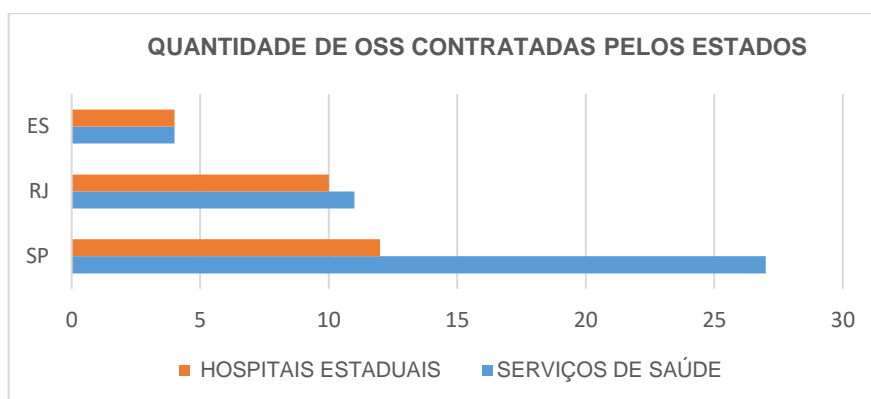


Gráfico 2 – Quantidade de OSS contratadas pelos Estados

Fonte: Elaboração própria.

São Paulo possui 27 (vinte e sete) OSS contratadas para gerir serviços estaduais de saúde. Destas, 12 (doze) atuam diretamente na gestão hospitalar.

No Rio de Janeiro, a diferença diminui bruscamente. Das 11 (onze) organizações sociais atuantes no Estado, 10 (dez) delas foram contratadas para gerir hospitais. Apenas a instituição Cruz Vermelha Brasileira não atua em hospitais do Estado. Já no Espírito Santo, ambos os números se igualam, já que todas as OSS do ES atuam nos hospitais cuja gestão foi terceirizada.

Os elementos contidos nos Contratos de Gestão referentes a política de recursos humanos são pouco específicos. Além disso, nos contratos e aditivos estão omissos:

a política de RH, os procedimentos para recrutamento, seleção, desenvolvimento e acompanhamento dos trabalhadores; assim como metas relativas à gestão de pessoas.

Lembramos que a previsão de metas supõe a alocação de recursos financeiros específicos para alcançá-las. Como mostra o quadro 1, não há metas relativas a RH nos contratos vigentes, logo, podemos concluir que as OSS não receberam, até o momento da pesquisa, recursos específicos destinados a executar política de gestão de pessoas, com exceção dos custos relativos à remuneração de pessoal.

A não exigência contratual para firmar compromisso com os trabalhadores da saúde e a sociedade, mediante previsão e aplicação de recursos financeiros para desenvolvimento da política de RH, expressa a pouca relevância dada pelo poder público estatal aos profissionais, assim como a não valorização do seu trabalho e a não efetivação dos direitos já conquistados.

Apesar da exigência normativa de que a OSS deve apresentar um plano de trabalho que contenha um manual de recursos humanos, tais documentos não se encontram disponíveis para consulta pública, junto ou não aos contratos. A inacessibilidade a essas informações indica a impossibilidade de se exercer o controle social, a inviabilidade da cobrança quanto ao cumprimento do que foi acordado nos contratos. Ou mesmo do que não o foi, mas deveria ter sido.

O formato e a composição dos contratos do ES e de vários em SP são bastante semelhantes. Possivelmente seja por que SP é pioneiro e o ES deva ter se espelhado em sua trajetória e legislação. A lei paulista é bastante semelhante a lei federal e foi aprovada em junho de 1998, apenas um mês após a ela, o que mostra a importância dada pelos governos da época no sentido de implantar a reforma do Estado, que privatizava a administração pública, elemento do projeto neoliberal do Estado a serviço dos interesses privados.

Tal “coincidência” pode apontar para o fato de que o Estado de São Paulo talvez tenha pautado a aprovação da lei federal, já que historicamente a influência econômica e política paulista sempre foi relevante para a administração federal, para outras

administrações estaduais e municipais, assim como é grande o interesse do estado de SP em manter esse poderio internamente.

Reiteramos que o RJ teve sua implantação a partir de 2012, em período inicial posterior a vários Estados brasileiros, inclusive aos deste estudo, conforme mostra o gráfico 3 a seguir.

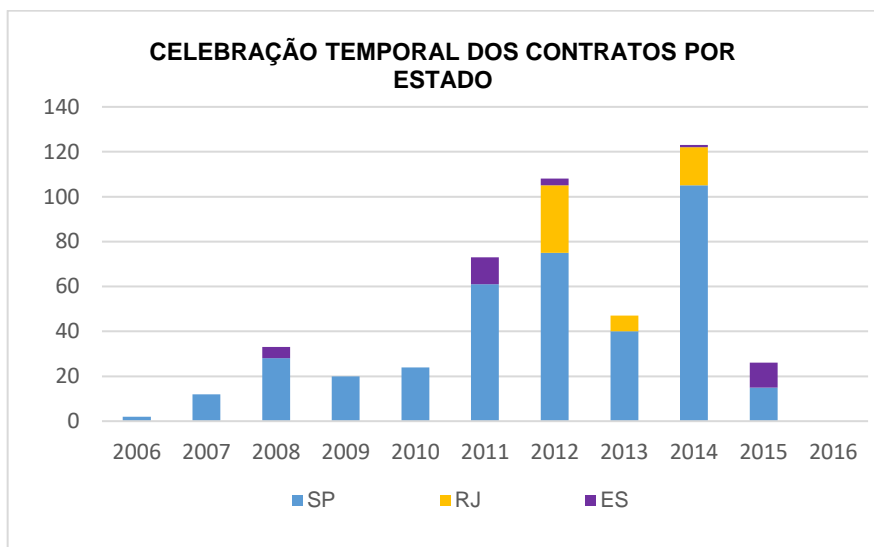


Gráfico 3 – Celebração temporal dos contratos por Estado

Fonte: Elaboração própria.

Em contrapartida, os contratos do RJ mostram avanços no texto do contrato, inclusive com mais informações. No entanto, este Estado erra ao não disponibilizar a maior parte dos anexos e a descrição das metas a serem alcançadas.

O quadro 3 a seguir mostra os gestores estaduais e os partidos políticos que exerceram mandato nos estados pesquisados durante o período de maior aumento do número de contratos de gestão celebrados (2011-2015).

Quadro 4 - Governadores e Partidos (2011-2015)

UF	GOVERNADOR	SIGLA DO PARTIDO	NOME DO PARTIDO
ES	Renato Casagrande	PSB	Partido Socialista Brasileiro
RJ	Sérgio Cabral Filho	PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
SP	Geraldo Alckmin	PSDB	Partido Da Social Democracia Brasileira

Fonte: Wikipédia/Google, adaptado.

Assim, registramos que os governadores e partidos estavam na gestão executiva estadual no período de maior contratualização com as OSS foram Geraldo Alckmin

representando o PSDB, Sérgio Cabral Filho pelo PMDB e Renato Casagrande do PSB.

Histórica e idealisticamente, as OSS anunciam uma atuação política com “foco nos resultados”, mostrando-se como uma tentativa de implantar um modelo “empresarial” de gestão dos serviços de saúde. Isso pode ser verificado nos textos de apresentação delas, principalmente nos itens: missão e valores, disponibilizados nos portais de internet das entidades privadas.

Com relação aos dirigentes institucionais das OSS presentes nos hospitais estaduais pesquisados, os quais assinaram os contratos de gestão pesquisados, verificou-se o seguinte perfil profissional/ocupacional:

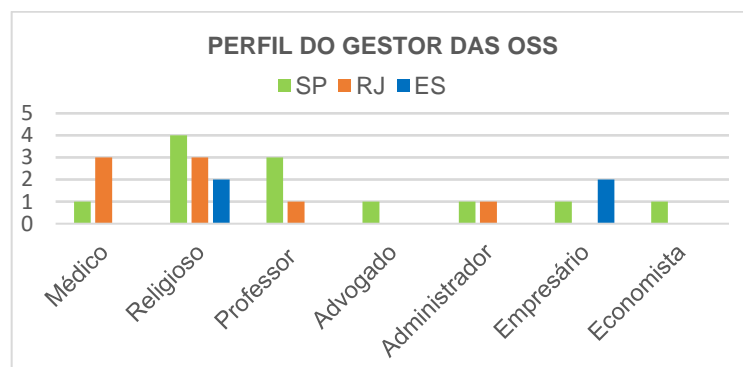


Gráfico 4 – Perfil dos Gestores das OSS
Fonte: Elaboração própria

Religiosos, médicos e professores constituem o grupo mais numeroso. Destaca-se a presença de religiosos como única categoria presente expressivamente nos três estados. Cabe registrar que no RJ não foram encontradas informações acerca dos gestores de 2 (duas) OSS, a Viva Comunidade e o Instituto Data Rio de Administração Pública.

De forma predominante nos três estados, as pessoas físicas que atuam como o primeiro dirigente institucional da OSS, ou seja, o que celebra o primeiro contrato de gestão com o ente público, permanecem durante a execução do contrato e na medida em que os aditivos são celebrados. Identificando-se que na maioria dos aditivos, temos que os nomes dos representantes permaneceram os mesmos do contrato inicial.

Entretanto, foram observadas algumas alterações nos nomes dos representantes em alguns aditivos por motivos pontuais. Em SP, os motivos mais comuns foram falecimento, substituição de diretores e até renúncia. No RJ e ES, o motivo foi simplesmente a substituição de diretores.

Sobre o tipo de entidade, conforme mostra o gráfico a seguir, as instituições filantrópicas predominam nos Estados, a filantropia na maioria das vezes está ligada à origem religiosa, seja ela católica ou evangélica. No caso das OSS pesquisadas, as entidades filantrópicas de cunho religioso eram majoritariamente católicas, com exceção de uma evangélica. Assim, fica evidente que a religiosidade demarca um perfil dessas instituições.

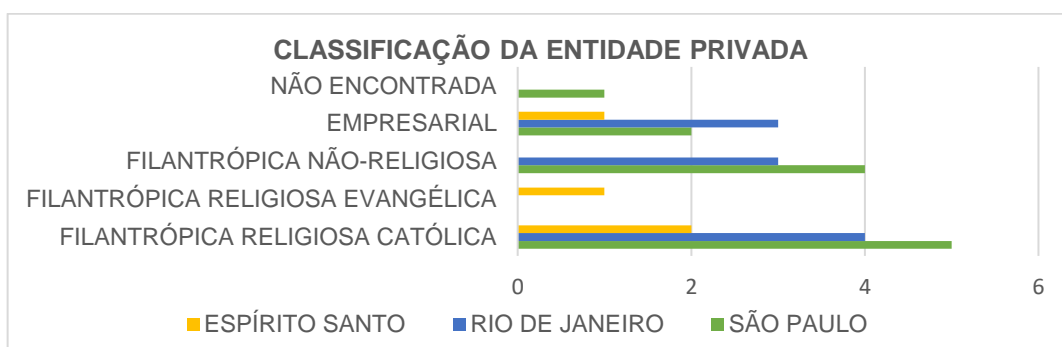


Gráfico 5 – Classificação da Entidade
Fonte: Elaboração própria

Tal questão nos leva a concluir que elas trabalham valores voltados para o atendimento da população mais pobre da sociedade. O costume caritativo, mesmo que remoto, aparentemente permanece nessas instituições, principalmente pela forma como se apresentam e pelos históricos disponibilizados em seus sítios.

Não obstante o caráter empresarial não declarado, expresso no gráfico pelo termo classificação “não encontrada”, há que se observar também o número significativo de entidades que se denominam com afiliação empresarial, algumas delas não estão ligadas à área da saúde. Notou-se ainda que, a maior parte das instituições filantrópicas não religiosas encontra-se ligada a instituições de ensino, como faculdades de medicina.

Destaca-se que as organizações sociais operam como entes privados “sem fins lucrativos”, além da prerrogativa de poderem atuar como gestoras de unidades públicas por meio de contratos de gestão firmados com os órgãos pelo fato de

“agregarem” personalidades jurídicas distintas como - filantropia e organização social de saúde.

Esse fato’ requer questionamentos, pois permite o jogo de CNPJs e, ao mesmo tempo, torna frágil o controle e a fiscalização da aplicação dos recursos públicos financeiros.

Segue abaixo um trecho que retrata de modo claro a “agregação” de titularidades por ser filantrópica e organização social de saúde da Associação Congregação Santa Catarina:

Vale esclarecer que, ao ser selecionada pelos Poderes Públicos, a ACSC constitui Casas, (filiais com o Cartão Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ) atrelado ao da mantenedora (ACSC) para prestar os serviços contratados. Tais unidades integram a esta Obra Social a serviço da Vida, configurando-se Casas (filiais) da entidade durante a vigência dos contratos.⁹

Cabe observar que a OSS em questão é também a única presente na gestão hospitalar dos três estados estudados. Temos ainda a PRÓ-SAÚDE- Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar que possui contratos nos Estados do ES e RJ, a qual também agrega as duas titularidades citadas; e a Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina, que atua nos Estados do RJ e SP.

Outro assunto é que uma das principais funções de uma OS na gestão é a contratação de pessoas para realizar serviços públicos, assim, fica fácil entender o valor da quantia prevista de gastos com pessoal (70% do valor de custeio) prevista no contrato. Só se justifica ter uma OSS na gestão se for para ela contratar pessoas em nome do Estado, em quantidades superiores às permitidas a ele.

Ressalta-se que uma das maiores razões para a criação e crescimento do número das Organizações Sociais na saúde foi a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) – ou Lei Complementar nº101 de 2000, considerando que ela estabeleceu limites para o gasto da administração pública com pessoal, com relação à Receita Corrente Líquida (RCL), de 50% para o governo federal, e de 60% para estados e municípios.

Não se torna possível fazer política pública de saúde sem pessoas – médicos, enfermeiros, dentistas, psicólogos, pondera Rodrigues (2016). O limite da lei

⁹ Informação extraída do site da Associação Congregação Santa Catarina, disponível em <http://www.acsc.org.br/obrassociais/saude/>. Acesso em 26 jul. 2016.

objetivava claramente abrir espaço para a contratação de entidades privadas para a prestação de serviços. Ao invés de se fazer as políticas sociais com servidores públicos, o Estado propôs-se a repassar os recursos públicos para que o setor privado contratasse os profissionais. O limite talvez não tenha reduzido o gasto com pessoal, apenas transferiu esse gasto para o setor privado, que os contrata com os recursos públicos.

Cabe ressaltar ainda que o art. 37 da Constituição Federal de 1988, parágrafo 8º, com o texto incluído pela Emenda Constitucional nº 19 de 1998, expressa que:

§ 8º A autonomia gerencial, orçamentária e financeira dos órgãos e entidades da administração direta e indireta poderá ser ampliada mediante contrato, a ser firmado entre seus administradores e o poder público, que tenha por objeto a fixação de metas de desempenho para o órgão ou entidade, cabendo à lei dispor sobre: I - o prazo de duração do contrato; II - os controles e critérios de avaliação de desempenho, direitos, obrigações e responsabilidade dos dirigentes; III - a remuneração do pessoal (grifo nosso).

Logo, os contratos de gestão precisam conter as condições acima citadas. A presença dos itens 1 e 2 foram observados nos contratos analisados neste capítulo, contudo, o III não compõe os contratos estaduais aqui descritos.

Outra questão importante a se destacar é que a Lei Federal nº 9637 de 1998, que regulamenta a atuação das OS, em seu art. 12, parágrafo 3º, explana

Art.12- As organizações podem destinar recursos orçamentários e bens públicos necessários ao cumprimento do contrato de gestão.
[...]
§3º. Os bens de que trata este artigo serão destinados às organizações sociais, dispensada a licitação, mediante permissão de uso, consoante cláusula expressa do contrato de gestão (grifo nosso).

Acreditamos que tal previsão desrespeita a CF de 1988, em seu art. 175 que expressa "Incumbe ao Poder público, na forma da lei, diretamente ou sob o regime de concessão ou permissão, sempre através de licitação, a prestação de serviços públicos" (grifo nosso).

Cavalcante (2008) alerta para o fato de as OS serem entidades privadas e que, em um Estado Democrático de Direito, é incorreto cercar a outras instituições privadas a disputa, em igualdade de condições, os mesmos recursos públicos. Isso fere o

princípio da isonomia. Além disso, possibilita que entidades sejam fachadas sociais com o objetivo de desviar de verbas públicas.

É fato que também podem ocorrer desvios em processos licitatórios, alerta a autora, todavia, como a fiscalização da execução ou não das metas pactuadas será *a posteriori*, pode ser que exceda muito o tempo próprio e impossibilite a recuperação do dinheiro desviado. Tal recurso pertence ao erário público, e não às empresas privadas, e certamente deve ser submetido a certas regras de direito público, com suas regras de controle. Assim, concordamos que a ausência de critérios mínimos racionais não são constitucionalmente toleráveis, afronta ainda o princípio da igualdade, assim como o da razoabilidade.

Conforme mostra o quadro 1 (p. 76) a contratação de outras pessoas jurídicas pelas OSS é algo aceitável e permitido contratualmente.

Pode-se conceituar a “pejotização”¹⁰ como uma coação realizada pelos empregadores, com o fim de não cumprir a ordem legal trabalhista, ou seja, não preencher os requisitos legais que definem os arrolamentos empregatícios. O fenômeno pejotização se estendeu em caráter personalíssimo por intermédio de serviços intelectuais e específicos.

A pesquisa aponta a presença do fenômeno “pejotização” no âmbito da saúde, já que os serviços são autorizados a contratarem profissionais como se fossem pessoas jurídicas (PJ). Contudo, concordamos que não é possível uma pessoa jurídica ser considerada um trabalhador, sendo assim, sua contratação é uma prática irregular e ilícita.

Isso porque a pejotização viola os princípios trabalhistas de onerosidade, não-eventualidade, pessoalidade e necessidade de prestação laborativa com reciprocidade por meio de promessas fantasiosas de ganhos comissionados, regras produtivas falsas e a constante subordinação.

¹⁰ A denominação “pejotização” refere-se à contratação de serviços pessoais, exercidos por pessoas físicas, de modo subordinado, não eventual e oneroso, realizada por meio de pessoa jurídica constituída especialmente para esse fim, na tentativa de dissimular relações de emprego existentes, fomentando a ilegalidade e burlando direitos trabalhistas (Fonte:www.jusbrasil.com.br. Por Katy Brianezi).

Na contratação de pessoas jurídicas não há horário de trabalho preciso, nem o elemento empregatício, nem garantia dos direitos trabalhistas provenientes do vínculo de trabalho. Logo tal prática infringe as relações trabalhistas (descumpra os art. 2º e 3º da CLT), precariza a função do trabalhador e é contra o empregado (MARGARIDA, 2011).

Acreditamos que

Cada vez mais, principalmente, em trabalhos específicos e intelectuais, empresas tentam lograr a lei em seus direitos trabalhistas. A demanda por recentes práticas brasileiras relativas às cooperativas, contrato provisório de emprego, banco de horas e a terceirização aumentaram a acumulação de capital pelos empregadores sem reciprocidade e de enorme injustiça para os trabalhadores. As consequências para os empregadores, segundo estes, têm figuração positiva para os contratos realizados com os “pejotizados”. Ao diminuir os encargos sociais, empregadores alegam que os preços dos produtos são melhores, aumentando o consumo dos mesmos, num grau de produtividade jamais visto num país capitalista. E alegam que tal medida ajuda no desenvolvimento socioeconômico do país, escalando o Brasil como forte potência emergencial (MARGARIDA, 2011, p.01).

Outro agravante presente no contrato de gestão é a cessão de servidores públicos (art. 14 da Lei nº 9637/98), prevista nos contratos de gestão de SP e ES. Temos aqui o próprio poder público arcando diretamente com o pagamento da remuneração do trabalhador e, ao mesmo tempo, possibilitando à contratada contratar e subcontratar - sem limites - trabalhadores e prestadores de serviços para as unidades públicas de saúde. Ou seja, há duplamente o gasto de recursos financeiros para a mesma questão.

Na cessão de funcionários públicos para prestar serviços junto às organizações sociais, custeados pelo próprio ente estatal, percebe-se que além de o Estado custear o quadro de pessoal das entidades, fica dispensada a prévia aprovação em concurso público para a ocupação das vagas destinadas aos servidores públicos. Assim, os servidores aprovados em concurso para a ocupação de determinado cargo são desregradamente removidos para o trabalho junto às entidades privadas. Tal possibilidade está em desacordo do contexto de normas que orientam a Administração Pública, e diante disso, se tornou objeto de rígidas críticas por parte da doutrina jurídica (ZOLET, 2011).

Portanto, além de se ter o serviço público sendo feito por instituições privadas, geralmente subsidiadas pelo poder público sem processo seletivo/licitatório, torna-se expressamente possível que o Poder Público disponibilize pessoas, diga-se servidores públicos, para serem lotadas nas organizações sociais, remuneradas pelo Estado, e ainda receba dinheiro para contratar diretamente pessoas.

Outro ponto é que as OS não possuem personalidade jurídica de direito público, mas de direito privado. As pessoas que prestaram concurso público não devem exercer suas atividades nelas, sob pena de total desvio de função.

Analisando o conteúdo dos contratos, podemos observar que o preço pago por se ter OS na gestão perpassa pelo descumprimento de normativas, pela não garantia aos direitos (trabalho precarizado) e pela irresponsabilidade do Estado com os recursos públicos que deveriam ser destinados a gastos com proteção social.

Há forte crença, com a qual concordamos, de que as organizações sociais não devessem fazer uso de recursos públicos na execução do contrato de gestão a seu livre arbítrio, pois, considerando-se que tais recursos não perdem o seu caráter público, certamente se submetem aos princípios administrativos, fazendo-se imperiosa de tais preceitos, em especial a observância do prévio processo licitatório, já abordado (ZOLET, 2011).

Aquiescemos também com a declaração de que

A nova forma de gestão é amplamente compatível com as empresas privadas, cuja isonomia não é sempre utilizada, porque o único objetivo a ser aferido é o lucro, e em havendo prejuízos, se ocorrer, quem somente arcará será a mesma. Por outro lado, diferentemente, serão as repercussões que poderão ser geradas pela má escolha de contratante nesse contrato de gestão. A princípio, serão os cofres públicos, mas quem arcará com o prejuízo final será duplamente a sociedade, uma porque será cerceada de tais serviços públicos, vez que não foram oferecidos, noutra, porque terá que contribuir novamente para que o serviço seja prestado (CAVALCANTE, 2008, p.21).

É de nosso conhecimento que o Poder Legislativo, os Tribunais de Contas e o Poder Judiciário podem invalidar atos administrativos referente às OS, quando os contratos de gestão envolverem ilegalidades ou quando houver descumprimento no estabelecido nos contratos de gestão, o que já aconteceu e tem acontecido inclusive nos Estados pesquisados. É fato que todas as partes podem, e devem ser

responsabilizadas civil, penal e administrativamente por condutas prejudiciais ao erário público.

Caso recente aconteceu no RJ, em que o Tribunal de Justiça anulou o edital nº 004/2012, fundamentado na Lei Estadual nº 6.043/2011, que envolve os serviços nos hospitais estaduais Albert Schweitzer, Carlos Chagas e Getúlio Vargas. O Estado do RJ contestou a anulação junto ao Supremo Tribunal Federal, contudo a ministra do STF Rosa Weber considerou a reclamação improcedente, apontando que as dificuldades ocorridas nos serviços de saúde em questão não justificam a transferência dos serviços para as OSS, já que é dever do Estado prestar serviço essencial de qualidade, não o fazer consiste em conduta improba, devendo ser responsabilizada. Segue trecho do que foi relatado no julgamento

A transferência da gestão de atividade típica e essencial do Estado para a iniciativa privada, mediante contratos ou convênios vultosos, não garante, por si só, que o serviço público será prestado da melhor forma, servindo apenas para eximir o Estado de dever imposto constitucionalmente. Otimização da Boa Administração através de gestão eficiente dos recursos públicos. Princípio ético que deve reger sua melhor aplicação. Obrigação de manutenção dos serviços existentes em condições de prestar serviços de qualidade (Rcl 15733 / RJ, julgamento STF, relatora WEBER, 2016).

Há que se destacar que a Lei Federal nº9.637/1998 possui várias falhas, ao estabelecer condições demasiadamente benevolentes às organizações sociais, condições essas que muitas vezes acabam por contrariar o regime jurídico administrativo imperante na prestação de serviços públicos. Além disso, a Lei se escusa de cumprir várias exigências constitucionais à prestação de serviços sociais por parte das entidades do terceiro setor. Tais concessões tem gerado austeras críticas da doutrina, incluindo a discussão por anos a respeito da constitucionalidade da Lei perante o Supremo Tribunal Federal.

Zolet (2011) pondera ainda que apesar da previsão legal quanto à obrigatoriedade de as organizações sociais prestarem contas das verbas públicas recebidas, há de se ponderar que, os ideais da Reforma do Estado conceberam a atividade das organizações sociais como base para o controle de resultados, ou seja, com a avaliação de desempenho das entidades e das metas atingidas, como forma de controle de sua atuação.

Sendo assim, o foco do contrato é estabelecer metas de desempenho e não exigir que as organizações sociais apresentem razoáveis condições técnicas e estruturais para prestar os serviços aos quais se incumbem, pois, dessa forma, por certo que tendem a se arrimar ao Estado para obter meios de dar cumprimento ao contrato de gestão. Como consequência, considerando tal ponto, inexistente vantagem em repassar a prestação dos serviços sociais às organizações sociais, sendo mais conveniente que o Poder Público o fizesse diretamente. Tais deficiências comprometem tanto aplicá-la quanto aprimorar os requisitos do contrato de gestão.

Considerando que há uma forte tendência de os governos estaduais e municipais em prosseguirem na adoção do modelo proposto na Lei, com o estabelecimento do contrato de gestão com organizações sociais para a prestação dos serviços sociais, faz-se imprescindível a correção de tantas falhas existentes, para que as disposições legais propostas estejam em conformidade com ordenamento jurídico brasileiro (ZOLET, 2011).

Outra questão relevante ainda a ser pontuada é que se confere ao poder executivo todo domínio em relação a qualificação das OS. Os aspectos polêmicos da proposta é atribuir excesso de poder e possibilitar manipulação e negociação de atos de qualificação, atingindo mais uma vez o ainda frágil princípio de participação e controle social do sistema de saúde.

É fato que nenhum dos instrumentos legais em vigor no país fazem qualquer referência a existência e ao papel dos conselhos de saúde na gestão por OSS. No entanto, enquanto princípio constitucional e assegurado na Lei Orgânica da Saúde, os Conselhos de Saúde deverão se capacitar - técnica e politicamente - para influir no controle social das OS (MELO e TANAKA, 2001).

Finalmente, e especialmente, considerando que as funções principais do contrato de gestão, deve ser restringir a autonomia da OS e adequar suas atividades ao interesse público (NOGUEIRA, 2007), a sociedade como um todo deve acompanhar de perto as ações estatais e das OS para que essas atribuições sejam cumpridas, ciente que pode recorrer aos instrumentos judiciais da ação popular e do mandado de segurança quando perceberem irregularidades, violações e lesões por parte dos agentes públicos e privados na gestão e execução dos serviços de saúde.

4.2. DAS ENTREVISTAS – POLÍTICA DE RH

4.2.1. HOSPITAIS: A GESTÃO E O GESTOR DE RH

Discutiremos a gestão de pessoas nos hospitais, abordando como ela se estrutura nesses serviços. Tratamos do papel do gestor, trazemos as entrevistas realizadas com os gestores de RH dos hospitais capixabas e as informações nelas extraídas.

Dentre as propostas de reforma de Estado, ganha ênfase o fortalecimento do poder regulador e da produção de políticas do governo e a não-atuação do governo sobre bens e serviços públicos.

Sob a justificativa de “modernizar”, o Estado distribui instituições ligadas a bens e serviços de interesse público (ciência e tecnologia, cultura, educação, saúde) para instituições da sociedade civil administrarem e se restringe à gestão direta somente o que seriam suas funções próprias e indeclináveis, fazendo por vezes uma *“transferência generalizada de serviços e sistemático desmantelamento do aparato público de proteção social”* (p. 40, OPAS/OMS, 2004). A redução do Estado – por meio da transferência de funções econômicas e sociais do governo ao mercado, a privatização de suas atividades e empresas comerciais – propôs-se a modificar as dimensões de suas funções essenciais; e sob o argumento de transformar a gestão burocrática em gerencial, alterou sua atuação na garantia dos direitos do cidadão, na coesão social e tornando-o mero articulador da solidariedade coletiva.

A posição que os hospitais ocupam nos sistemas de saúde em todo o mundo, a qual tem sido assentada por um histórico modelo de atenção biomédico e curativo, e, obviamente, por uma cultura de autossuficiência, na qual o hospital representa, junto com o médico, a instituição com maior poder modulador e hegemônico do sistema sanitário (OPAS/OMS, 2004).

Discutir sobre os novos modelos e formas de gestão hospitalar – as mudanças na conceituação, na valorização e na prática da gestão pública – é fundamental para enfrentar os desafios da articulação da alta complexidade, a atenção básica e a média complexidade de atendimento ao paciente. Nos hospitais, incluindo os do contexto complexo estudado, prevalecem

a incerteza, a turbulência em consequência de fatores, tais como o entrelaçamento do sistema econômico internacional, a acelerada mudança tecnológica, a crise das economias, o inusitado aumento das demandas sociais, a permeabilidade do Estado alcançada pela sociedade, o desmoronamento das barreiras entre o público e o privado e a competência entre estes setores estimulada pela captação e pela gestão dos recursos econômicos (p. 41, OPAS/OMS, 2004).

Reconhecemos como fundamental no setor saúde e nos hospitais, de forma particular, o fator humano. Bittar (1996) afirma que a subárea mais importante que compõe a estrutura organizacional hospitalar, ou de qualquer outra instituição, principalmente do setor de serviços, é a de recursos humanos. Da gestão nesta parte depende a quantificação e a qualificação dos trabalhadores do hospital, a provisão do cuidado com o usuário em condições de urgência e emergência, os cuidados especializados e intensivos; possuir a margem de erro zero e os melhores profissionais.

A complexidade hospitalar e conseqüente necessidade de ênfase nas políticas de RH devem-se a diversos fatores. Os hospitais são instituições empregadoras de um grande número de profissionais que produzem, aplicam, preservam e comunicam conhecimento constantemente, logo, seus gestores possuem o desafio diário de articular autoridade e conhecimento. Os trabalhadores dos hospitais precisam de incentivos econômicos flexíveis e previamente pactuados, mas também de incentivos profissionais e prestígio (OPAS/OMS, 2004).

Geralmente, o trabalho em hospitais exige grande esforço e dedicação para aprender a trabalhar de forma independente e autônoma, apoio às equipes de referência e aos colegas de trabalho. A motivação desses empregados está ligada ao uso da linguagem clara e objetiva, reconhecimento oportuno e público de que seu trabalho traz resultados valiosos, referentes à vida e à recuperação da saúde.

Também é essencial que a gestão admita, com franqueza, os erros e os corrija. Isso refletirá diretamente no desempenho cotidiano, na melhoria do trato aos pacientes e aos familiares e ao fomento das relações interpessoais. A comunicação, consulta de opinião, a disseminação das mudanças nos objetivos ou nos procedimentos gerais da instituição também podem reforçar a segurança e a motivação da equipe hospitalar. A valorização do trabalho e da qualidade dele provém do fomento das habilidades técnicas e comportamentais que gerem a correta execução das tarefas e a promoção profissional.

Estudos da OPAS/OMS(2004) apontam que o hospital pode ser representado por um triângulo, em que os usuários estão no centro e nos vértices: os trabalhadores da saúde, os financiadores da instituição, os gestores. Esses devem ser capazes de manter o equilíbrio para o funcionamento da unidade e facilitar o cumprimento dos objetivos da instituição e da política de saúde.

No caso dos hospitais do SUS, os interesses sociais devem ter grande peso, já que a sociedade se encontra representada tanto no centro, como usuários, quanto no vértice dos financiadores do sistema público e, portanto, da instituição hospitalar.

4.2.2. RH NOS HOSPITAIS DO ESPÍRITO SANTO

4.2.2.1. AUTO-VISÃO EMPRESARIAL

Para conhecer com maior profundidade as questões relativas à gestão do trabalho nos hospitais estaduais do Espírito Santo geridos por OSS realizamos entrevistas com os gestores de recursos humanos. Durante a entrevistas todos os entrevistados referiram-se, pelo menos 1 (uma) vez, às OSS usando as nomenclaturas “empresa” ou “instituição privada”. O Gestor B mencionou isso 7 (sete) vezes o gestor D, 10 (dez) vezes. O que podemos concluir que, embora autores expressem a ausência de caráter privatizante das Organizações Sociais, os gestores de RH das OSS gestoras de hospitais no ES consideram as OSS como empresas ou instituições privadas. É o que mostram os trechos a seguir:

*“Fizemos no ano passado uma pesquisa com os colaboradores de sua percepção com relação aos valores da **empresa**.” (Gestor B).*

*“porque nós somos uma **empresa** contratada, (...) temos as responsabilidades conforme ahn... solidárias com o Estado” (Gestor C).*

*“A gente vê que como o nosso funcionário não é um servidor, mas um funcionário de uma **instituição privada**, os bons profissionais que a gente tem acabam nos deixando porque foram aprovados em concurso” (Gestor D).*

Os conceitos de instituição pública não-estatal e de instituição privada¹¹, (BRESSER-PEREIRA, 1995 e BRESSER-PEREIRA e GRAU,1999), parecem idênticos no entendimento e na fala dos entrevistados. Isso porque na gestão por OSS toda a lógica da gestão é privada, e não pública. As falas dos gestores ao longo das entrevistas comprovam isso.

Essa premissa é também demonstrada no fato de que nenhum dos entrevistados mencionou o SUS na entrevista, sua importância ou o interesse público do serviço de saúde. O SUS só é citado para responder uma das perguntas iniciais (parte da identificação da instituição) “*qual a relação do hospital com o SUS?*”. Segue uma das respostas que expressa a redução conceitual do que seria um sistema de saúde público e o desinteresse da administração local em conhecer suas diretrizes:

“(O hospital) atende somente ao SUS. Quando a gente fala SUS, a gente quer dizer que não se cobra por nada que é feito aqui. (...) Nós temos a estrutura administrativa em São Paulo. (...) A sede nos dá todo o suporte de gestão administrativa. Inclusive com as atualizações de todas as publicações, a gestão, necessidade de qualquer mudança no curso das nossas ações em função de qualquer normativa. (...) O setor de recursos humanos e departamento pessoal que monitora as ações de todas as nossas unidades. Nós temos a atualização das orientações. Então, nós aqui trabalhamos e não nos preocupamos tanto em pesquisar porque temos quem faz isso, nos dá as informações para acompanhamento ” (Gestor C).

4.2.2.2. RECRUTAMENTO E SELEÇÃO

Sobre o processo de recrutamento e seleção é o início da política de gestão de pessoas. Esse processo busca o ingresso dos empregados, inclui as oportunidades de trabalho atuais e futuras, a divulgação de benefícios. Os quatro gestores afirmaram que suas instituições fazem o processo diretamente. A OSS B terceiriza parte da seleção relativa à entrevista psicológica.

Os estudiosos do assunto orientam que os avisos do recrutamento sejam divulgados em locais apropriados, acessíveis e diferenciados; com informações claras, incluindo salário, benefícios, local de trabalho e horário. Os entrevistados afirmaram que há

¹¹ Segundo Bresser-Pereira, as Organizações Sociais são organizações ou formas de controle “públicas” por estarem voltadas ao interesse geral e “não-estatais” porque não fazem parte do aparato do Estado; e não são “privadas”, já que estas não estão voltadas para o lucro ou o consumo privado.

ampla divulgação das vagas e que aceita currículos impressos e por email. A OSS D, ao invés do email, solicita cadastramento em site próprio para aplicação a vaga.

Para que ele seja bem-sucedido a instituição precisa ter um quadro com atribuições de cada cargo, descritas as funções, os requisitos, o perfil, a quantidade de pessoas e tempo estimado para cada serviço. Esse dimensionamento é base para o preenchimento das vagas, a efetuação das substituições, remanejamentos, cálculo da diminuição ou ampliação do número de funcionários. Essa fase também contempla especificar se o recrutamento será por fontes internas, externas ou ambas, a divulgação, as inscrições. Se a seleção será direta, com entrevista, provas, critérios de escolha e de contratação (BITTAR, 1996; LAVERDE, 2000).

Todos os gestores disseram ter os cargos e funções descritos assim como os respectivos salários, afirmando inclusive ser exigência do contrato de gestão.

“Quando a OS entra para uma licitação, ela tem que estar com os cargos definidos e o quantitativo desses cargos (...) A gente já sabe quantos enfermeiros nós vamos precisar ter, quantos técnicos de enfermagem, quantos psicólogos assistenciais, então a equipe já vem com escopo, o plano de trabalho já vem com um escopo para gente poder trabalhar em cima dele” (Gestor A).

“O processo de Recrutamento e Seleção (...) é composto primeiro pelo recrutamento: a captação de currículos de acordo com o perfil daquela vaga, nós temos a descrição de todos os nossos cargos (...). Ninguém é contratado sem ter uma descrição do cargo. Na descrição do cargo tem as atribuições, as responsabilidades e as exigências do cargo, formação, questão técnica, experiência, competências organizacionais, comportamentais e técnicas” (Gestor B).

Contudo, o Gestor C diz que ainda não concluiu sua descrição, ainda assim teve sua organização contratada: *“estamos nesta etapa de implantação e estamos na parte de descrição dos cargos, elaborando o manual descritivo para que a gente possa ter todas as atribuições já descritas”.*

Segundo Bittar (1996), a descrição das atribuições e responsabilidades de cada cargo precisa considerar a escolaridade, experiência, iniciativa, habilidades, condições de trabalho. Na seleção, cabe especificar as qualidades do empregado com exatidão para determinada função. Contudo, é importante não usar, de forma alguma, qualquer tipo de discriminação relativa ao sexo, etnia, religião, cor, estado civil, faixa etária ou

limitações físicas, procedendo sempre de forma impessoal. Ainda assim, há relato de o candidato precisar ter características que agradam o gestor

“saber que tipo de perfil seria mais adequado ao gestor, (...) facilita na política de retenção de talentos(...). Porque você pode ser muito boa tecnicamente, mas há a história da empatia também. O gestor talvez não tenha uma afinidade com o tipo de perfil que você tem. Isso é uma reprovação de processo seletivo” (Gestor A).

A maioria dos demais gestores afirmaram utilizar o recrutamento interno, mas apenas o Gestor B afirmou prioriza-lo, e também foi o único que adota outros remanejamentos internos de acordo com o perfil e a vontade do empregado.

“O próprio colaborador pode se identificar mais com uma ou outra área ou o próprio líder pode perceber o perfil, então é feita a movimentação. Que nem sempre representa uma promoção salarial, já ele vai continuar com o mesmo cargo e o salário, mas tem uma maior identificação com outra área, ele ficará mais satisfeito com o que estará fazendo. (...) A gente tem essa preocupação até por uma questão de motivação. (...) Em todos os setores a movimentação existe e avaliamos como algo muito bacana. As pessoas perceberem que elas podem crescer. (...) O RH tem o papel importante de sinalizar para o gestor dizendo que tem pessoas no quadro que tem esse perfil, pode ser um fator motivacional abrir essa vaga internamente” (Gestor B).

Apesar das vantagens de se trazer novas pessoas, com novas ideias e perspectivas para trabalhar no hospital (recrutamento externo), o ponto de vista do Gestor B aproxima do de Laverde (2000), o qual acredita na importância do recrutamento interno, em que os funcionários do hospital conhecem as oportunidades, candidatam-se e podem ser promovidos deve ser prioridade na gestão, pois isso valoriza e motiva os trabalhadores. A OSS D demonstra não concordar com esse ponto de vista, já que só faz recrutamento externo.

4.2.2.3. TERCEIRIZAÇÃO E “PEJOTIZAÇÃO”

Segundo Bittar (1996), os serviços tradicionalmente terceirizados por hospitais eram os de manutenção e limpeza, mas atualmente há uma grande quantidade de profissionais de saúde subcontratados ou “quarteirizados”. Os quantitativos de profissionais que atuam nos hospitais e a quantidade de profissionais terceirizados declarados por seus gestores estão descritos no quadro 5 a seguir.

Quadro 5 – Quantidade de Profissionais por Hospital

CARACTERIZAÇÃO	OSS A	OSS B	OSS C	OSS D
Quantidade de contratados diretamente	620	620	580	1620
Quantidade de terceirizados	Não especificado	200	214	800

Fonte: Elaboração Própria.

O percentual de terceirizados nos hospitais capixabas geridos por OSS para são 24%, 27% e 33% de seu número total de empregados. Os tipos são variados. Foram citados como terceirizados (ou “contratados de forma indireta”) os serviços de: diagnóstico por imagem, laboratório, alimentação, lavanderia, avaliação psicológica, vigilância e acesso, higienização e limpeza, segurança patrimonial, banco de sangue, nutrição e fisioterapia. Para os serviços de medicina, fonoaudiologia e alguns tipos de fisioterapias, os profissionais são contratados como pessoa jurídica.

Terceirizar tantos serviços não nos parece uma prática de RH coerente e acertada, já que *“a terceirização, que se acentua na realidade como um modo de trabalho e de vida, apresenta-se para o trabalhador como uma forma de flexibilização e precarização das seções de trabalho, sempre associada a perda de direitos”* (CARVALHO, 2010, p. 59-60)

Considerando que as terceirizações por si só já se constituem uma modalidade de trabalho precarizado (ANTUNES, 2004 e 2008), somado ao fato de que as organizações sociais são uma forma de terceirização (BRESSER-PEREIRA, 1995), constatamos que adotar o modelo gerencial por OS é uma forma de precarizar o trabalho humano, já que os direitos outorgados para os profissionais da saúde pública não são viabilizados pela OSS. Isso transparece nas modalidades de contratação, na falta de autonomia, na ausência de planos de carreira, nas ferramentas de gestão que desconsideram o empregado como sendo o trabalhador de uma política pública, cujos direitos trabalhistas deveriam estar consolidados e implementados, mas não estão.

Os entrevistados disseram que suas OSS não contratam médicos diretamente, mas através de pessoa jurídica. Essa, apesar de se mostrar como uma prática legítima e corriqueira, pode um ato de fraude para sistema jurídico (CARPES, 2011; BARROS,

2015; TONI, 2016; jurisprudências dos TRT's e TST¹²). A pejetização na relação laboral pode significar a flexibilização, pois permite postura distante entre empregado e empregador, em um acordo de trabalho que pode prejudicar o empregado e significar relação de trabalho material (MISAILIDIS e PESSANHA, 2016).

As OSS B, C e D contratam como pessoa jurídica/empresa e apenas a OSS A os contrata por meio de cooperativa. *“O mais comum é contratar cooperativas. Nós somos um dos poucos hospitais da Grande Vitória que não é cooperativa. Sofremos até um pouco de pressão por causa disso, pelas próprias cooperativas”*, afirma o Gestor B.

O percentual anterior seria consideravelmente ampliado se somássemos a quantidade de médicos terceirizados, o que não foi possível fazer, pois apenas o Gestor C citou a quantidade exata (200) de médicos que o hospital contrata.

Terceirização e “pejetização” são coisas distintas. A pejetização geralmente visa a sonegação de impostos e a redução de direitos trabalhistas. Nessa modalidade, o trabalhador constitui uma empresa e celebra um contrato de prestação de serviços com a contratante, contudo, na prática, os profissionais dela se confundem com os empregados regulares nos elementos que distinguem o vínculo empregatício, os quais estão presentes nos artigos 2º e 3º da CLT: pessoalidade, onerosidade, não eventualidade e subordinação. A principal, e relevante, diferença está no fato de não contar com as garantias trabalhistas de um empregado (TONI, 2016).

Por outro lado, a pejetização traz vantagens econômicas aos profissionais de saúde, são elas: multiplicidade de vínculos e menor tributação. A primeira não é certa, visto que com a assinatura da carteira de trabalho, dependendo da carga horária, não haverá condição de impedir outros vínculos e inclusive o trabalho como autônomo em consultório (RIBEIRO, 2016).

Já a menor tributação pode ser a única vantagem ao trabalhador, pois a tributação do empregado é maior que a tributação dos empresários e cooperados. Segundo Ribeiro

¹² Disponíveis em <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/busca?q=Pejetiza%C3%A7%C3%A3o>

(2016), tal benefício torna-se pequeno comparado às perdas trabalhistas a que são submetidos os profissionais, sobretudo médicos, por meio da criação de empresas fictícias.

Assim, contratando médicos (e outros profissionais) como pessoas jurídicas, os hospitais colaboraram com a precarização da atividade médica, negando a eles as garantias constitucionais, trabalhistas e previdenciárias concedidas a todos os trabalhadores assalariados, sejam férias, 13º salário, horas extras, adicional pelo trabalho noturno e insalubre, repouso semanal remunerado, FGTS, estabilidade à gestante, aviso prévio, multa de 40% sobre o FGTS (despedida arbitrária), licença à maternidade e à paternidade. Toda essa perda para se constituir no mercado como empresários (RIBEIRO, 2016).

4.2.2.4. QUALIDADE E DESEMPENHO

Sobre a gestão da qualidade, a qual seria a principal justificativa mudança da execução direta para a de OSS, que tem como objetivos a eficácia, a eficiência e o foco na satisfação do cliente¹³; surpreendeu-nos o fato de que apenas a OSS D possui métodos gerenciais da qualidade e utiliza uma ferramenta específica. As OSS B e C possuem apenas um setor responsável por questões ligadas à qualidade, a OSS A, nem isso: *“Nós não temos um setor de qualidade. Começou a ser implantado, mas ainda nada”* (Gestor A). Todos os entrevistados relataram adotar ações e treinamentos específicos com foco no atendimento e satisfação dos clientes

“fizemos uma pesquisa: o que é ser bem atendido para você? Tem uma equipe, um grupo de trabalho se debruçando sobre esses resultados para em cima disso estabelecermos um padrão de atendimento em que o colaborador se sinta identificado. (...) vamos padronizar e disseminar para todos. Mesmo se não for da área assistencial, todos os colaboradores serão treinados para

¹³ De acordo com a OPAS/OMS (2004), esses conceitos adaptados à saúde e à realidade do hospital seriam: **eficácia** é a aplicação e a combinação, em condições ideais, de recursos e tecnologias para produzir um impacto específico na situação de saúde, inclui a contribuição da instituição na solução do problema social (saúde e seus condicionantes sociais) por meio de planejamento, gestão de recursos e relação com o usuário; **eficiência** é a aplicação dos recursos para obter o melhor produto, social ou individual, ao menor custo possível, usando processos educativos e pesquisa para estabelecer relações de custo-benefício para ações imediatas cujo impacto social seja mediato; foco na **satisfação do cliente** é a adoção de ações que gerem a satisfação do usuário, tratando-o como cliente/consumidor dos serviços oferecidos, considerando sua dignidade pessoal e seus valores.

um padrão de atendimento, saber atender, ouvir uma demanda e encaminhar. (...) hoje o índice de satisfação do usuário já é bom, está em torno de 97 a 98%, é avaliado mensalmente (...) seguimos o que nosso diretor diz, que precisamos manter o índice, pois é uma responsabilidade, um desafio grande. Se cair um pouco a qualidade a queda é brusca nesse índice. Nossa preocupação contínua é o que mais podemos fazer para melhorar a satisfação do paciente, temos colocado na vivência de qualquer colaborador, mesmo o do financeiro, que ele está aqui para atender bem o paciente.”(Gestor B).

No decorrer do diálogo, o entrevistado esclarece que essa meta implica em recebimento de recursos financeiros contratualizados pelo Estado e argumenta

“a meta de satisfação do usuário, se eu não cumprir em três meses, o valor repassado diminui, se eu não cumprir eu perco dinheiro. Terei que atender o mesmo número de pacientes com menos recurso, pois não cumpro uma meta. Por que essa meta não está presente em todos os hospitais, inclusive os administrados pelo próprio governo?(Gestor B)

À semelhança da qualidade, a gestão de desempenho também seria um diferencial no gerencialismo adotado pelas OS. No entanto, constatamos que apenas a OSS D adota essa prática de forma estruturada. A avaliação de desempenho do trabalhador, parte integrante principal dessa estratégia, só é praticada pela OSS D. Os demais gestores declararam não fazer: *“só avaliamos por meio desse formulário (o do período de experiência) e os feedbacks durante toda a permanência dele no hospital. Não há um processo específico de avaliação de desempenho”* (Gestor B). A OSS A, que tem mais de oito anos de existência, justifica: *“A gente não tem porque... nossa OS é uma OS nova”*.

Além da OSS B, o Gestor C também avalia o período de experiência dos empregados e, eventualmente, quando o gestor julga necessário. Ele conta:

“há um formulário que avalia o conhecimento teórico e técnico, a aplicação prática desse conhecimento obtido. São avaliadas também questões rotineiras, como assiduidade, questões comportamentais, pontualidade, participação em treinamentos, potencial de capacitação, interesse em aprender”.

Contudo, ações assim podem não ser configuradas avaliações de desempenho. Bittar (1996) escreve que a avaliação de desempenho precisa ser periódica e bem discutida entre trabalhadores e gestores do hospital. Laverde (2000) expõe, semelhantemente, que as avaliações de desempenho não devem ser isoladas, mas feitas de maneira sistemática, técnica, objetiva e honesta. Precisam ter diretrizes definidas e empenho

dos gestores para serem executadas; visando o aprimoramento do trabalho, da comunicação, incentivando a resolução de problemas, maximizando potenciais.

O autor acredita que o baixo desempenho numa instituição se deve a diversas razões. O trabalhador não saber o que deve fazer ou não sabe fazer o que deve ser feito. Ainda ocorre de ele não saber fazer bem o que deve fazer. Falta orientação, ajuda e apoio do gestor. O relacionamento é, por vezes, complicado entre gestor e empregado. Em todos esses casos, a iniciativa precisa ser do gestor para identificar a situação concreta, dialogar e propor intervenções. Nessa direção, a avaliação de desempenho torna-se um instrumento útil para apontar os problemas, velados ou não, para serem solucionados.

4.2.2.5. INDICADORES DE RECURSOS HUMANOS

As informações fornecidas na entrevista vão ao encontro daquelas registradas nos contratos de gestão entre SESA-ES e as OSS: não há previsão de metas contratuais relacionados à gestão de pessoas nos hospitais, conforme consta o capítulo 4 deste trabalho.

Contudo, o levantamento de indicadores de recursos humanos é prática comum na OSS pesquisadas, orientados pela direção da sede da própria OSS. Apenas a OSS C diz que não possui ainda, mas estão elaborando. São eles: preenchimento de vagas, índice de *turnover*¹⁴, admissão e demissão, motivos de desligamento, quantidade de treinamentos, reação dos treinamentos, retenção de pessoas (quantos superam período de experiência e são efetivados), tempo de fechamento de vaga, profissionais integrados, tempo de processos de RH, permanência do funcionário.

Na área de saúde e segurança no trabalho, mede-se: o cumprimento das legislações, absenteísmo, exames periódicos em dia, atestados, licenças médicas, a quantidade

¹⁴ Índice de Rotatividade ou *turn over* é a relação entre o total de vínculos ocorridos em um determinado período e o emprego médio de uma determinada área, setor ou instituição.

de CAT's (Comunicado de Acidente de Trabalho), o tempo de abertura das CAT's. Na área de treinamento: o quantitativo de pessoa por hora de treinamento, quantidade de treinamentos planejados e ministrados.

O que chama a atenção nesses indicadores é que todos os entrevistados disseram que o levantamento desses dados não é previsto no Contrato de Gestão da OSS com a secretaria estadual, mas fruto de uma política adotada e monitorada pela própria OSS. Sobre a presença no Contrato de Gestão de metas e indicadores relacionados a gestão de pessoas:

“Não tem. Na verdade, esses indicadores fazem parte do nosso planejamento estratégico definido pela instituição” (Gestor D).

“Deveria ter. Sabe o que que eu percebo, que há ainda muito essa visão de um RH, mas não de um RH estratégico, que pensa nessas ações, que pensa o quanto é importante ter ações, é uma visão muito ainda de ‘recurso’ humano... do lucro ou da despesa que ele vai gerar, do balanço . (...) Porque, com certeza, outras metas a gente sabe que tem, né?! Não dá pra ficar sem, mas eu só consigo atingi-las quando eu estou cuidando do meu RH. Cuidando estrategicamente. E não mecanicistamente” (Gestor A).

De fato, levantar estatísticas e obter indicadores de trabalho - como de produtividade - são medidas relevantes. Todavia, não se pode perder de vista que as estatísticas não conseguem capturar de fato a produtividade de alguns tipos trabalho, como o cuidado em saúde, o qual implica necessariamente em relações sociais, conhecimento e informação compartilhados, estabelecimento de vínculo. Há que se considerar que os produtos gerados nunca são fruto de um trabalhador, apenas. Porém de um coletivo de pessoas (SODRÉ, 2011) e ações colegiadas.

4.2.2.6. RECONHECIMENTO X ROTATIVIDADE

Todos os gestores disseram promover ações sistemáticas de reconhecimento e valorização do trabalhador, apesar de serem em número reduzido devido às restrições orçamentárias, algumas envolvem parcerias da comunidade.

Reconhecer a importância do trabalhador para a melhoria do cuidado em saúde é prioritário e para isso há que se investir recursos financeiros. Concordamos com a

afirmação feita em um estudo da OPAS/OMS (2004) apontando a realidade dos hospitais após a reforma administrativa nas regiões do Caribe e América Latina

Nas reformas do setor hospitalar tem-se produzido uma espécie de separação entre suas dimensões administrativas e financeiras e a dos recursos humanos. Tem faltado reconhecer e explorar, plenamente, o papel central do recurso humano como fator crítico das reformas do setor hospitalar. Nele demandam relevância: a política do desenvolvimento de pessoas, a qualidade do emprego, o tipo de regime trabalhista, a formação e a atualização dos profissionais, o sistema de avaliação do desempenho, o sistema de remuneração e incentivos, a movimentação trabalhista no setor. [...]Não se pode conceber nenhuma transformação, em nenhuma dimensão dos serviços de atenção de saúde, sem considerar esse papel fundamental que desempenham as pessoas que nele trabalham (p. 106, OPAS/OMS, 2004).

Relativo a concessão de benefícios, todos os gestores disseram oferecer: plano odontológico, plano de saúde, cartão alimentação, seguro de vida (para algumas categorias apenas, por convenção coletiva). Os benefícios não são exigidos pelo contrato com o Estado, mas iniciativa da própria instituição.

O Gestor D foi o único a relator premiação financeira como reconhecimento: *“O funcionário que não faltar no mês, atingir a meta de treinamento e estiver com periódico em dia, tem um valor creditado no cartão de compras como premiação. Ele pode usar no comércio da região, é um reconhecimento financeiro”*. Para medir a satisfação dos empregados e conhecer a sua opinião sobre as políticas de RH, modelo de gestão, processo de comunicação, valorização profissional e identificação com a instituição, as OSS A e D fazem a pesquisa de clima organizacional, anual e bienal, respectivamente.

Apesar de serem bastante atrativos ao trabalhador, Bittar (1996) sugere que converter benefícios em remuneração efetiva pode ser uma forma de dar autonomia ao empregado na escolha que lhe convier. Uma evidência dessa afirmativa está no fato de que mesmo com a concessão de benefícios pela administradora do hospital, há severa rotatividade na maioria das atividades.

Conceitualmente, plano de carreira é o conjunto de normas que disciplinam o ingresso e instituem oportunidades e estímulos ao desenvolvimento pessoal e profissional dos trabalhadores de forma a contribuir com a qualificação dos serviços prestados pelos

órgãos e instituições, constituindo-se em instrumento de gestão da política de pessoal (BRASIL, 2007).

Dos Santos e Lacaz (2013) considerando os efeitos da reforma do Estado e a flexibilização do trabalho em saúde, gerando sua precarização, acreditam que “a adoção dos Planos de Carreiras, Cargos e Salários (PCCS) e sua implantação na gestão dos serviços de saúde pode ser uma saída para diminuir os efeitos da precarização das relações de trabalho” (p.04). Os autores afirmam que o PCCS se constitui num instrumento que assegura a profissionalização, a valorização de todos os trabalhadores da saúde, enfatizando as especificidades do setor e promovendo a constituição de um quadro de pessoal habilitado para lidar com tais especificidades.

Os gestores entrevistados disseram que suas instituições não possuem essa parte tão relevante na política de gestão do trabalho. O contrato de gestão é visto como um limitador: *“não temos um plano de carreira (...). Justamente devido ao Plano de Trabalho. Ele engessa, então (...) isso a gente não tem”* (Gestor A).

“não tem um plano de carreira. Não teremos isso, não é uma forma de trabalho que teremos em contrato com o governo e na gestão como essa, não será, porque (...) nós estamos limitados ao valor do contrato de gestão, então para termos um plano de carreira teria que também que estar flexibilizado ao contrato de gestão com o Governo do Estado as possibilidades do aumento de repasses financeiros, o que também não está previsto.” (Gestor C)

Ainda assim, duas das organizações pretendem elaborar, apesar das dificuldades apontadas. Uma delas já iniciou o processo.

“não temos. (...) a OSS planeja ter um plano de cargos de salários e um plano de carreira. Mas como ela está presente hoje quase que no Brasil inteiro, então há uma dificuldade de ter um único plano. Como fazer de forma regionalizada, por Estado, está sendo discutido, porque até então ela mantém essa estrutura corporativa, mas por outro lado ainda não conseguiu evoluir muito. (...) Existem várias limitações. Essa de que é a estruturação corporativa e também a limitação contratual, pois o contrato é por tempo determinado(...). Então todo o nosso planejamento (...) vai até essa data, não podemos planejar nada para depois, pois a gente não sabe se vai permanecer aqui”(Gestor B)

“a gente não está com ele implantado, mas iniciado um trabalho para que a OSS possa implantar o plano de carreira. (...) Fizemos uma parceria com uma empresa de RH em São Paulo, se não me engano, que fez um trabalho com a gente, fez algumas propostas, e isso foi enviado para nossa superintendência para ser avaliado, se a gente vai aplicar ou não, e como a gente vai trabalhar isso. Tem o início (...). Funcionaria para o hospital como um todo e não para funções específicas.” (Gestor D)

O Gestor D expõe que o plano de carreira, cargos e salários seria uma alternativa na retenção das pessoas, já que sabe que a rotatividade está relacionada a falta incentivos salariais e a ausência da estabilidade proveniente do concurso público.

*“Porque a gente normalmente tem aqui um grande número de pedidos de demissão. A maior parte de funcionários que saem da empresa, que geram a rotatividade, não é porque a empresa está insatisfeita com o trabalho dele e sim porque ele foi convidado por uma outra instituição ou passou num concurso público e ele acaba solicitando seu desligamento para ir para outro vínculo.(...) Como o nosso hospital é administrado por uma **empresa privada**, é... filantrópica, quando ele passa no concursos público, a prioridade dele é o outro vínculo (...), lá ele vai ter uma certa estabilidade por ser concursado. Isso faz com que a gente tenha a perda do profissional daqui. **Não ter um plano de carreira ou a questão do salário, com certeza impactam na decisão. Por isso a empresa está fazendo esse contato inicial, essa avaliação junto a empresa terceirizada (...) para melhorar o salário e ver essa questão do plano de carreira**” (Gestor D)*

Pesquisa feita em SP, comparando um hospital administrado por OS com outro administrado diretamente pelo governo, conclui que contratar pessoas por mecanismos de mercado pode garantir um processo de reposição de necessidades mais rápido e mais apropriado às necessidades da população usuária do serviço de saúde, geralmente com utilização satisfatória da capacidade física e de RH. Entretanto, o apelo ao mercado provoca grande instabilidade no quadro funcional, marcada por altos índices de rotatividade. A alta rotatividade de pessoal também pode ser influenciada pela localização e pelo exercício de múltiplos vínculos de trabalho. Já a unidade da administração direta, as condições de acesso ao cargo, que na maioria dos casos se faz mediante concurso público, adicionadas à flexibilidade no exercício das atividades, tende a implicar em baixa rotatividade (BARBOSA, 2010).

Informações sobre o motivo da demissão são provenientes da medida chamada “entrevista de desligamento”, adotada pelos gestores A e D. A entrevista de desligamento de funcionário é um questionário estruturado para conhecer as causas da demissão, esclarece Bittar (1996). O pesquisador ressalta que a saída de um funcionário demanda custos elevadíssimos para a instituição gerados pelo aviso prévio, férias, 13º salário proporcional, 40% do FGTS (Fundo de Garantia por Tempo de Serviço), recrutamento, seleção e treinamento de novo funcionário. Logo, conhecendo os motivos que levaram ao desligamento, pode-se agir para que ele não ocorra com tanta frequência.

Os gestores concordam unanimemente que a categoria profissional que possui maior índice de rotatividade nos hospitais são os técnicos de enfermagem, ocupando o primeiro lugar isolado. Os principais motivos levantados são o estresse - decorrente da sobrecarga de trabalho gerado, inclusive, pelo acúmulo de vínculos - e a saída para assumir outro trabalho com melhor salário e estabilidade. Em seguida são citados os enfermeiros e os auxiliares de higienização.

“o profissional tem maior rotatividade hoje é técnico de enfermagem. A rotatividade é muito grande, (...) por diversas razões. Uma delas é nível de estresse que eles vivem que é muito alto (...) Porque eles já vem de outro trabalho, muitos saem de um plantão noturno pra pegar um diurno aqui (...) isso é do ser humano, você aguenta isso durante um tempo, depois seu organismo não aguenta, você começa a descer (...)o trabalho de técnico de enfermagem é um trabalho que por si só já é estressante, não só pelo paciente, mas também pelo acompanhante do paciente.(...) Ninguém vem pra cá pra um spa. Ninguém vem aqui para tratar da beleza. Vem para tratar de uma doença.” (Gestor A, grifo nosso).

“O convite de uma outra instituição ou a aprovação em concurso (público). (...)Acontece também muito deles (os técnicos de enfermagem) assumirem um outro vínculo para continuar trabalhando aqui e no outro hospital. Com o passar do tempo, com a sobrecarga, ele acaba pedindo o desligamento para poder ter um tempo para se dedicar a família, e aí acaba abrindo mão.” (Gestor D, grifo nosso).

Sobre como está esse índice na situação atual, dois gestores dizem que que está baixa (B e D). As constatações colocam o momento de crise, o mercado e as ações de valorização do trabalhador como motivos para a queda

“diminuiu bastante a rotatividade e pensamos se não seria reflexo da situação econômica nacional. As pessoas estão solicitando menos desligamento, estão receosas de buscar novas oportunidades (...) por causa da crise. (...)Acho que pode ser pelas ações que fazemos, de retenção e valorização ou por questões do mercado, há poucas vagas disponíveis no mercado. Os hospitais particulares estão demitindo, reduzindo o quadro de colaboradores. É uma situação ruim, mas que tem refletido positivamente para nós.” (Gestor B)

“atualmente, a rotatividade está assim... pequena, não está tão grande, (...) a crise econômica atual fez com que as pessoas repensassem a questão de alterar o local de trabalho, pedir demissão para ir para outro lugar, então hoje a gente não tem tanta rotatividade. A nossa meta de turn over é 3% e a gente está entre 2 e 2,15, 2,20%. Então estamos abaixo do esperado. Lógico que quanto menos, melhor.” (Gestor D)

4.2.2.7. EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Nas entrevistas pudemos perceber que não há uma concepção muito ampliada e metodológica da educação em saúde nos hospitais. Os gestores falam da educação permanente, mas restrita a área técnica e ambulatorial, falam de educação continuada e de treinamentos/capacitações, parecendo se referir ao mesmo objeto.

*“Nós temos duas enfermeiras de treinamento, exclusivas para esta finalidade. (...) Por isso a gente chama de **educação continuada**, elas buscam continuamente todas as atualizações que estão acontecendo. E elas ficam responsáveis em encaminhar. É lógico que os gestores acabam participando de congressos, feiras e eles também trazem novidades. (...)Esse planejamento é feito com os gestores de cada área, juntamente com a equipe de treinamento e desenvolvimento, Eles buscam essa informação para passar para os funcionários” (Gestor D, grifo nosso).*

*“a gente tem dois tipos de treinamentos (...), o assistencial e o comportamental. (...) Assistencial são treinamentos muito técnicos. Treinamento de protocolo, treinamento de... (...) Mas a gente inclui o comportamental dentro do assistencial. O contrário não dá(...) A gente não trabalha. Não precisa. Não tem como. Para que trabalhar? Agora qualificar é diferente. A gente faz um cronograma anual de capacitação (...), todos os dias tem treinamento na área assistencial. Eu tenho uma enfermeira de **educação continuada** que é responsável por isso e tem uma psicóloga que trabalha o lado comportamental: liderança, integração, motivação, entendeu? E traz para cá também, entendeu? Quando eu digo traz aqui para baixo, eu digo traz para o administrativo. Nós trabalhamos atendimento ao cliente, trabalhamos os 5S¹⁵, trabalhamos auto liderança” (Gestor A, grifo nosso).*

A metodologia da educação permanente propõe a superação do paradigma educativo tradicional, cuja base é a experiência e participação na construção do conhecimento, assim como a utilização de meios de comunicação e recursos audiovisuais. Concordamos que o processo de aprendizado é pessoal, por meio da inclusão de novos elementos. Além disso, tal ação ocorre de forma organizada, estimulando que a pessoa a usar como que um sistema de filtros que o torne consciente do que já sabe, que para além da lembrança, leve o aprendiz a refletir, a apreender. Para acontecer nos processos de trabalho, a educação permanente precisa ter como ponto de partida o trabalho e as mudanças demandadas por ele (OPAS/OMS, 2004).

¹⁵ 5s ou *House keeping* é uma das ferramentas japonesas de gestão da qualidade total, que visa criar a cultura da disciplina, identificar problemas, gerar melhorias, reduzir o desperdício de recursos e espaço, aumentar a eficiência operacional. 5S significa: Seiri (Utilização), Seiton (arrumação), Seiso (limpeza), Shitsuke (Disciplina) Seiketsu (higiene). Fonte: <https://www.citisystems.com.br/programa-5s-empresas-conceito-implantacao-auditoria/> ; http://www.esalq.usp.br/qualidade/cinco_s/pag1_5s.htm

Percebemos que a educação permanente citada pelos entrevistados parece não estar de acordo com os critérios de gestão do trabalho em saúde. Por vezes eles referiram a treinamento e capacitação específicos como sendo educação permanente. Contudo, todos os representantes dos hospitais terceirizados disseram desenvolve-la.

Ressaltamos que, segundo Bittar (1996) o processo de educação no hospital precisa de supervisão e continuidade para que produza nos trabalhadores capacidade de readaptação e cumprimento de novas funções e adaptação as mudanças na dinâmica do trabalho. Essa questão envolve valores culturais, educacionais e sociais, exigindo persistência e técnicas apropriadas de ensino e observação, com resultados a longo prazo e não apenas treinamentos técnico-operacionais conforme citado pelos gestores.

*“Para a enfermagem, o setor de **educação permanente** faz todo o trabalho técnico. Todos os treinamentos, são cotidianos, há ações mensais de reciclagem. O RH aborda as questões comportamentais. (...) e monitora a execução junto às gerencias. (...) Questões específicas de saúde são assumidas pela equipe de educação permanente. A **educação permanente** aqui é só para enfermeiros e técnicos de enfermagem” (Gestor B, grifo nosso).*

A educação permanente não deve ser restrita a certas equipes dentro do hospital. O processo educativo consiste desde o contato inicial com o usuário, lidando com a exasperação, dor e angústia dele e de seus familiares, auxiliando e preparando o profissional do hospital para ser positivo, claro, objetivo e acolhedor diante desse comportamento. Os programas educativos do hospital devem priorizar o conhecimento de todos os empregados acerca dos objetivos da instituição, os regulamentos, as funções de cada departamento, os meios de comunicação internos e externos (MALAGÓN-LONDOÑO, 2000). O autor acrescenta que

O hospital é (e deve ser) o templo do ensino em todas as suas expressões. (...) Se observa o rendimento medíocre em todos os setores, inclusive o científico e administrativos, se não for introduzida a educação continuada como ingrediente fundamental e estímulo necessário para gerar um melhor aproveitamento e a vontade de se superar (p. 444).

A educação permanente, escalonada, gradativa, mediante comunicação clara, aberta, generosa e afetiva, direciona para um trabalho em equipe com resultados gratificantes para o trabalhador e o usuário. Promover essas ações é função do gestor, o qual deve obedecer a um planejamento formal, para não ser um tipo de reunião eventual ou o

cumprimento de uma simples rotina (MALAGÓN-LONDOÑO, 2000). O hospital essencialmente é (e precisa ser) um local de produção do conhecimento e de aprendizado.

Se o desenvolvimento do conhecimento é um fator crítico do êxito das organizações, é muito mais no hospital, cuja função de produção é, fundamentalmente, a aplicação de conhecimento. Para que uma pessoa possa aprender deve haver um conjunto de condições trabalhistas, uma estrutura organizativa, prioridades estratégicas, estilos de liderança e de gestão e, sem dúvida, uma cultura institucional determinada que propicie este aprendizado (p. 145, OPAS/OMS, 2004).

Questionamos também se as ações junto aos trabalhadores visavam a superação de práticas inadequadas e o aprimoramento do acolhimento, do cuidado e de humanização. As respostas iniciais de todos foi sim. Os gestores B e C foram restritivos e disseram que é feito pela equipe de educação permanente, reforçaram que isso é função dela. Os gestores A e D deram exemplos ligados ao voluntariado:

“Tem o projeto de musicalização, que vai passando pelas enfermarias com voluntários que vem com a música trazendo um momento agradável, (...) ao funcionário que está trabalhando e ao paciente que está internado. Tem um outro projeto (...). A gente recebe muita gente do interior do Estado que vem para fazer algum exame, ou que deu entrada no pronto-socorro (...) ou está fazendo acompanhamento (...) através de doações da comunidade nossa equipe promove um café da manhã para esses pacientes.” (Gestor D)

As relações hierárquicas aparentam ser fortes nas OSS. Ao falarem sobre o acesso dos trabalhadores ao diretor da instituição, os entrevistados demonstram a distância entre a equipe e o gestor.

“A própria gestão é muito envolvida com essa questão da humanização. Tem um projeto novo que está começando agora (...) que é o café com a diretoria. O funcionário pode estar se inscrevendo para ter acesso ao diretor, conversar com ele, propor ideias, sugestões, e o diretor vai estar avaliando se o que ele está sugerindo pode ser aproveitado, implantado pela direção.” (Gestor D)

Constatamos a presença de diferentes perspectivas referentes à política de saúde na OSS. O cuidado foi restringido como atribuição da equipe de assistência. Houve também a associação do conceito de humanização e acolhimento e a ideia de “encantamento do cliente”, conforme registra a fala que segue

“todo treinamento que a gente dá a gente fala disso. O colaborador já entra aqui na integração e a gente já mostra a missão, visão e valores do hospital. E nós temos como valor a humanização. E o que é essa humanização? Então ele já entra sabendo (...) Humanização não é só na saúde, é em qualquer

lugar (...) Nós fizemos um treinamento baseado na Disney (World). Se a Disney administrasse este hospital, como seria? Foi baseado no livro: 'O Jeito Disney de encantar clientes'. Esse livro ele fala muito sobre isso, sobre generosidade, sobre empatia, resumindo, isso é humanização, acolhimento... isso impactou muito na vida dos nossos colaboradores. E depois nós tivemos uma palestra também com a professora da enfermagem (...) sobre a humanização na Assistência. E aí nós já pegamos um público mais direcionado só da assistência" (Gestor A)

A afirmativa demonstra que o foco da gestão no que se refere a atitude da equipe de saúde deve ter como objetivo precípua agradar e encantar o cliente, entretanto não enfatizam a necessidade de viabilizar a cidadania e consolidar direitos humanos e constitucionais.

4.2.2.8. SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHADOR

O Serviço de Engenharia, Segurança e Medicina do Trabalho e a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes são obrigações legais do hospital, amparadas pelas normas regulamentadoras (NR) 04 e 05 da Consolidação das Leis de Trabalho (CLT-art. 162 e 165), Lei 6.514/1977 e Portaria nº 3.214 /1978, do Ministério do Trabalho.

O SESMT tem funções ligadas a promoção da saúde, prevenção de acidentes de trabalho e de doenças ocupacionais. Deve ser formado por equipe especializada composta por médico do trabalho, engenheiro do trabalho, enfermeiro do trabalho, técnico de enfermagem e de segurança do trabalho. A quantidade de profissionais de cada categoria irá variar de acordo com o número de empregados da instituição.

A CIPA, grupo formado por representantes dos empregados, tem como objetivo observar e relatar as condições de risco nos ambientes de trabalho, assim como solicitar medidas para reduzir, neutralizar ou eliminar os riscos existentes. Ela deve investigar os acidentes e promover e divulgar o zelo pela observância das normas de segurança e saúde.

Todos os entrevistados disseram ter SESMT e CIPA no seu hospital. Os gestores B e C citaram utilizar o DDS – diálogo diário de segurança – em que a equipe de segurança vai aos setores para conversar sobre prevenção, saúde, importância de seguir as normas. O trabalho inclui palestras e dinâmicas de interação. A medicina do

trabalho, além de acompanhar exames periódicos, licenças e atestados, propõe ações a partir do perfil epidemiológico (OSS B e C) e acompanha os remanejamentos oriundos de questões de saúde (OSS D)

“o perfil epidemiológico que foi fechado pelo serviço de medicina todos os dados 2015, de todos os exames admissionais e de todos os periódicos que foram feitos e traça-se um perfil de saúde dos colaboradores. Então discutimos sobre um programa para trabalhar a questão alimentar, pois vimos uma questão no perfil de sobrepeso e obesidade. Então juntamos o serviço de medicina e o serviço de nutrição para pensar um programa de educação alimentar” (Gestor B).

“uma situação (de doença) decorrente de uma situação dentro da empresa, o médico do trabalho propõe o remanejamento do setor ou de função, para que ele não tenha nenhum agravo do problema com relação à saúde dele. A saúde do trabalhador é uma coisa que a gente acompanha bem de perto. ” (Gestor D).

Apesar de que talvez contemple um número restrito de pessoas e não a totalidade de empregados, certamente, promover a superação da obesidade é positivo, pois reduziria, ou até eliminaria, alguns dos riscos à saúde.

De acordo com Bittar (1996), também são questões relevantes na gestão de pessoas em hospitais observar o horário de trabalho – plantões, turnos, descansos, a identificação e a uniformização dos trabalhadores, a ficha funcional com dados completados e o prontuário de saúde de cada um deles. Todos gestores citaram haver padrões para isso e registraram que a instituição adota tais medidas na rotina de trabalho.

No que concerne à saúde do trabalhador, apesar de citarem serem comuns os casos de estresse e depressão entre os trabalhadores, não identificamos nos relatos ações preventivas ou interventivas referentes à saúde mental, ao uso ou abuso de álcool e outras drogas, nem qualquer tipo de acompanhamento por equipe psicossocial e de saúde nesses casos. Se ‘aparecer’ durante o exame periódico ou algum gestor encaminhar demandas desse tipo, o médico do trabalho atende e encaminha. Algumas vezes o psicólogo do recrutamento e seleção também atende e orienta, informou o gestor D, mas, não existe acompanhamento à saúde mental do empregado.

Indagamos se não haveria uma equipe multidisciplinar¹⁶ para atuar na saúde do trabalhador, a resposta foi igualmente sim, mas não para trabalhadores. A equipe multidisciplinar é para atuar junto às complexidades de saúde dos usuários do hospital, conforme expressa o Gestor B: *“a equipe multidisciplinar não atua na saúde do trabalhador (...). Só temos a equipe da SESMT. Só a segurança trabalha focada no trabalhador”*. Fica evidente que ações de promoção da saúde integral, incluindo a saúde mental e psicossocial não constam nas prioridades da gestão hospitalar, cujo foco está na segurança (exigida por lei) e nos ‘maus’ comportamentos que impedem a produtividade.

Sobre as condições de trabalho, Assunção et. al (2010) discutem que os enfrentamentos cotidianos dos trabalhadores diante das condições inadequadas de trabalho apontam a necessidade de iniciativa institucional, não apenas para conhecer os fatores técnico-organizacionais, do ambiente e da segurança no trabalho nas unidades de saúde, mas para amenizar constrangimentos e pressões, considerados fatores de insatisfação no trabalho. Tais questões podem interferir na qualidade do trabalho realizado e produzir efeitos negativos na saúde integral dos trabalhadores.

Cabe pontuar, ainda, que incidentes ocorridos no trabalho frequentemente estão associados ao cansaço e à pressão no ambiente de trabalhos. Estudos descritos por Assunção et. al. (2010) assinalam para a necessidade de diminuir as horas trabalhadas e a privação do sono, para que profissionais de saúde possam prestar um cuidado de qualidade. A qualidade dos serviços prestados não depende apenas de estrutura adequada de trabalho e boa formação profissional. Cuidar da saúde da qualidade de vida e da saúde do trabalhador da saúde, para além de prevenir acidentes, é primordial.

¹⁶ Tradicionalmente em hospitais a equipe multidisciplinar consiste em um grupo composto por indivíduos de várias profissões que interagem e possuem conhecimento em sua área sobre avaliação e cuidado com os usuários e suas famílias. Suas bases devem se comprometimento, suporte e respeito mútuos, assim como uso coerente das habilidades, a busca por capacitações e intervenções complementares (BITTAR, 1996). Considerando o adoecimento crescente entre os trabalhadores da saúde, inclusive no hospital, ter uma equipe assim atuando na saúde do trabalhador, inclusive na saúde mental, seria bastante pertinente.

4.3. DAS ENTREVISTAS – OSS NA GESTÃO

4.3.1. LIMITES E POTENCIALIDADES

Um dos pontos altos das entrevistas foi conhecer o que os gestores do trabalho pensam e percebem da gestão hospitalar feita por OS. A expectativa era grande em saber se eles exporiam as dificuldades que acontecem, se teriam uma visão crítica apesar da posição que ocupam, ou se se ateriam apenas nas facilidades, nas vantagens, no senso comum. Ouvir o que eles entendem do processo e qual seu ponto de vista, sem contra argumentar, foi desafiador. Os resultados a seguir apontam para a percepção dos entrevistados.

Perguntamos sobre as potencialidades de se ter uma organização social de saúde na gestão hospitalar e em seguida questionamos quais são as principais dificuldades (ou limites) enfrentados pelas Organizações Sociais ao gerir um hospital. As respostas estão expressas a seguir em um quadro resumo, para percebermos as semelhanças de respostas e depois transcrevemos algumas falas.

Quadro 6 - Visão dos Gestores sobre OS na Gestão

POTENCIALIDADES	DIFICULDADES (OU LIMITES)
<ol style="list-style-type: none">1. Desburocratização e organização;2. Otimização de recursos;3. Parcerias são benéficas, pois retiram a carga de responsabilidade do Estado;4. A OS possui melhor visão de gestão e é mais ágil para lidar com processos;5. A OS ensina o Estado a fazer gestão pública;6. A OS cuida bem do patrimônio público;7. O estabelecimento de metas e resultados para a OS (ex.: atendimento, satisfação do cliente, de humanização e acolhimento ao paciente);8. A OS tem direcionamento para a prática social;9. A OS tem foco nos funcionários, no ser humano, no trabalho;10. As OSS facilitam o acesso ao tratamento de saúde adequado;11. A OS é a alternativa ao limite de contratação de pessoas imposto ao Estado;12. OS têm isenção fiscal e é uma opção barata para o Estado;13. O contrato de gestão é fechado e o plano de trabalho definido, não sendo possível gastar mais que o estabelecido;14. Com a OSS há mudança na aparência do hospital, pois não se vê macas no corredor e nem pessoas esperando atendimento por muito tempo.	<ol style="list-style-type: none">1. Atuar na saúde, pois é um setor com muitas especificidades;2. O contrato de gestão e o que já vem estabelecido é engessado, dificultando a implementação de outras ações;3. O contrato de gestão não destina recursos para implantar projetos de gestão de pessoas;4. O modelo de gestão por OS ainda é novo no Estado do ES;5. O recebimento de recursos financeiros por alta de paciente desconsidera possíveis complicações no tratamento e a necessidade de procedimentos complementares;6. A OS sofre fiscalização excessiva por parte dos órgãos governamentais competentes;7. A crise financeira do país dificulta o cumprimento dos repasses planejados em contrato, levando a OSS a mudar o planejamento acordado;8. Selecionar um bom empregado e mantê-lo;9. A falta de estabilidade no trabalho e de plano de carreira para os trabalhadores favorecem a rotatividade de profissionais e comprometem a política de retenção de pessoas.

Fonte: Elaboração Própria.

Os gestores acreditam que para o Estado contratar uma OS é mais fácil que gerir diretamente. Isso fica claro na expressão *“o Estado recebe uma mão de obra especializada, através de um contrato de terceiro, devidamente regulamentado através de edital e com todos os aparatos legais. O que cabe ao Estado? É a fiscalização.”* (Gestor C). Repassar tais responsabilidades para a administração privada, a sujeitos cujo o interesse público é questionável, talvez seja sim o caminho mais fácil, já que se transfere responsabilidades, entretanto não o mais indicado e acertado do ponto de vista da saúde pública.

A fiscalização do trabalho é papel do Estado (não exclusivo) junto às OSS. Contudo, não consiste em algo assim “bem visto” pelo entrevistado. Gera incômodo.

“as fiscalizações que recebemos, deixa a gente assustado, as vezes você recebe uma fiscalização que parte do princípio que estamos fazendo errado, por ser uma empresa privada que está administrando. Ele já chega com uma ideia de que fazendo algo errado, acha que você está desviando. Acho que faz parte do amadurecimento mesmo do processo, entender que é um processo natural, que precisa ser olhado e fiscalizado como qualquer outro e não com um olhar fixo, tipo, será que isso está certo mesmo? Acho que isso virá decorrente de um processo de maturação, de maturidade deste modelo.”
(Gestor B)

O gestor reclama das fiscalizações serem excessivas, inclusive pela gestão de OSS se tratar de algo “novo” no ES. Para ele, quando estiverem em maior número e mais fortes talvez sejam vistas de forma diferente. Parece-nos que o ideal seja que todos os serviços de saúde devam ser mais e melhor fiscalizados, visando fazer uma gestão satisfatórias de recursos e o oferecimento de melhores serviços para a sociedade.

“Temos a obrigação de cuidar do patrimônio público, e cuidamos. Eu entendo (que a gestão por OS) são uma alternativa importante de gestão pública no país” (Gestor C). Entendemos que cuidar bem do patrimônio público seja dever precípua da OS, consiste numa competência contratualizada. No nosso entendimento, isso por si só não justificaria a adoção por esse modelo de gestão.

Os juristas consideram um dos aspectos mais delicados na relação entre o Estado e OS, afirma Nogueira (2007), a administração do patrimônio público. É de importância preeminente que a OSS, mais do que dizer, demonstre comprovadamente sua capacidade de administrar o capital patrimonial - imóveis e equipamentos - a ela

confiados. Daí a clara necessidade de se escolher um prestador por licitação. Suas atribuições de “agente público” são grandiosas, expõe o autor

As OS realizam com a gestão do SUS uma “parceria completa” de serviços, com base fundamentalmente em patrimônio público posto à disposição (regime de comodato). Não representam uma modalidade institucional de mediação de mão de obra, mas, sim, uma delegação efetiva de poder e de recursos para a realização de cuidados de saúde (NOGUEIRA, 2007, p.08)

Também emergiu na entrevista ideia de que o Estado precisa aprender com o privado a otimizar recursos e obter resultados está expressa a seguir

“ a gestão pública direta tem muito a aprender com a gestão privada (...) nós temos uma visão do público muito deturpada, como se o público tudo pudesse. O privado tem um zelo maior. A gente acha que o público não é de ninguém. (...) A gente não entende aquilo como sendo nosso. Já a administração privada pensa assim, isso é meu, é o meu dinheiro que está aqui, então eu preciso fazer o máximo para economizar, otimizar recursos, para isso acontecer. Então, eu acho que esse modelo de metas, resultados, isso é a contribuição que esse modelo de gestão pode trazer e está trazendo para o Estado. (...) O aprendizado está aí, quantos colaboradores por leito eu tenho, posso otimizar? Como é meu indicador de satisfação do usuário? E o de produção de resíduos? E o de sobra de alimentos no refeitório? Por que estou jogando tanta comida fora? Esse aprendizado tem que ficar para o Estado” (Gestor B)

O discurso prepotente também evidencia as vulnerabilidades do Estado na gestão dos serviços públicos. “Saber” e “querer” são ações bastante distintas. É ingenuidade pensar que o Estado não faz gestão adequada dos recursos públicos porque não sabe. Ele tanto o sabe, que ensina e normatiza sobre esse conhecimento. Provavelmente, o Estado não o faça porque não compõe suas prioridades.

Assim, as palavras dos gestores apontam para os deveres do Estado na prestação de serviços junto à sociedade, os quais muitas vezes (e, claro, não todas) são descumpridos, mas não ignorados. Consistem em práticas de acordo com as normas já estabelecidas, que precisariam ser implementadas junto aos cidadãos, compõem inclusive o papel do servidor público. Segundo Nogueira (2007),

Aparentemente, a intenção de aumentar a eficiência de gestão tem sido um dos motivos para realizar contratos entre o SUS e as OS. Mas talvez a principal razão esteja em diversas dificuldades administrativas e no cumprimento de normas fiscais enfrentadas pelo Estado. (...) é vantajoso para o gestor público o fato de esses contratos não caracterizarem uma terceirização de força de trabalho, e, por isso, estarem isentos de obediência

aos limites fixados na Lei de Responsabilidade Fiscal em relação aos gastos diretos com pessoal e com serviços de terceiros (p. 09).

Há na fala do Gestor, a seguir, a crença de que o Estado precisa das OS para contratar pessoas. Tratam-se de regras que o próprio Estado estabeleceu, possivelmente para facilitar a implantação e o crescimento da OSS na gestão pública, assim como justificar as terceirizações que fazem.

“Para o Estado é uma alternativa aos limites que o próprio Estado tem de contratação, porque a legislação coloca um teto para que o Estado gaste com o funcionalismo, com o servidor público. Me parece que em torno de 65%. Muitos Estados estão no limite deste gasto. Então eles não podem mais contratar por concursos ou qualquer outra forma, não podem. Surge aí então a Organização Social como uma alternativa para que o Estado consiga prover de recursos humanos as unidades hospitalares através das organizações sociais.” (Gestor C)

Nogueira (2001) pondera que se gestão por OS foi simplesmente uma tática do Estado para escapar das restrições legais que afetam, principalmente, o gasto com pessoal na administração pública. Onde ficará nesses novos relacionamentos com entidades privadas o interesse da gestão pública em fazer gestão da saúde com métodos eficiente baseados na autonomia, eficácia e “focados no cliente”? Talvez não passe de um discurso.

Na resposta *“a organização social tem um custo também baixo, porque ela tem os benefícios de algumas obrigações fiscais, que faz com que ela seja uma opção mais barata”* (Gestor C); percebe-se uma inverdade.

Além dos dados levantados nesta pesquisa e registrados referente aos recursos financeiros destinados as 10 maiores OSS, temos valores altíssimos aportados também no ES, conforme mostra estudo comparativo de Turino (2016). A autora pontua uma tendência no aumento dos investimentos na administração indireta em comparação à direta. Ela exemplifica que no ano de 2009 registrou-se o repasse de recursos para o Hospital Estadual Central (HEC), sob gestão de uma OSS, de aproximadamente 1 milhão de reais, sendo alcançados apenas 72 atendimentos. Em contrapartida, no Hospital da administração direta Antônio Bezerra de Faria (HABF), a relação repasse/atendimento girou em torno de R\$ 37 reais em 2009, efetivando mais de 350 mil atendimentos.

Considerando as semelhanças nas naturezas hospitalares, o Hospital Estadual Dr. Jayme dos Santos Neves (HEJSN) recebeu em 2013 um volume de recursos de mais de R\$ 85 milhões, enquanto que o Hospital Estadual Dr. Dório Silva (HDDS) recebeu pouco mais de R\$ 51 milhões. A diferença foi ainda mais discrepante em 2014 a favor do hospital gerido pela OSS. Esta recebeu quase 3,5 vezes mais recurso que o hospital da administração direta (TURINO, 2016).

Outro equívoco dos gestores foi encontrado na declaração de que o contrato é fechado, tanto para conteúdo, quanto para valores: “(...)O contrato é fechado, nós não gastamos mais do que o nosso contrato permite, do que o plano de trabalho permite” (Gestor C). Tal afirmativa parece demonstrar, por parte dos entrevistados, desconhecimento do conteúdo contratual e dos critérios orientadores afins. Pode-se somar a isso a existência de alguma regra imposta de não modificação do plano de trabalho, o que não está registrado no contrato ou em outra normativa estudada. Ressalta-se que o plano de trabalho não é acessível para consulta pública, não sendo possível saber os valores que o compõem.

Contrariando essa afirmação do entrevistado, a literatura expressa que o contrato de gestão, por apontar os resultados que interessam ao Estado e os incentivos que interessam a OS, e por envolver riscos e custos desconhecidos pelas partes, especialmente no início da execução dos serviços, deve ser objeto de negociação intensa entre o Estado e a OS, sempre passível de revisão, principalmente na etapa inicial. Logo, cabe a supervisão da operação e a avaliação de custo/benefício dos resultados obtidos para proceder às mudanças contratuais necessárias (PREZEWSKI, 1999 *apud* NOGUEIRA, 2007).

Situação totalmente oposta a afirmação do gestor também é encontrada nas centenas de aditivos contratuais analisados, os quais trazem inúmeras mudanças, ampliando atribuições das partes e, principalmente, valores repassados. Acrescenta-se recursos ao contrato de gestão desenfreadamente. Fato minimamente questionável, principalmente porque pode estar atrelado ao planejamento inadequado das partes ou ao superfaturamento dos serviços e produtos.

Ao afirmar que

“ a gestão de Organização Social é algo atual, agregador, as pessoas vêm com uma visão muito dinâmica do próprio serviço de saúde, (...) tira também um pouco da carga de trabalho dele. O Estado fica responsável por muita coisa e ele tem que aprender a dividir isso com alguém. (...)tem que ter parceria para poder executar o serviço de uma forma boa.”(Gestor A)

O gestor de RH acredita que as OS são positivas porque são inovadoras, “ajudam” o Estado a executar melhor seu dever e “aliviam-no” do peso de suas responsabilidades. Melo e Tanaka (2001) questionam se a OS é de fato uma iniciativa inovadora na gestão em saúde. Trazem o argumento de que a OS, como modelo de parceria entre o estado e a sociedade, constitui uma novidade institucional, porém não uma figura jurídica nova; e pontuam

Não pode ser considerada como inovadora uma proposta que não foi discutida pela sociedade brasileira ou por seus representantes, incluindo os Conselhos de Saúde em funcionamento. Prova disto é que o ato legal para formalização das OS foi inicialmente uma Medida Provisória, forma excepcional de legislar atribuída ao Poder executivo e amplamente utilizada pelo governo FHC. Tal maneira de introduzir reformas é claramente uma opção por um modelo de decisão imposto do alto para baixo (MELO e TANAKA, 2001, p. 08)

Mas o que tem acontecido em vários estados brasileiros confirma a decisão política de seguirem a direção formulada pela administração central e de legitimá-la no seu âmbito de competência, mesmo considerando a autonomia dos Estados para aceitar ou não a instituição da proposta do governo federal.

O gestor defende que se o Estado não mudar sua forma de gerir, a alternativa “acertada” é a contratação de OSS para executar todos os serviços públicos

“A decisão do Estado tem que ser: ou coloca tudo para funcionar desta forma (com eficiência e zelo) ou então o Estado aproveita (...) e implementa esse modelo naquilo que ele mesmo gerencia. (...) ou leva para suas gestões próprias, ou transforma tudo para esse modelo. A gestão por resultados é algo que precisa acontecer. ” (Gestor B)

Observando o aumento do número de OS e de contratos com o Estado, parece que este já fez sua escolha. As OSS estão se responsabilizando por outros serviços públicos e, expressa o gestor, “vieram para ficar”

“ (A parceria dos governos com as OS) é uma relação que veio para ficar. Já está aí há muitos anos. (...) A gente sabe que já existem organizações sociais na área de educação, especializadas em gerir processos educacionais. (...) então, na minha opinião, é um caminho. (...) é a saída para muitas áreas de gestão do país(...)Porque as Organizações sociais (...)tratam com muita

seriedade a coisa pública. Então não haveria nenhuma dificuldade. ” (Gestor C)

Melo e Tanaka (2001) discorrem que as OS, para sua própria sobrevivência, deverão disputar “clientela no mercado” que possa pagar mais do que os valores pagos de forma indireta pela “clientela SUS”. Concordamos que o mais grave neste processo é ser a escolha do gestor público do modelo de OS como a panaceia para as dificuldades e moléstias da administração pública brasileira.

O projeto de reforma do Estado, em relação aos vínculos de trabalho, flexibilizou o emprego protegido por lei e facilitou o trabalho precário, com baixa remuneração e sem direitos garantidos. Ao que tudo indica, a eficiência e eficácia prometidas ao SUS não alcançou os trabalhadores das OSS.

Os gestores falaram pela segunda vez sobre as dificuldades relacionadas a falta de estabilidade no emprego e as políticas de retenção, principalmente na área assistencial. Com exceção dos médicos, contratados por pessoa jurídica ou cooperativa, os salários dos demais profissionais contratados possivelmente são baixos que os de outros hospitais e também que os da administração direta. Uma evidência são os relatos dos entrevistados de que os trabalhadores da equipe de enfermagem pedem demissão da OS para ganhar mais em outro hospital ou para assumir um emprego público efetivo. Dois dos gestores disseram que o plano de carreiras que a OSS pretende implantar talvez possa amenizar essas questões.

Sobre a política de RH nos hospitais administrados por OSS em SP, Barbosa (2010) pondera que apesar da autonomia conferida às OSS, o fato de não haver uma política de RH que inclua a perspectiva de progressão funcional para todas as categorias do trabalho em saúde, assim como uma remuneração próxima aos valores de mercado, traz impactos na rotatividade.

Tendo em vista a inexistência de um plano de cargos, salários e carreira, a perspectiva de progressão funcional é implementada com um forte componente de informalidade, com base na avaliação do desempenho do funcionário realizada pelas chefias imediatas. Esta falta de perspectiva de progressão funcional estabelecida em instrumentos próprios de gestão das relações de trabalho tem desdobramentos sobre outro importante variável na organização do trabalho, que são os índices de rotatividade (BARBOSA, 2010, p. 2501 e 2502).

Outras ações visando a qualidade de vida, valorização do trabalhador, motivação e alívio do estresse comum na profissão também poderiam ser implementados, afirmam os gestores. Entretanto, não há no Contrato previsão de recursos para projetos de gestão do trabalho nos hospitais. Segundo os gestores, esse é um dos maiores limitadores na execução de políticas de gestão de pessoas.

(...)A gente tem muitas limitações em por causa do modelo de gestão, em relação a recursos para implantar projetos de gestão de pessoas. É uma limitação orçamentária muito pesada. A gente tenta usar da criatividade para criar esses momentos assim... de escuta, de treinamento interno.” (Gestor B)

Destaca-se que as políticas já adotadas pela OS em outros serviços e Estados são também estendidas para o trabalhador do hospital capixaba. Contudo, para intervir em casos específicos as possibilidades são bastante restrita. Há ainda a concepção de que gestão por OS muda “a cara” do serviço público de saúde

“diante das condições precárias que a gente vê em muitas unidades de saúde, esse serviço que (...) modo tem facilitado o acesso dos pacientes ao tratamento adequado. Como eu falei, a gente tenta fazer o melhor.(...) Se a gente comparar este hospital, que é feito por uma organização social, com o atendimento de alguns anos atrás da rede pública, a gente percebe que tem uma diferença enorme. A gente via muitos locais com macas no corredor, com pessoas esperando muito tempo. Então aqui a gente vê uma melhora nesta questão. Acho que é muito positivo”. (Gestor D)

Nessa fala nota-se que a aparência da eficiência precisa ser “vendida” para a sociedade. É fato que a presença de macas no corredor e muitas pessoas esperando atendimento geralmente demonstra alguma deficiência na gestão, seja pela demanda grande para insuficiente número de profissionais, seja pela pouca produtividade dos trabalhadores. Todavia, a recíproca não é verdadeira. O fato da aparência “agradável e limpa” não significa necessariamente que o hospital adote uma política de gestão de pessoas coerente ou que os profissionais são bem remunerados, estão saudáveis e motivados. A aparência da eficiência e organização talvez não mostre a realidade vivida pelos trabalhadores, tampouco que o acolhimento ao paciente e cuidado em saúde sejam satisfatórios.

Enfim, apareceram nas entrevistas questões importantes a serem discutidas e enfrentadas no campo do trabalho em da saúde, conforme afirmam Oliveira e Garcia (2006). Foram elas a precariedade das relações de trabalho que atualmente atinge os

profissionais, as repercussões na sua formação e na sua relação com a qualidade, o cuidado e a humanização das ações de atenção ao doente.

Cabe registrar que as transformações dependem da adesão e da qualidade do trabalho desenvolvido pelo profissional de saúde que, por sua vez, tem direito garantido a condições de trabalho dignas, remuneração justa e possibilidade de manter-se atualizado em relação aos avanços científicos e tecnológicos que ocorrem no âmbito de sua profissão (OLIVEIRA e GARCIA, 2006). Ponderando que a OS é uma proposta gerencial em ampliação, o desafio central que se coloca para seus gerentes é de como gerir necessidades sociais em saúde (MELO E TANAKA, 2001), a começar pela gestão do trabalho em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acredita-se que o SUS, desde meados da década 2000, vive numa fase que se pode denominar “novo contratualismo”, em que há promoção de permanente negociação entre gestores e gerentes com vistas à formulação de objetivos assistenciais, incluindo metas e indicadores específicos para cada área assistencial, planos de ação anuais para cada nível de gestão do SUS. A moda efficientista nasceu e tem se fortalecido nesse sistema, viabilizada pela ênfase dada ao processo de negociação e pactuação entre gestores e gerentes.

A falta de autonomia gerencial e orçamentária se põe como um dos maiores problemas enfrentados pelos dirigentes hospitalares. Por sua complexidade técnica e administrativa, os hospitais precisam de meios para gerirem seus próprios orçamentos, realizar compras essenciais, contratar e capacitar seus recursos humanos (NOGUEIRA, 2007).

Os gestores do SUS, secretários municipais e estaduais de saúde, concordam consensualmente quanto à necessidade de conferir maior autonomia gerencial às unidades hospitalares. Mas alguns deles se recusaram a implementar o modelo de organização social sob a justificativa de aprimorar o desempenho das unidades sob sua jurisdição, pois o entendem como um caminho privatizante.

Contudo, a opção de muitos gestores públicos pelas OSS tem sido cada vez mais comum, o qual, objetivando ampliar a cobertura de serviços à população, afastou-se dos limites legais e administrativos que o Estado fixou para si mesmo. O Estado tem construído e equipado hospitais com toda a infraestrutura técnica necessária, mas para fazê-los funcionar recorre à iniciativa privada, porque se sente débil ou até impedido de resolver dois grandes problemas: o da gestão flexível do próprio hospital e o da vinculação e gestão de seus recursos humanos (NOGUEIRA, 2007).

Contextualizado nesses apontamentos, este estudo de investigação dos contratos e da gestão de recursos humanos nas Organizações Sociais de Saúde contratadas pelas Secretarias Estaduais de Saúde para os hospitais públicos nos Estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Espírito Santo constata que as maiores OSS atuam na gestão de unidades hospitalares e recebem para isso valores bastante elevados.

A maioria delas atua em SP e RJ. No entanto, percebemos uma ampliação e tendência também no ES, incluindo o âmbito da gestão municipal, principalmente observada pela veiculação nos meios de comunicação durante o período da pesquisa dos inúmeros editais de contratação de OSS e das qualificações de várias entidades para esse tipo de atuação.

Conforme registrado neste trabalho, há fragilidades na definição e regulamentação da cooperação dos entes privados sem fins lucrativos com o Poder Público, o que tem ocasionado dificuldades no tocante à terceirização de serviços sociais. As entidades privadas, dentre elas a organização social, não são devidamente reguladas, compreendidas e nem utilizadas pela Administração Pública (SANTOS, 2010). O referencial teórico trouxe severas críticas às deficiências dos contratos de gestão, assim como das leis e normas que os regulamentam, as quais, inclusive, os afastam conceitualmente do restante do ordenamento jurídico brasileiro.

Verificamos que nos contratos de gestão estaduais pesquisados há mais semelhanças que diferenças entre os itens contratuais, os serviços contratualizados e as formas de contratações. Esses métodos de fato estão distantes dos princípios da administração pública e das normas jurídico-administrativas.

Observamos que os aditivos contratuais dilatam vigência e acrescem objeto, ampliando severa e deliberadamente os repasses financeiros. Permaneceu o questionamento se o elevado número de aditivos ocorreu devido à falta de planejamento dos gastos públicos ou à decisão consciente do gestor público de ampliar em demasia os repasses financeiros à iniciativa privada. De qualquer forma, acreditamos que urge a diminuição do número tão exorbitante de aditivos e acréscimos financeiros, grande dificultador do monitoramento e controle social.

Os entes privados na parceria com o Poder Público também precisam de melhor definição de sua função e de suas áreas de atuação. Os instrumentos precisam ter metas claras, prazos, preços, penalidades, rescisão (SANTOS, 2010). Acima de tudo, há que cumprir o que estiver acordado. A terceirização é uma realidade na gestão pública, criada para atuar de forma 'complementar' e 'não-substitutiva' do Estado.

Este trabalho também nos leva a questionar que a adoção do regime de OSS para gestão dos serviços de saúde pública pode não ser a solução para questões relativas aos trabalhadores da saúde nos Estados pesquisados.

Os novos arranjos institucionais na relação público versus privado no setor saúde, especialmente das organizações sociais de saúde, afasta, progressivamente, os mecanismos de isonomia entre os profissionais, ao passo que coloca para o SUS o desafio de rever as maneiras de tratar as relações de trabalho, a diversidade de formas de seleção, contratação, vínculo e remuneração (BARBOSA, 2010). Rever não significa “deixar acontecer” ou, simplesmente, reproduzir fidedignamente as práticas de mercado.

Não há nos contratos metas nem recursos financeiros destinados às políticas de RH. Com isso, o Estado, e em certos casos, as OSS, demonstraram dar pouca importância aos trabalhadores da saúde e ao seu trabalho.

Considerando as exigências legais de que o órgão governamental gestor pactue com a OS as metas mais relevantes na execução do serviço de saúde, pois expressam os resultados dessa gestão e são partes da própria política interna de gestão do trabalho, concluímos que ter uma política estruturada de gestão de pessoas nos hospitais estaduais e conhecer seus resultados não parece prioridade para a gestão estadual. Os recursos financeiros repassados são vultosos e pagam os salários, contudo, não incluem o desenvolvimento de políticas e ações voltadas aos trabalhadores e à consolidação dos seus direitos. A análise das entrevistas e dos contratos nos levaram a tais conclusões.

O manual de RH e o plano de trabalho exigidos por lei não estão disponíveis para consulta pública. A inacessibilidade às informações é ilegal e dificulta o controle social. O aumento do número de OSS em substituição ao Estado na execução dos serviços de saúde demonstra uma tendência regional e nacional, sobretudo na gestão hospitalar. Apesar de a gestão por OSS não ser considerada inconstitucional, destacamos neste trabalho alguns dos inúmeros questionamentos sobre os regulamentos que a ampara, assim como das práticas inadequadas.

Outro fato foi a verificação do cumprimento pelas OSS das orientações de gestão do trabalho em saúde. A execução de serviços por OS descumpra as regras do concurso público e da não precarização do trabalho. Comete “quarteirização” e “pejotização”. Os empregados dessas instituições executam rotineiramente o SUS, contudo, não são considerados como trabalhadores do SUS. Não possuem os mesmos direitos deles, apenas os deveres. O salário pouco atrativo da equipe assistencial, a ausência de carreiras e a instabilidade também demonstraram motivadoras da insatisfação no trabalho, da vulnerabilidade no emprego e da rotatividade elevada, trazendo como reflexo constante a elevada rotatividade.

Ao descrevermos as estratégias e a política interna de gestão de pessoas dos hospitais públicos estaduais do Espírito Santo dirigidos por Organizações Sociais de Saúde, sob a ótica dos seus gestores de RH, percebemos que existem práticas de gestão de pessoas próprias, idênticas às de empresas privadas, atendendo vários critérios estabelecidos nas normas e orientações da gestão do trabalho em saúde.

Com relação a análise das informações referentes à Gestão do Trabalho contidas nos Contratos de Gestão celebrados entre as Organizações Sociais e as Secretarias de Estados da Saúde para gestão de hospitais públicos nos Estados São Paulo, Rio de Janeiro e Espírito Santo evidenciou-se que não foram contratualizados recursos financeiros específicos para gestão de RH, tampouco tal política é monitorada pelo órgão público gestor.

O motivo expresso pelo qual ainda são feitos é a manutenção da eficiência e da qualidade dos serviços prestados. Contraditório é não possuírem meios adequados para medir tal qualidade. Os gestores consideram atuarem em instituições privadas e veem os usuários do serviço de saúde como clientes. Declaram ciência de que foram contratados para contratar pessoas, pois o governo tem regras e limites legais para contratar seus próprios trabalhadores.

Enfim, a área de recursos humanos em saúde passa por severas tensões ao ser impulsionada pelos desafios vindos das flexibilizações e deterioração nas relações de trabalho. Melhorias no sistema, mudanças no trabalho e nas profissões, regras de funcionamento e políticas sociais que visem a equidade são elementos

imprescindíveis para superação das dificuldades vivenciadas na gestão do trabalho (ASSUNÇÃO et. al., 2007) em todos os equipamentos de saúde.

No governo brasileiro, que prioriza a ampliação da sua governança, relegando significativamente sua responsabilidade com a sociedade, parece impraticável conciliar mercado e equidade social. Se o SUS pretende “inovar” na prestação dos serviços públicos, concordamos com Melo e Tanaka (2001) que a implantação de OSS não se trata de uma estratégia de inovação. Pelo contrário, inovar na gestão em saúde implica necessariamente em recompor a centralização estratégica do Estado - posição que o próprio Estado abriu mão de ocupar - na implementação de políticas públicas que viabilizem direitos sociais, como a saúde.

Enfim, este foi um trabalho investigativo, de difícil acesso aos dados que deveriam ser publicados e devidamente publicizados. Ao retornarmos à premissa de que os trabalhadores são (ou deveriam ser) a parte de maior relevância no SUS, indispensáveis na prática do cuidado em saúde e às respostas aos objetivos desta pesquisa percebemos que não se esgotam nos resultados e análises apontadas as relações (e correlações) entre a privatização da gestão em saúde e: as demais áreas da gestão da assistência hospitalar; a ampliação descomedida das terceirizações, suas consequências para os trabalhadores e o trabalho em saúde; os dados de saúde e adoecimento dos trabalhadores; a percepção dos trabalhadores sobre todo esse processo.

Logo, visando novas descobertas, avaliação e aperfeiçoamento da saúde pública, com a finalidade de serem construídos e divulgados conhecimentos sobre as questões que perpassam a gestão da saúde pública, a execução dos serviços dos seus serviços e a importância dos trabalhadores tanto em uma como na outra, recomendamos a execução e publicização de outras pesquisas nestas áreas.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA BRASIL, Lei que regulamenta Organizações Sociais. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2015-04/stf-valida-lei-que-regulamenta-organizacoes-sociais>> Acesso em 30.09.2015.
- ALBUQUERQUE, L. G. **O papel estratégico de Recursos Humanos**. Tese (livre-docência) — Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1987.
- ALMEIDA, K. S. Organizações sociais: (des) controle social e restrições ao direito à saúde. **Rev. Ser Social**. nº15, p. 115-140, jul-dez, Brasília, 2004.
- ANDREAZZI, M. F. S. BRAVO, M. I. S. Privatização da Gestão e Organizações Sociais na Atenção à Saúde. **Trab.Educ.Saúde**. v.12 n.3. p.499-518, set./dez. Rio de Janeiro, 2014.
- ANTUNES, R.; ALVES, G. As Mutações No Mundo Do Trabalho na Era da Mundialização do Capital. **Rev. Educação e Sociedade**, vol. 25, n. 87, p. 335-351, maio/ago. Campinas, 2004. Disponível em <http://www.cedes.unicamp.br>
- ANTUNES, R. Século XXI: **Nova Era da Precarização Estrutural Do Trabalho?** Texto apresentado no Seminário Nacional de Saúde Mental e Trabalho. Fundacentro. São Paulo, 2008.
- ANVISA. **Segurança no Ambiente Hospitalar**. Manual. 172p. Disponível em: www.anvisa.gov.br
- ARIAS, E. H. L (et al). A Gestão do Trabalho no SUS. In: **Cadernos RH Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. – Vol. 3, n. 1 (mar. 2006) -. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- ASSUNÇÃO, A. A et. al. Recursos humanos e trabalho em saúde: os desafios de uma agenda de pesquisa. 23 Sup 2. S193-S201. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2007
- BAHIA, L. A Privatização No Sistema de Saúde Brasileiro nos Anos 2000: Tendências e Justificação. In: SANTOS, N.R. AMARANTE, P.D.C (orgs.). **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.
- BALDAN JR, D. P. O fenômeno da "pejotização" e a precariedade na fiscalização do trabalho. Disponível em: <<http://www4.trt23.jus.br/revista/content/ofen%C3%B4meno-da-pejotiza%C3%A7%C3%A3o-e-precariedade-na-fiscaliza%C3%A7%C3%A3o-do-trabalho>>
- BARBOSA, N.B. Regulação do trabalho no contexto das novas relações público versus privado na saúde. v.15, nº5. p. 2497-2506. **Ciênc. e Saúde coletiva**, 2010.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa, Edições 70, 1979.

BARROS, L. M. A pejetização como fraude na relação trabalhista. Disponível em: <<https://juridicocerto.com/p/luizmarcelobarros/artigos/a-pejetizacao-como-fraude-na-relacao-trabalhista-1202> >

BARROS, R.B.; BARROS, M. E. B. Da dor ao prazer no trabalho. In: SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B. (orgs). **Trabalhador da Saúde: Muito Prazer! Protagonismo dos Trabalhadores na gestão do trabalho em saúde**. Coleção Saúde Coletiva. Ijuí: Ed. Unijuí, 2007.

BARROS, M. E. B.; MORI, M.E.; BASTOS, S. S. O desafio da humanização dos/nos processos de trabalho em saúde: Programa de Formação em Saúde e Trabalho/PFST. In: SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B. (orgs). **Trabalhador da Saúde: Muito Prazer! Protagonismo dos Trabalhadores na gestão do trabalho em saúde**. Coleção Saúde Coletiva. Ijuí: Ed. Unijuí, 2007.

BARROS, M. E. B.; BASTOS, S.; ZANDONAI, A. P.; VIERA, L. F. D; SCARABELLI, R.S. A experiência do Programa de Formação em Saúde e Trabalho em um hospital público com serviço de urgência. In: SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B. (orgs). **Trabalhador da Saúde: Muito Prazer! Protagonismo dos Trabalhadores na Gestão do Trabalho em Saúde**. Coleção Saúde Coletiva. Ijuí: Ed. Unijuí, 2007.

BITTAR, O.J.N.V. **Hospital: qualidade e produtividade**. São Paulo: Sarvier, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Geral. Secretaria de Recursos Humanos. **Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde: Relatório Final**. / Ministério da Saúde, Secretaria de Recursos Humanos. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. **II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde: Relatório Final**. / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. – Cadernos RH Saúde, v.02, n.1, 1994.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. **Plano diretor da reforma do aparelho do Estado**. Brasília, Imprensa Nacional, 1995.

BRASIL. Lei nº 9637 de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, 18 de maio de 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Artigo 196-200. Brasília: **Senado Federal**, 1988.

BRASIL. Lei Ordinária nº 8.666, de 21 de Junho de 1993 (Lei de Licitações). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília: 1993.

BRASIL. Medida Provisória nº 1.591, de 9 de outubro de 1997. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília: 1997.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado / Secretaria da Reforma do Estado. **Organizações sociais** /Secretaria da Reforma do Estado. Brasília: Ministério da Administração e Reforma do Estado, 1997. 74 p. (**Cadernos MARE da reforma do estado**; v. 2)

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. A Reforma administrativa do sistema de saúde/ Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Brasília: MARE, 1998. 33 p. (**Cadernos MARE da reforma do estado**; c. 13).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos. **Política de Recursos Humanos para o SUS: balanço e perspectivas** / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação-Geral da Política de Recursos Humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Portaria Nº 1.318, de 05 de junho de 2007**. Dispõe sobre as Diretrizes Nacionais para a Instituição ou Reformulação de Planos de Carreiras, Cargos e Salários no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: Estudos e Análises** / André Falcão do Rêgo Barros (Org.) et. al.v.02. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)** / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – 3. ed. rev. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Trabalhadores de Saúde e a Saúde de Todos os Brasileiros: práticas de trabalho, gestão, formação e participação**. Documento base da 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. **Portaria n.º 1.695, de 23 de setembro de 1994**. Coordenação de Sistemas de Informação. Sistema Único de Saúde, Legislação Federal. Ministério Da Saúde. Gabinete Do Ministro, 1994.

BRASIL. Presidência da República. Lei Orgânica da Saúde nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília: 1990.

BRAVO, M. I. (et al). **Política social e democracia**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

BRESSER-PEREIRA, L. C. A reforma gerencial do Estado de 1995. **Revista de Administração Pública**. Jul./Ago. p. 7-26. Rio de Janeiro, 2000.

BRESSER-PEREIRA, L. C. Democracia, Estado Social e Reforma Gerencial. **Revista de Administração de Empresas**. Jan./mar. V.50. nº . p. 112-116. São Paulo, 2010.

BRESSER-PEREIRA, L.C., GRAU, N.C. (orgs). **O Público Não-Estatal na Reforma do Estado**. p.15-48. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1999.

BRESSER-PEREIRA, Wikipedia, Google. Disponível em:
<https://pt.wikipedia.org/wiki/Bresser_Pereira>. Acesso em 10.12.2015.

CADASTRO NACIONAL DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE, DataSus. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cnes/tipo_estabelecimento.htm> Acesso em 10.12.2015.

CAMPOS, E.S. Breve notícia histórica sobre os hospitais em geral. In: **História e evolução dos hospitais**. Rio de Janeiro: Departamento Nacional de Saúde-Divisão de Organização Hospitalar/Ministério da Saúde, 1944. Reedição de 1965. 588p.

CAPPELLE, M. C. A.; MELO, M. C. O. L; GONÇALVES, C. A. **Análise de conteúdo e análise de discurso nas ciências sociais**. Revista. v. 5. n 01. jan-jun. 2003 (6)

CARPES, C.L. A contratação de pessoas físicas como pessoas jurídicas em fraude ao direito do trabalho: o fenômeno da pejetização. Disponível em: <http://www3.pucrs.br/pucrs/files/uni/poa/direito/graduacao/tcc/tcc2/trabalhos2011_2/camilla_carpes.pdf >

CARVALHO, M. A. de. Pejetização e descaracterização do contrato de emprego: o caso dos médicos em Salvador – Bahia. Salvador: Universidade Católica do Salvador, 2010. Disponível em: <http://tede.ucsal.br/tde_arquivos/4/TDE-2010-10-22T124554Z-161/Publico/MARIA%20AMELIA%20LIRA%20DE%20CARVALHO.pdf >

CASTRO, V. Organizações Sociais na Saúde. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/OS.pdf>

CAVALCANTE, C.T.M. (Artigos) Contrato de Gestão na Administração Pública: uma visão crítica sobre o instituto. <http://www.egov.ufsc.br/portal/conteudo/artigos-contrato-de-gest%C3%A3o-na-administra%C3%A7%C3%A3o-p%C3%BAblica-uma-vis%C3%A3o-cr%C3%ADtica-sobre-o-instituto>

CENTRO DE APOIO OPERACIONAL DAS PROMOTORIAS DE PROTEÇÃO À SAÚDE PÚBLICA. Disponível em: <http://www.saude.mppr.mp.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=25>

CHIAVENATO, I. **Administração de Recursos Humanos: fundamentos básicos**. 6. ed. 2ª reimp. São Paulo: Atlas, 2007.

COLTO, D. U. C. A controvérsia sobre os limites das alterações qualitativas dos contratos administrativos. **Revista do Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais**. v. 70. n.1. ano XXVII. jan-mar. p. 78-92. Belo Horizonte, 2009.

COLTRO, A.; DOS SANTOS, S. A. A Busca da compreensão, da racionalidade e da ética da ação administrativa na gestão de uma organização hospitalar pública (Cap. II). In: DOS SANTOS, S.A (org.). **Administração contemporânea: aplicação em setores específicos**. 2ª ed. Maringá: Unicorpore, 2005.

DAL POZ, M. R. A crise da força de trabalho em saúde. out, p.1924-1926, **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2013.

DEMO, G. **Políticas de Gestão de Pessoas nas Organizações: papel dos valores pessoais e da justiça organizacional**. São Paulo: Atlas, 2005.

DESLANDES, S.F.; ASSIS, S. G. Abordagens quantitativas e qualitativas em saúde: o diálogo das diferenças. In: MINAYO, M.C. S; DESLANDES, S. F. (org). **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

DOS SANTOS, E.J; LACAZ, F.A.C. **Análise preliminar sobre Plano de Carreiras, Cargos e Salários e suas repercussões na Gestão do Trabalho em Saúde em dois municípios da Grande São Paulo**. 2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde. Belo Horizonte, 2013. Disponível em: <http://www.politicaemsaude.com.br/anais/trabalhos/publicacoes/061.pdf>

DUARTE, I.G., BOTAZZO, C. Gestão de pessoas nas Organizações Sociais de Saúde: algumas observações. **Rev. Adm. Saúde**. v.11. nº45, 2009.

DUARTE, R. Entrevistas em pesquisas qualitativas, n. 24, p. 213-225, **Educar**. Curitiba: Editora UFPR, 2004.

FARIA, C. Aditivo contratual. Disponível em: <http://carlosfariacafe.blogspot.com.br/2011/01/aditivo-contratual-o-que-e-onde-cabe.html>>. Acesso em 16.01.2017.

FAZENDA FEDERAL, Composição do Termo de referência, Licitação. Disponível em: <http://www.esaf.fazenda.gov.br/assuntos/courseventos/presencias/orcamentaria/arquivo-2015/oficina-26-termo-de-referencia-e-projeto-basico.pdf>> Acesso em 02.10.2016.

FEUERWERKER, L. C. M., CECÍLIO, L. C. O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, nº4. p. 965-971, 2007.

FLEURY, S. Reforma Administrativa: Discutindo os Instrumentos. **Programa de Estudos e Pesquisas em Reforma do Estado e governança**. Revista de Administração Pública. Set./out. p. 195-204. Rio de Janeiro, 1997.

FURTADO, L. R. Contratos administrativos e contratos de direito privado celebrados pela administração pública. **Rev. TCU**. v. 31. nº 86. p. 41-59. Out-dez. Brasília, 2000.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOMES, M. H. A.; Martin. D; Silveira, C. Comentários pertinentes sobre uso de metodologias qualitativas em saúde coletiva. **Interface**. v.18. nº 50. p. 469-477. Botucatu, 2014.

GOMES, R. A Análise de Dados em Pesquisa Qualitativa (Cap. IV). In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

GONÇALVES, E.L. **Estrutura organizacional do hospital moderno**. Revista de Administração de Empresas, v. 38, n. 1, p. 80-90. Jan-Mar. São Paulo, 1998.

KVALE, S. **Interviews: an introduction to qualitative research interviewing**. Thousand. Oaks: Sage; 1996.

LAVERDE, G. P. Recursos Humanos. Cap. X. In: MALAGÓN-LONDOÑO, G.; MORERA, R. G.; LAVERDE, G. P. **Administração Hospitalar**. 2ª ed. Editorial Médica Internacional. Buenos Aires, Argentina. Trad. Antonio Francisco Dieb Paulo. Editora Guanabara Koogan S.A: Rio de Janeiro, 2000.

LESSARD-HÉBERT, M.; GOYETTE, G.; BOUTIN, G.; **Investigação Qualitativa: Fundamentos e Práticas**. Coleção Epistemologia e Sociedade. 4. ed. Porto Alegre: Instituto Piaget, 2010.

LÜDKE, M. e ANDRÉ, M. Métodos de coleta de dados: observação, entrevista e análise documental (Cap. 3). In: **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU,1986.

MACHADO, M. H. Trabalhadores de Saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária. In: **Cadernos RH Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. – Vol. 3, n. 1 (mar. 2006) -. Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

MALAGÓN-LONDOÑO, G.; MORERA, R. G.; LAVERDE, G. P. **Administração Hospitalar**. 2ª ed. Editorial Médica Internacional. Buenos Aires, Argentina. Trad. Antonio Francisco Dieb Paulo. Editora Guanabara Koogan S.A: Rio de Janeiro, 2000.

MALAGÓN-LONDOÑO, G. A Docência No Hospital. Cap. XXV. In: MALAGÓN-LONDOÑO, G.; MORERA, R. G.; LAVERDE, G. P. **Administração Hospitalar**. 2ª ed. Editorial Médica Internacional. Buenos Aires, Argentina. Trad. Antonio Francisco Dieb Paulo. Editora Guanabara Koogan S.A: Rio de Janeiro, 2000.

MARGARIDA, Silvânia Mendonça Almeida. O direito do trabalho e o fenômeno da pejetização em sua origem, contextualização e consequências. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XIV, n. 84, jan 2011. Disponível em: http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=8824 Acesso em dez 2016.

MELO, C; TANAKA, O. As Organizações Sociais no setor saúde: inovando as formas de gestão? **Organ. Soc.** vol.8 no.22 Sept./Dec. 12p. Salvador, 2001.

MENDES GONÇALVES, R. B. **A Investigação sobre Recursos Humanos em Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde/Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS, 1993. (Relatório de seminário).

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 8.ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Observatório de Recursos Humanos. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/folder/rede_observatorio_recursos_humanos_saude.pdf> 05.08.2015.

MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, Governo Federal. Disponível em: <<http://www.pac.gov.br/>> Acesso em 30.08.2015.

MISAILIDIS, M.G.L.M. PESSANHA, V.V. (coord.) Direito do trabalho e meio ambiente do trabalho I. Org. CONPEDI/UNICURITIBA – Florianópolis: CONPEDI, 2016. Disponível em: <<http://www.conpedi.org.br/publicacoes/02q8agmu/zwub6y85/36843g0tnaU5a9Az.pdf>>

MORERA, R. G. Pesquisa. Cap. XXVI. In: MALAGÓN-LONDOÑO, G.; MORERA, R. G.; LAVERDE, G. P. **Administração Hospitalar.** 2ª ed. Editorial Médica Internacional. Buenos Aires, Argentina. Trad. Antonio Francisco Dieb Paulo. Editora Guanabara Koogan S.A: Rio de Janeiro, 2000.

NETO, O. C. O Trabalho de Campo como Descoberta e Criação. (Cap. III). In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade.** 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

NOGUEIRA, R.P. A Força de Trabalho Em Saúde. Trabalho apresentado ao I Curso Internacional em Política e Administração de Saúde para a América Latina e o Caribe. **Revista Administração Pública.** Jul./set. p. 61-70. Rio de Janeiro, 1983.

NOGUEIRA, R.P. (coord.) Avaliação de tendências e prioridade sobre recursos humanos de saúde. **Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.

NOGUEIRA, R. P. Composição público versus privado, gestão de unidades e recursos humanos no SUS. Plano Diretor 2006. **ObservaRH.** NESP/CEAM/UnB. OPAS/MS, 2007.

NOGUEIRA, R. P. (coord.) Tendências na evolução do emprego e nas relações de trabalho em saúde: a gestão de recursos humanos no Sistema Único de Saúde/Brasília: UnB/CEAM/NESP/**ObservaRH**, 2010. (Série Observação, 5).

OLIVEIRA, S.P. GARCIA, A. C. P. **Variáveis e Indicadores para Análise de Recursos Humanos em Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz, 2006.

OPAS. **A transformação da gestão de hospitais na América Latina e Caribe.** Tradução de: La transformación de la gestios de hospitales em América Latina y el Caribe. Brasília: OPAS/OMS, 2004.

OPAS. ObservaRH. <<http://www.opas.org.br/politicas-de-recursos-humanos-em-saude/>> Acesso em 30.04.2016.

PAIM, J. S. **Recursos humanos em Saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos.** São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP, 1994.

PAIM, J. S. O que é o SUS. **Coleção Temas em Saúde.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PEREIRA, L. D. A Gestão da Força de Trabalho em Saúde na Década de 90. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 14(2):363-382, 2004.

PERIM, M. C. M. Organizações Sociais e a Diretriz da Complementariedade: Desafios da Participação Social na Saúde. 1. ed. Curitiba, PR: CRV, 2014.

PIERANTONI, C. R. **As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades.** *Ciência & Saúde Coletiva*, p. 341-360, 2001.

PIERANTONI, C. R.; VARELLA, T.C.; FRANÇA, T. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria à prática. In: **Cadernos RH Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.** – Vol. 3, n. 1 (mar. 2006) -. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

PIERANTONI, C.R. et. al. Gestão do Trabalho e da educação em saúde. 1. ed. CEPESC: IMS/UERJ: **Observa RH.** Rio de Janeiro, 2012.

PORTAL BRASIL, Ministério da Saúde certifica 104 entidades beneficentes. Publicado: 28/07/2016. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2016/07/ministerio-da-saude-certifica-104-entidades-beneficentes>

PORTAL DA SAÚDE, HumanizaSus. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/humanizasus>> Acesso em 05.10.2016.

REDE OBSERVARH. <http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Index.htm> Acesso em: 30.04.2015.

REED, M. **Sociologia da Gestão.** 1ª ed. Português. Trad. Manuela Reis. Celta Editora. Oeiras, 1997.

RIBEIRO, A.B.C. Administração de pessoal nos hospitais. 2ªed. São Paulo: LTr, Fename, 1977.

RIBEIRO, H.P. **O Hospital: história e crises.** São Paulo: Cortez, 1993.

RIBEIRO, R. **A contratação do médico como pessoa jurídica e os reflexos desta prática à luz do direito do trabalho.** Disponível em: <http://reginaribeiroadvogados.com.br/wp/a-contratacao-do-medico-como-pessoa-juridica-e-os-reflexos-desta-pratica-a-luz-do-direito-do-trabalho/> Publicado em 28 de fevereiro de 2016. Acesso em 16.01.2017

RODRIGUES, P. H. A. **As Organizações Sociais na saúde, peça chave para a privatização da saúde.** Disponível em: <http://cebes.org.br/2016/11/as-organizacoes-sociais-na-saude-peca-chave-para-a-privatizacao-da-saude/> Acesso em 23.11.2016.

SANDÍN ESTEBAN, M. P. **Pesquisa Qualitativa em Educação: Fundamentos e Tradições.** Tradução Miguel Cabrera. Porto Alegre: AMGH, 2010.

SANO, H.; ABRUCIO.F.L. Promessas e Resultados Da Nova Gestão Pública no Brasil: O Caso das Organizações Sociais de Saúde em São Paulo. **RAE** vol. 48, n.3, 64-80, 2008.

SANTOS, L. Administração pública e a gestão da saúde. *In*: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. C. (orgs.). **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde.** Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

SANTOS-FILHO, S. B. Um olhar sobre o trabalho em Saúde nos marcos teórico-políticos da saúde do trabalhador e do Humanizadas: o contexto do trabalho no cotidiano dos serviços de saúde. *In*: SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B. (orgs). **Trabalhador da Saúde: Muito Prazer! Protagonismo dos Trabalhadores na gestão do trabalho em saúde.** Coleção Saúde Coletiva. Ijuí: Ed. Unijuí, 2007.

SANTOS-FILHO, S. B. Indicadores de valorização do trabalho e trabalhadores da saúde: Construindo o conceito de valorização a partir de uma perspectiva analítica. *In*: SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B. (orgs). **Trabalhador da Saúde: Muito Prazer! Protagonismo dos Trabalhadores na gestão do trabalho em saúde.** Coleção Saúde Coletiva. Ijuí: Ed. Unijuí, 2007.

SANTANA, V.G.D. Os diferentes modelos de gestão pública da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco e as implicações de gestão do trabalho em saúde.[Dissertação de Mestrado]. **Centro de Pesquisas Ageu Magalhães.** Recife, 2015.

SILVA, J. A. **Comentário contextual à Constituição.** 4. ed. São Paulo: Malheiros, 2007.

SILVA, N. C. et al. Gestão de Recursos Humanos em Saúde e sua necessária interface ao mundo organizacional – um olhar ampliado. *In*: **Anais do XXXIII Encontro da Associação Nacional dos Pós-Graduação e Pesquisa em Administração.** Anpad, 2009. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/GPR2596.pdf>

SOARES, M. T. A. M. et al. Regulação do Trabalho em Saúde. *In*: **Cadernos RH Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.** – Vol. 3, n. 1 (mar. 2006) -. Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

SOARES, G.B., BORGES, F.T., SANTOS, R.R. et al. Organizações Sociais de Saúde (OSS): Privatização da Gestão de Serviços de Saúde ou Solução Gerencial para o SUS? **Rev. Gest.Saúde**. v.07, nº. 02, p. 828-850. Brasília, 2016.

SODRÉ, F. O trabalho e as redes. In: MINAYO GOMES, C. (Org.). **Saúde do Trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. p. 297-313. Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz, 2011.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL, Convênio do poder público com organizações sociais, Notícias. Disponível em:
<<http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=289678>>
Acesso em 20.03.2016.

TONI, W. P. **Distinguindo a Terceirização da "Pejotização"**. Disponível em:
<https://wptoni.jusbrasil.com.br/artigos/217543990/distinguindo-a-terceirizacao-da-pejotizacao> . Publicado em 2016. Acesso em 16.01.2017.

TURINO, Fabiana. Hospitais públicos sob gestão de Organizações Sociais de Saúde na Grande Vitória: um estudo comparativo. [Dissertação de Mestrado]. **Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**, UFES, Vitória, 2016.

VIANA, A.L.D.; DAL POZ, M. R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, (Suplemento). p. 225-264, Rio de Janeiro, 2005.

VIANA, D.L. **Gestão do Trabalho em Saúde**: revisão da literatura por meio de scoping review. **Work management in healthcare**: literature review by scoping review. 2012. 170p. Thesis (Doctorate in Public Healthcare) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

VIEIRA, M. **Recursos Humanos em Saúde**. Fiocruz, 2009. Disponível em:
<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/rechumsau.html>.

WEBER, R. Rcl 15733. julgamento em 14/11/2016. processo eletrônico dje-244 divulg 17/11/2016 public 18/11/2016. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em:
<<http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudencia/listarJurisprudencia.asp?s1=%28%28ORGANIZACOES+E+SOCIAIS+E+SAUDE+E+RECLAMACAO+E+ADI+E+1923%29%29+NAO+S%2EPRES%2E&base=baseMonocraticas&url=http://tinyurl.com/j8bfwzx>>
Acesso em 20.12.2016.

APÊNDICES

PESQUISA SOBRE GESTÃO DE PESSOAS NOS HOSPITAIS DO ESPÍRITO SANTO

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Nome do Hospital: _____
Gestão hospitalar: () Direta () Organização Social de Saúde () Filantrópica () Privada
Nome da Instituição Gestora: _____
Âmbito da Gestão: () Municipal () Estadual () Federal
O entrevistado é o gestor de recursos humanos? () Sim () Não () Outro _____
Cargo do entrevistado: _____
Formação do entrevistado: _____
O Hospital é Hospital Escola: () Sim () Não / Qual universidade ou faculdade? _____
Quantos funcionários o hospital possui? _____ E estagiários? _____
Qual a quantidade de mão de obra terceirizada? _____
Qual a relação deste Hospital com o Sistema Único de Saúde-SUS? _____

PROVISÃO – recrutamento, seleção e integração

1. Considerando a Gestão do Hospital, quem é o responsável pelo processo de recrutamento e seleção de pessoas?
2. Como ocorrem os processos de recrutamento e seleção de pessoas?
3. Quais as categorias de trabalho contratadas?
 - 3.1. Qual é o regime de contratação?
 - 3.2. Há funcionários com vínculos trabalhistas diferenciados? Quais?
 - 3.3. No caso dos médicos, a maioria é contratado diretamente pelo Hospital ou em regime de cooperativas?
4. Existem servidores cedidos da Secretaria Estadual de Saúde ou outros órgãos públicos lotados neste hospital?
 - 4.1. Quantos e em que funções?

APLICAÇÃO – responsabilidades do cargo, quantidade de pessoas, alocação, plano de carreiras e oportunidades, avaliação de desempenho

1. Há responsabilidades bem definidas para cada cargo e função?
2. Os funcionários são alocados de acordo com suas aptidões e habilidades?
3. Quais são os processos, ferramentas ou métodos gerenciais utilizados para avaliação e gestão da qualidade?
4. O Hospital faz a gestão de desempenho de seus funcionários?
 - 3.1. Como funciona?
 - 3.2. Possui indicadores? Quais?
 - 3.3. Com quais ferramentas? Existe avaliação de desempenho?
5. Existem ações de reconhecimento e valorização do trabalho?
 - 5.1. Existem ações para medir a satisfação dos funcionários? Pesquisa de Clima Organizacional?
6. Existem indicadores e metas para o Recursos Humanos do Hospital? Como foram pactuados?

MANUTENÇÃO – administração de cargos e salários, planos de benefícios sociais, higiene e segurança do trabalho, relações sindicais

Existem parâmetros remuneratórios dos cargos e funções? Quais são?

1. Quais são os benefícios oferecidos aos trabalhadores (remuneração suplementar, seguros, planos de saúde, alimentação)?
2. Existe plano de carreira para os trabalhadores?
 - 2.1. Como ele funciona?
 - 2.2. Quantos e para quais profissões?
3. Com relação à saúde do trabalhador, o hospital possui ações que visem:
 - 3.1. Segurança do trabalho?
 - 3.2. Condições dos ambientes?
 - 3.3. Equipamentos de proteção?
 - 3.4. Prevenir riscos laborais?
4. Como é a rotatividade dos funcionários?
 - 4.1. Que categorias são mais afetadas?
 - 4.2. Existe uma média de tempo de serviço?

DESENVOLVIMENTO – treinamento, desenvolvimento, mudanças de comportamentos.

- 1.1. O Hospital promove eventos que objetivem o crescimento, desenvolvimento profissional, relacionamento interpessoal dos trabalhadores, desenvolvimento de aptidões, habilidades e competências?
1. O Hospital promove ações de qualificação, aperfeiçoamento e atualização dos funcionários?
 - 2.1. Se sim, como são feitas?
 - 2.2. Com qual periodicidade?
 - 2.3. Em que áreas do conhecimento?
 - 2.4. As ações visam a superação de práticas inadequadas e o aprimoramento de práticas como acolhimento, cuidado e humanização?

MONITORAÇÃO – banco de dados quantitativo e qualitativo dos trabalhadores (registro e controle), sistemas de informação para decisões, auditoria e adequação de políticas e procedimentos a serem praticados.

1. Como se dá o registro e controle de toda a mão de obra que trabalha no hospital?
 - 1.1. Existe sistema de informação para isso?
2. Quais os métodos e as ferramentas para socialização de informações e comunicação interna?
3. Como se dá o processo de monitoramento e avaliação internos das diversas normas a serem seguidas (internas e externas) pelos trabalhadores?

4. Como se dá o monitoramento da SESA no que se refere: a alimentação de Sistemas de Informação, Educação Permanente, Gestão do Trabalho e outros?
-

SOBRE AS NOVAS FORMAS DE GESTÃO NA SAÚDE

1. Quais as potencialidades de se ter uma organização social de saúde na gestão hospitalar?
2. Quais são as principais dificuldades (ou limites) enfrentados pelas Organizações Sociais na Gestão Hospitalar?

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TEMA DA PESQUISA: Trabalho em Saúde – Um estudo sobre Gestão de Pessoas em Hospitais Públicos. LOCAL: HOSPITAIS - ESTADO: ESPÍRITO SANTO. PESQUISADORA: LORENA ESTEVAM M. FERNANDES. TEL: 27 99979 6707. lorenaestevam@hotmail.com . DADOS DA PESQUISA NACIONAL: TÍTULO - Complexo Econômico Industrial da Saúde (CEIS), Inovação e Dinâmica Capitalista: Desafios Estruturais para a Construção do Sistema”. PROJETO CNPq N°. - 405077/2013-0. N° DE APROVAÇÃO DA PESQUISA NO COMITÊ DE ÉTICA - CAAE - 52909416.1.0000.5073.

Prezado(a) participante:

A pesquisa em questão objetiva caracterizar a Política de Gestão de Pessoas na Saúde, mais especificamente em hospitais no Espírito Santo, com o intuito de traçar um panorama sobre a forma dessas organizações gerirem seus trabalhadores. Almeja-se conhecer as características, os processos, os modelos e ações afins a área de recursos humanos em saúde, inclusive os novos modelos de gestão.

Tal pesquisa será realizada a partir de uma abordagem qualitativa, tenho como importante fonte de dados entrevistas abertas com os gestores de Recursos Humanos. Logo, sua participação envolve uma entrevista que será gravada mediante permissão e que tem a duração média de 40 (quarenta) minutos.

Destacamos que a participação nesse estudo é voluntária e gratuita, se você decidir não participar ou quiser desistir de continuar em qualquer momento, tem absoluta liberdade de fazê-lo. Na publicação dos resultados desta pesquisa, sua identidade será mantida no mais rigoroso sigilo. Serão omitidas todas as informações que permitam identificá-lo(a).

Mesmo não tendo benefícios diretos em participar, indiretamente você estará contribuindo para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção de conhecimento científico. Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas pela pesquisadora, cujos dados encontram-se neste cabeçalho. O Você receberá uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Vitória, ___ de _____ de 201_.

Pesquisadora - Lorena Estevam Martins Fernandes

Consinto em participar deste estudo e declaro ter recebido uma cópia deste termo de consentimento.

Nome e assinatura do participante

CATEGORIAS DE ANÁLISE DO CONTRATO DE GESTÃO

IDENTIFICAÇÃO DA OSS

- RAZÃO SOCIAL DA OS
- CNPJ DA OS
- ENDEREÇO DA OS
- UF ORIGEM DA OS
- NOME DO REPRESENTANTE NO 1º CONTRATO
- NOME DO REPRESENTANTE NO CONTRATO ATUAL
- PROFISSÃO/OCUPAÇÃO DO REPRESENTA
- ANO DE CRIAÇÃO DA INSTITUIÇÃO-MÃE
- ANO DE QUALIFICAÇÃO DA OS
- HISTÓRICO/LINK
- AFILIAÇÃO RELIGIOSA/EMPRESARIAL/OUTRAS

IDENTIFICAÇÃO DO CONTRATO

- Nº CONTRATO
- OBJETO DO CONTRATO
- DATA DE ASSINATURA/PUBLICAÇÃO DO CONTRATO
- PRAZO DO CONTRATO EM MESES
- NOME DO ESTABELECIMENTO
- ESPECIFICAÇÃO DO SERVIÇO
- UF DO CONTRATO
- VALOR DO CONTRATO (R\$)
- VALOR DO ADITIVO
- OBJETO DO ADITIVO
- **MODELO DE VÍNCULO EMPREGATÍCIO**
- **PERMISSÃO DE CONTRATAÇÃO DE PESSOA JURÍDICA**
- **PREVISÃO DE PERCENTUAL DE GASTOS COM PESSOAL**
- **PROCEDIMENTO DE CONTRATAÇÃO DE PESSOAL PELA OSS**
- DESEMPENHO
- QUALIDADE
- **METAS (RH)**
- RESPONSÁVEL PELO ACOMPANHAMENTO/REGULAÇÃO DO CONTRATO
- PROCEDIMENTO DE SELEÇÃO DA OSS

Obs: Questões de RH analisadas neste trabalho estão em **negrito**

ANEXOS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE NO BRASIL: CARTOGRAFIA DE UM COMPLEXO ECONÔMICO INDUSTRIAL DA SAÚDE

Pesquisador: ELDA COELHO DE AZEVEDO BUSSINGUER

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 52909416.1.0000.5073

Instituição Proponente: Sociedade de Ensino Superior de Vitória

Patrocinador Principal: Sociedade de Ensino Superior de Vitória

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.406.975

Apresentação do Projeto:

Projeto apresentado de forma clara e objetiva com especificações detalhadas quanto ao objeto de estudo, procedimentos e detalhamento das ações.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivos organizados de forma clara e paulatina, coerentes com o objeto de estudo e procedimentos analíticos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Sendo uma pesquisa primordialmente documental, os riscos correspondem ao armazenamento dos documentos e acesso às informações. Sendo documentos eminentemente públicos, não há riscos envolvidos no trabalho. Quanto ao elemento humano, o projeto especifica corretamente os cuidados de sigilo das entrevistas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa está bem organizada, com os procedimentos e etapas de desenvolvimento bem especificados

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todas as exigências e procedimentos estão a contento.

Endereço: Rua Juiz Alexandre Martins de Castro Filho, nº 215

Bairro: Santa Lucia

CEP: 29.056-295

UF: ES

Município: VITÓRIA

Telefone: (27)3041-3613

E-mail: comitedeetica@fdv.br

Continuação do Parecer: 1.406.975

Recomendações:

Incluir, na metodologia também a "Análise de Conteúdo" uma vez que o trabalho é essencialmente documental.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O trabalho condiz com todas as especificações solicitadas quanto às questões éticas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_657533.pdf	01/02/2016 07:43:31		Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	29/01/2016 13:28:38	ELDA COELHO DE AZEVEDO BUSSINGUER	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	29/01/2016 13:07:35	ELDA COELHO DE AZEVEDO BUSSINGUER	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	29/01/2016 13:06:08	ELDA COELHO DE AZEVEDO BUSSINGUER	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITORIA, 12 de Fevereiro de 2016

Assinado por:
PAULA CASTELLO MIGUEL
(Coordenador)

Endereço: Rua Juiz Alexandre Martins de Castro Filho, nº 215

Bairro: Santa Lucia

CEP: 29.056-295

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3041-3613

E-mail: comitedeetica@fdv.br