



## artigo original

# Gestão de pessoas nas Organizações Sociais de Saúde: algumas observações

*Workforce management in social health organizations: some observations*

Ivomar Gomes Duarte<sup>1</sup>, Carlos Botazzo<sup>2</sup>

### RESUMO

Considerado como elemento-chave no gerenciamento dos serviços de saúde, a gestão de pessoas constitui o principal ponto a ser enfrentado nas reformas visando a melhoria do atendimento prestado pelos hospitais públicos.

Nesse sentido, este trabalho tem como objetivo identificar características do modelo de gestão de pessoas utilizado pelas Organizações Sociais de Saúde (OSS) contratadas pelo Governo do Estado de São Paulo para o gerenciamento de hospitais estaduais. Para tanto foi elaborada uma pesquisa qualitativa e foram entrevistados diretores de hospitais, dirigentes do SUS estadual entre outras partes interessadas.

Observou-se que as várias entidades mantenedoras e os vários hospitais por ela gerenciados mantêm diferentes modalidades de captação, vinculação e remuneração de seus recursos humanos; entretanto, não se observou nos limites da pesquisa, diferenciação quanto aos resultados dessas entidades quando comparados entre si.

### ABSTRACT

*Regarded as a key element in the management of health services, people management is the main point to be addressed in reforms aimed at improving the care provided by public hospitals. This paper aims to identify characteristics of the management model used by people Social Organizations of Health (OSS) employed by the State of Sao Paulo for the management of state hospitals. We used a qualitative research were interviewed and hospital directors, heads of state SUS and other stakeholders. It was observed that several organizations and sponsors several hospitals managed by it maintains various methods of capturing, binding and compensation of its Human Resources Management, however was not observed within the limits of research, differentiating the results of such persons when compared with each other.*

### Palavras-chave

Gestão de pessoas.  
Organização Social de Saúde.  
Administração em saúde.  
Sistema Único de Saúde.

### Keywords

*People management.  
Social Organization of Health.  
Health administration.  
Brazilian Public Health  
System.*

Conflito de interesse: nenhum declarado.  
Financiador ou fontes de fomento: nenhum declarado.  
Data de recebimento do artigo: 5/10/2009.  
Data da aprovação: 27/1/2010.

1. Doutor em Ciências – PPG-CCD-SESSP. Pesquisador Associado do Laboratório de História da Ciência do Instituto Butantan.

2. Doutor em Saúde Coletiva – UNICAMP, Departamento de Odontologia Social da USP.

Endereço para correspondência: Av. Vital Brasil, 1.500, Butantan – 05503-000 – São Paulo (SP), Brasil.

Endereço eletrônico: ivomar@butantan.gov.br / cbotazzo@hotmail.com

## INTRODUÇÃO

No Brasil, nos debates ocorridos nas últimas décadas, observou-se a centralidade dos temas – reforma administrativa e reforma do Estado – em parte como consequência da pauta mundial, mas muito mais como reflexo da insatisfação dos usuários dos serviços públicos com as condições de acesso, de oferta e da qualidade dos serviços prestados, notadamente nas áreas de segurança pública, saúde e educação. Propostas para o enfrentamento desses problemas, como a falta de agilidade da máquina administrativa pública e a ineficiência do Estado, tem alimentado quase todas as plataformas político-partidárias e frequentado as pautas dos principais jornais e revistas. Com certa frequência os serviços públicos são apontados como excessivamente burocratizados e demasiadamente formais com pouca agilidade administrativa.

No passado, entretanto, o surgimento da administração burocrática representou um avanço e, com a introdução de um serviço público profissional e de um sistema administrativo formal, racional e impessoal, foi instrumento de combate ao nepotismo e da corrupção, dois traços característicos da administração patrimonialista.

Max Weber<sup>(1)</sup>, desenvolveu um conceito positivo de burocracia ao apontar que o servidor burocrático, orientado pelas normas e rotinas, costuma atuar com maior precisão e uniformidade. Esse autor destaca a superioridade da autoridade racional-legal quando comparada com o poder patrimonialista, pois a burocratização separa a atividade pública da atividade privada, sendo os bens e equipamentos públicos nitidamente separados do patrimônio particular dos dirigentes e funcionários.

Conforme Tragtemberg (1974), Max Weber admite que a operacionalidade da burocracia, caracterizada pela impessoalidade, a objetividade, recrutamento impessoal, hierarquia fundada em critérios e diplomas, o cargo como profissão, a direção monocrática, o ritual, o prazo, a pontualidade, garantem formalmente o *modus operandi* burocrático. Porém essa burocracia tecnicamente funcional no plano administrativo tende a tornar-se irracional no campo político.

Przeworski<sup>(2)</sup> aponta que em muitos sistemas políticos o surgimento da administração burocrática representou um avanço e, com a introdução de um serviço público profissional e de um sistema administrativo formal, racional e impessoal, foi instrumento de combate ao nepotismo e da corrupção, dois traços presentes na administração patrimonialista.

Um trabalho recente realizado pelo Banco Mundial, utilizando-se da metodologia denominada “Pesquisa de Rastreamento do Gasto Público em Saúde\*”, avaliou a qualidade do gasto público e a gestão de recursos no SUS, em uma amostra distribuída em seis Estados brasileiros, entre eles São Paulo. O estudo nos aspectos referentes à gestão de pessoas mostra que a maioria dos hospitais do SUS tem autonomia de gestão de recursos humanos bastante limitada. Aponta também que os principais problemas encontrados derivam de controles deficientes, baixa qualificação e gestão do desempenho funcional incipiente.

Esse estudo do Banco Mundial identificou como principais problemas, na

gestão de recursos humanos do SUS, os seguintes:

- Regimes múltiplos de contratação, inclusive de níveis de governos, trabalhando sob mesmas condições, mas em regimes de horários e salários muito diferentes;
- Inadequação quantitativa do quadro de pessoal, sendo o mais frequente a insuficiência de funcionários;
- Excesso de pessoal com baixa qualificação profissional e falta de pessoal de nível técnico com qualificação adequada;
- Grande rotatividade de funcionários por transferências e afastamentos por vários motivos;
- Absenteísmo e dupla militância;
- Funcionários com baixa motivação;
- Ausência de sistemas de avaliação de desempenho, programas de incentivos e de ascensão profissional;
- Treinamento e capacitação de pessoal sem foco definido e sem avaliação de impacto.

Esse estudo ainda apontou que os problemas de gestão de pessoas são, em princípio, de natureza gerencial, sem, contudo ignorar que os gerentes das unidades públicas de saúde têm pouca ou nenhuma autonomia para resolvê-los. Conforme Botazzo<sup>(3)</sup>, “não é fácil ser trabalhador da área da saúde... e nem é fácil a vida do gerente de uma UBS”.

A esse relatório do Banco Mundial somam-se os vários outros trabalhos produzidos nas últimas décadas (Cecílio<sup>(4)</sup> e Pierantoni<sup>(5)</sup>), que apontam a gestão de pessoas como o ponto crítico no gerenciamento dos serviços de saúde públicos e privados no Brasil, constituindo-se em elemento central das várias propostas de reforma e de modernização da gestão hospitalar.

Conforme Pereira<sup>(6)</sup>, “a reforma gerencial do Estado de 1995 buscou criar

\* Metodologia baseada no PETS (*Public Expenditure Tracking Survey*) desenvolvida pelo Banco Mundial adaptável às características dos vários países.

novas instituições legais e organizacionais que permitam que uma burocracia profissional e moderna tenha condições de gerir o Estado brasileiro”.

Na área da saúde, elementos importantes dessa reforma administrativa são as entidades denominadas de Organizações Sociais, entidades sem fins lucrativos, dirigidas por um Conselho com representação ampla da comunidade, aptas a assumir a gestão de funções classificadas como não típicas de Estado, principalmente hospitais.

No Estado de São Paulo, esse modelo vem sendo implantado desde 1998, com a habilitação e contratação de entidades do terceiro setor para o gerenciamento de serviços de saúde, mediante um contrato de gestão estabelecido entre a SESSP e as OSS.

## OBJETIVOS

Este trabalho tem como objetivo identificar características do sistema de liderança, do processo decisório e da autonomia do principal executivo das OSS implantadas em relação à sua mantenedora, no que se refere à estrutura organizacional do hospital e à gestão de pessoas. Procura, também, identificar características do modelo de gestão de pessoas relativo à seleção e modalidades de contratação, desenvolvimento e avaliação de recursos humanos e relacionamento com a força de trabalho.

## MÉTODOS

O trabalho de campo foi realizado mediante entrevistas semiestruturadas com cinco dirigentes de hospitais gerenciados por OSS (uma amostra intencional). Foram entrevistados representantes da Secretaria de Estado da Saúde, notadamente da Coordenação de Contratação de Serviços de Saúde, e das outras partes interessadas – for-

ça de trabalho, pesquisadores da Faculdade de Saúde Pública da USP, representantes da Comissão de Saúde da ALESP, entre outros.

Neste caso, optou-se pela utilização de dois tipos de instrumento de coleta de dados: um questionário com perguntas fechadas e abertas, atendendo às características de uma entrevista semiestruturada utilizada nas entrevistas com os dirigentes dos hospitais, e um roteiro aberto para as demais entrevistas.

As entrevistas foram realizadas pelo pesquisador, todas elas pessoalmente, com tempo máximo de duração previsto de uma hora e trinta minutos, em local de escolha do entrevistado, com solicitação prévia de não interrupção por terceiros.

## DISCUSSÃO E RESULTADOS

### Sistema de Liderança/ Processo Decisório

O sistema de liderança de uma organização abrange os executivos e os líderes dos escalões superiores da mesma, também chamados de alta direção, participantes do processo de tomada de decisão e que compartilham a responsabilidade principal pelo desempenho e pelos resultados da organização. Por isso é fundamental que a organização identifique o perfil ideal para as pessoas que ocupam ou ocuparão funções ou papéis de liderança.

As organizações de saúde tendem a valorizar a competência técnica, adquirida na prática da profissão de origem (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas) de seus líderes, deixando em segundo plano sua competência gerencial ou perfil de liderança. Exemplos desse tipo de competência podem ser: capacidade de trabalho em equipe, relacionamento interpessoal, negociação de conflitos, entre outros<sup>(7)</sup>.

Etzioni<sup>(8)</sup>, estudando as organizações complexas, observou que o dilema da combinação da autoridade especializada e da autoridade administrativa, costumeiramente, é resolvido com a divisão dessas atividades, sendo as finalísticas entregues aos especialistas e as atividades-meio aos administradores, sob a tutela de um supervisor geral. Entretanto, segundo o autor, essa solução deixa sempre presente a possibilidade de conflito. Nesse sentido, Cecílio<sup>(9)</sup> observa que as agendas de trabalho dos gerentes das organizações de saúde são permanentemente invadidas por conflitos dos mais variados.

O presidente do Conselho Nacional de Saúde, Francisco Batista Junior, em entrevista publicada no periódico eletrônico *Correio da Cidadania*<sup>\*\*</sup>, avaliando a administração do SUS afirma:

“A administração do sistema de saúde no Brasil, tanto no plano da gestão quanto no plano da gerência dos serviços, sempre foi utilizada de forma muito particular, sendo realizada para atender aos interesses de pequenos grupos econômicos, políticos e corporativos. Quando se nomeia o diretor de um hospital, não há um pensamento no sentido de avaliar se a pessoa é qualificada ou não. O que se pensa é se essa pessoa será indicada por algum político, por alguém do esquema, e se na direção desse serviço irá atender aos interesses do grupo que apóia”.

<sup>\*\*</sup> Correio da Cidadania entrevista Francisco Batista Junior. [www.correiodacidadania.com.br](http://www.correiodacidadania.com.br) acesso em 20.09.2007.

No caso dos diretores hospitalares das OSS pesquisadas, todos eles já possuíam experiência anterior em gerenciamento de serviços de saúde de maior ou menor porte ou ainda em administração hospitalar. Quatro já eram funcionários do quadro da entidade mantenedora e apenas um deles foi contratado com a finalidade de administrar a OSS.

Os cinco hospitais pesquisados, mediante entrevista dos diretores, possuem organograma formalmente estabelecido e respeitado, e nos casos de alterações de subordinação, nos processos de mudança organizacional ou incorporação de novos serviços, o mesmo é alterado por meio de proposta aprovada em reunião do Conselho Deliberativo ou Conselho Diretor da OSS. Não se observaram, em nenhum desses hospitais, novos arranjos organizacionais na divisão do trabalho ou novos modelos de operação hospitalar. Nenhum deles rompe com a lógica da departamentalização funcional clássica encontrada na maioria dos hospitais brasileiros, caracterizada pelo organograma setorializado em três grandes áreas – médica, de enfermagem e administrativa, tendo como mediador o diretor geral ou superintendente ou outro título atribuído ao posto de maior poder no hospital.

O modelo ainda é bastante verticalizado e centralizado com as questões de ordem técnica resolvidas pelos diretores clínico e de enfermagem, as questões referentes às atividades-meio resolvidas pelo diretor administrativo e a mediação final – a decisão – centralizada na figura do superintendente ou diretor geral.

Como o elemento principal da gestão é o processo decisório, torna-se relevante conhecer suas característi-

cas. Quem, quando, por que, onde e como são tomadas as decisões?

Observou-se que as OSS têm como balizadores do processo decisório de nível estratégico, a missão, a visão e os valores assumidos pela organização. Os objetivos da mantenedora também são importantes nesse sentido. Entretanto, na gestão do cotidiano hospitalar, os principais referenciais do processo decisório são os termos e as cláusulas pactuadas do contrato de gestão e principalmente o gerenciamento do conflito cotidiano.

Com relação à autonomia do principal executivo, a situação também é distinta nos vários hospitais. Enquanto em apenas um deles o diretor possui autonomia completa em relação à mantenedora, no que se refere às principais funções administrativas, todos os outros diretores compartilham com a estrutura da entidade mantenedora ou com outra OSS da corporação.

As áreas administrativas compartilhadas são principalmente a de compras, de higienização, de lavanderia, de gestão financeira, de gestão de pessoas e de tecnologia de informação.

Nos hospitais existem colegiados com função assessora junto à liderança e alta administração, constituindo-se, na maioria dos casos, uma obrigação legal. Em cumprimento de dispositivo do contrato de gestão, que reforça normas legais, todos os hospitais possuem formalmente implantadas e em funcionamento as Comissões de Óbito, de Revisão de Prontuários, de Ética Médica e de Controle de Infecção Hospitalar. Além destas, são ativas nos cinco hospitais a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), em quatro deles a Comissão de Ensino e Pesquisa e em três a Comissão de Ética de Enfermagem.

Dentre os cinco hospitais, o principal executivo é graduado em medicina, com especialização em área clínica e formação posterior e paralela em Administração Hospitalar e de Serviços de Saúde em três deles. Em outro ele é graduado em Administração Hospitalar e outro graduado em Administração de Empresas, ambos especializados em Administração de Serviços de Saúde.

### **Gestão de Pessoas**

Conforme observam Junqueira e Inojosa<sup>(10)</sup>, os instrumentos para gestão de pessoas nas organizações públicas de saúde são insuficientes para enfrentar principalmente o corporativismo, o descompromisso com o paciente, a participação simultânea nos setores público e privado, e o não cumprimento da carga horária contratada.

Lima<sup>(11)</sup>, observando a questão da autonomia, presente nos modelos de gestão de pessoas nos serviços públicos, observa:

“Não existir uma preocupação com a construção de uma forma de trabalhar que propicie aos funcionários desses serviços, se sentir mais valorizados, mais capazes e mais responsáveis”. (p. 115).

Na área da saúde observa-se uma mudança qualitativa no perfil do emprego devido ao aumento do pessoal com maior formação na área gerencial e a procura de mecanismos de contenção de custos e melhoria da eficiência e produtividade<sup>(12)</sup>.

Nesse sentido, os novos processos de trabalho oriundos de reforma da gestão hospitalar e sua modernização organizacional, esperados do modelo por OSS, afetam a relação entre as pessoas e a dinâmica dos que trabalham

nesse ambiente. Pois não há reforma possível que não introduza modificações na área de recursos humanos, nas relações de trabalho e até nas práticas profissionais.

Essas mudanças, por outro lado, ocorrem num ambiente marcado pela participação cada vez maior de múltiplas profissões no cotidiano hospitalar até pouco tempo dominado por médicos e enfermeiros; com o predomínio da participação feminina nas profissões da área da saúde e com a crescente tendência a múltiplos vínculos de emprego por parte dos profissionais de saúde.

Como parte dessa mudança está a generalização de mecanismos de terceirização da força de trabalho no hospital, inclusive dos trabalhadores das atividades finalísticas. Apesar de inicialmente a terceirização ter ocorrido nas áreas-meios e principalmente nos serviços gerais (limpeza, vigilância, manutenção, lavanderia, etc.), atualmente abrange todo o contingente do hospital com as cooperativas de enfermagem, empresas ou cooperativas médicas. E essa terceirização da força de trabalho ou precarização atinge também parte dos hospitais públicos sob a justificativa da agilidade nos processos de demissão e admissão de pessoal.

Em estudo realizado pela Fundação Faria Lima, Centro de Estudos e Pesquisas de Administração Municipal (CE-PAM) em 2006, sobre as novas formas organizacionais nos Municípios, foram apontados como os principais motivos pelos Gestores Municipais para a transferência de serviços públicos para OS ou OSCIP os seguintes: a dificuldade na gestão de recursos humanos da administração direta e a morosidade nos processos de licitação e compras.

Segundo os pesquisadores, os entes mais alegados referem-se às dificuldades para a substituição de pessoal inadequado para o exercício da função pela falta de compromisso profissional. Alertam os autores que:

“... é necessário pensar mecanismos que permitam a agilidade e flexibilidade na gestão de recursos humanos, como condição para que as administrações municipais não utilizem a figura OS com o objetivo de resolver esse problema”<sup>(13)</sup>.

Tal situação corrobora observação feita por dirigente municipal entrevistado na elaboração deste trabalho.

(...) “Aqui na Prefeitura o regime estatutário é horrendo... é muito difícil demitir um mau funcionário... não tem como premiar-se os bons”. (Dirigente Municipal)

Um aspecto importante da Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998, está contido em seu artigo 11 nos seguintes termos:

Artigo 11 – “As entidades qualificadas como organizações sociais são declaradas como entidades de interesse social e utilidade pública, para todos os efeitos legais”.

Desse dispositivo legal decorre a isenção de vários impostos, tarifas subsidiadas de serviços públicos e redução dos encargos patronais sobre a folha de salários. Tal fato facilita, sob o aspecto financeiro, principalmente de custos, a contratação de funcionários pelo regime da CLT.

Entretanto, alguns serviços assistenciais ou especialidades, cujo volume de atendimento é reduzido ou quase eventual, moldam-se melhor aos sistemas

de remuneração “por procedimento” ou “por chamada” do que por assalariamento, como é o caso dos endoscopistas, por exemplo, justificando essa flexibilização e diversidade de modalidades de vínculos de trabalho encontrados nas OSS.

Os dois hospitais vinculados à Congregação de Santa Marcelina – OSS Itaim Paulista e OSS Itaquaquecetuba – privilegiam a contratação de funcionários, de todos os níveis, mediante registro em Carteira de Trabalho segundo as regras da CLT, entendendo que essa modalidade melhora a relação e amplia os vínculos do funcionário com a instituição. A captação de novos funcionários é feita por indicação de outros funcionários ou da comunidade e as vagas são divulgadas em quadro de avisos, mural e na imprensa local.

Em todos os hospitais observados, o serviço de estacionamento, vigilância externa e segurança patrimonial são realizados por empresa terceirizada especializada com os devidos registros, licenças, suporte securitário e liberação de porte de uso de arma de fogo para segurança armada noturna. A complexidade burocrática, para se regularizar essas atividades, levou todas as OSS a optarem por essa forma de contratação. Isso também se observa há décadas no serviço público de administração direta nos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário.

O HG Pirajussara, pelas características do modelo de gestão de sua mantenedora, na gestão de pessoas privilegia o vínculo empregatício formal mediante contrato de trabalho sob as regras da CLT, processo seletivo interno, admissão de quadros técnicos egressos da Universidade à qual está ligado e captação de mão de obra na comunidade adjacente ao hospital.

Outra OSS privilegia esse tipo de vínculo para as atividades-meio e prefere a composição de equipe médica por contratação de cooperativas ou empresas de especialidades.

(...) “Contratar uma cooperativa ou empresa médica, de cirurgões por exemplo, que se conhecem e que já estão articulados e organizados previamente é mais fácil de administrar do que contratar vários cirurgões pelo regime CLT e montar uma equipe”. (Diretor Hospital 2)

Em quatro desses hospitais as equipes médicas de anestesiologia são constituídas por empresas contratadas, pois no momento da implantação e início de funcionamento, considerando-se as limitações de prazo, foi a melhor opção. Apenas um dos hospitais possui equipe de anestesiologia sob regime de contrato CLT, cuja entidade mantenedora já mantém esse mesmo regime no hospital próprio da entidade.

Bittar e Ibañez<sup>(14)</sup>, estudando as modalidades de gestão de corpo clínico e a vinculação dos médicos, em quatro hospitais gerenciados por OSS no Estado de São Paulo, apontaram que “não ficou evidente a possibilidade de a terceirização do corpo clínico favorecer distorções quanto à vocação pública desses hospitais”.

Contrastando com a crônica falta de pessoal observada nos hospitais públicos estatais, derivada da lentidão e do burocrático processo de admissão de pessoal, nos cinco hospitais estudados foi relatada a reposição rápida de funcionários, tanto pelos serviços terceirizados ou cooperativas, bem como para o quadro próprio da OSS. A admissão é feita por algum tipo de processo seletivo com recrutamento divulgado internamente e também é uti-

lizada a divulgação externa, mediante anúncios em jornais para algumas categorias profissionais (anestesiistas, neonatologistas, enfermeiro de UTI, engenheiro de segurança do trabalho, etc.). A SPDM torna pública através de jornais a seleção para todos os quadros operacionais de suas OSSs.

Com a intenção de manter um sistema ágil para a reposição de pessoal, a Congregação Santa Marcelina e a SPDM, entidades que além de hospitais também gerenciam áreas do PSF no município de São Paulo, mantêm extenso cadastro de mão de obra de reserva, pré-selecionados, para admissão rápida. Conforme informação obtida, com a inauguração nos últimos meses de hospitais privados de médio porte, principalmente no município da Capital, está ocorrendo uma migração de técnicos especializados.

(...) “... temos serviços privados contratando na região e entramos numa competição desigual. Depois que treinamos o funcionário e ele adquiriu prática de dois ou três anos... vai embora por mais 100 reais e alguns benefícios a mais”. (Diretor Hospital 3)

E acrescenta,

(...)“... ficamos limitados pelo teto de 70% com gastos em pessoal determinado pelo Contrato de Gestão e temos também uma limitação corporativa pois o nosso Plano de Cargos e Salários é comum aos nossos hospitais”. (Diretor Hospital 3)

Outro entrevistado, também se manifestou nesse sentido.

(...) “A mantenedora cumpre somente o dissídio coletivo... e a falta de uma política de benefícios para os funcio-

nários contribui para essa rotatividade”. (Diretor Hospital 2)

Observou-se que os cinco hospitais possuem planos de descrição de cargos e tabelas de salários em comum com as suas respectivas mantenedoras ou com outros hospitais ou serviços da corporação à qual estão vinculados. As diferenças salariais, quando existem, resultam de algum benefício diferenciado, basicamente o adicional de distância.

Os diretores entrevistados informaram a existência de rotinas para a avaliação de desempenho de seus funcionários, o desenvolvimento de programas de treinamento em serviço, sendo os mais comuns os clássicos programas de educação continuada do pessoal de enfermagem. Apenas dois hospitais realizam regularmente a pesquisa de clima organizacional.

A flexibilidade na composição do quadro funcional e a agilidade na demissão e admissão de funcionários têm sido apontadas como um dos principais ganhos do modelo de gestão por OSS.

(...) “O regime estatutário cansa a gente... você é chamada três, quatro vezes no CREMESP para responder processo por abuso de autoridade ou por alegado assédio moral... ele (o médico) atende de qualquer jeito, ... é negligente e descompromissado... mas o Conselho é corporativista e acaba sobrando pra você”. (Dirigente Municipal)

Sob o aspecto econômico-financeiro, especificamente a redução de custos, dadas as características de redução tributária das OSS, muitas terceirizações não se justificam quando analisadas exclusivamente sob esse cri-

tério. Empresas privadas de mão de obra intensiva e que pagam regularmente todos os encargos da folha salarial serão mais caras que o serviço próprio na maioria das vezes.

Um dos hospitais, justamente aquele que tem a maior parte de seu corpo clínico e de funcionários terceirizados, está abolindo os contratos com cooperativas e buscando relacionamento contratual entre o hospital e equipes médicas e de outros profissionais, organizadas como pessoa jurídica. Apon-ta o representante do hospital uma série de desencontros e dificuldades no relacionamento e na subordinação entre as chefias do hospital e os funcionários cooperativados.

Essa questão da terceirização da mão de obra, necessariamente tem que ser analisada sob vários aspectos e deve ser vista com muito cuidado, tanto pela SESSP como pelas OSS, pois conforme observa Ferreira Jr.<sup>(15)</sup>:

“O uso de maneira intensa de cooperativas para a intermediação da contratação de funcionários é um tipo de precarização das relações de trabalho que provavelmente não interessa ao setor de prestação de serviços públicos”.

Uma outra informação importante e relevante obtida durante entrevista com representante da SESSP – CCSS indica que o argumento do custo, tomado isoladamente, não é justificativa suficiente para a terceirização de pessoal.

(...) “Os custos analisados até aqui (pela SESSP) não demonstram que ter uma opção gerencial por recursos humanos terceirizados ou próprios traga grande impacto no custo final da produção”.

Com relação ao controle das verbas públicas, um dos entrevistados manifestou sua preocupação:

(...) “o argumento utilizado de que haverá maior agilidade na contratação de pessoal,... nas compras, na medida em que não se está obrigado a atender à Lei das Licitações... só que não temos nenhuma garantia que parte desse recurso não será desviado para outras finalidades que não a saúde pública... inclusive campanhas eleitorais”. (Representante ALESP)

Um dirigente da SESSP, perguntado sobre a falta de um protocolo ou de um modelo mínimo para o gerenciamento dos recursos humanos desses hospitais, ou de regramentos para contratação de pessoal, uma vez que no que se refere à gestão de materiais esses hospitais têm que publicar seu regulamento de compras, responde:

(...) “As regras são claras. Eles não podem comprometer mais de 70% de seu orçamento com pessoal. Está no contrato de gestão.” (Dirigente SESSP)

E continua:

(...) “Essa observação que o senhor fez e que muitos criticam, para nós da SESSP é um grande ganho. Não existir um modelo vencedor ou um modelo gerencial padrão garante a flexibilidade”. (Dirigente SESSP)

Como o quadro de pessoal não é rígido sendo a cada ano pactuado com a SESSP em função da programação anual a ser cumprida, não há registro de falta de pessoal. Eventualmente, segundo um dos diretores, observa-se alguma pletoira nos serviços de pronto atendimento por conta de algum evento não previsto.

Todos os diretores afirmam que os respectivos hospitais possuem quadro de pessoal suficiente, qualitativa e quantitativamente, para o atendimento das cláusulas do contrato de gestão.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho foram observadas as características do modelo de gestão de pessoas nas OSS contratadas pela SESSP para o gerenciamento dos novos hospitais estaduais inaugurados a partir de 1998.

Conforme Duarte<sup>(16)</sup>, a novidade deste modelo de gestão e a inexistência de práticas similares consolidadas no país permitiram, nos vários desenhos elaborados por cada uma das OSS, a prospecção de práticas administrativas diferentes entre si e adaptadas segundo as características de cada localidade.

Ao contrário do diagnóstico do Banco Mundial anteriormente apontado, aqui os múltiplos regimes de contratação e de pessoas trabalhando no mesmo ambiente sob modalidades distintas, numa primeira avaliação, funciona como elemento facilitador na gestão de recursos humanos. As modalidades encontradas de captação de recursos humanos para esses hospitais podem ser sintetizadas nas seguintes categorias:

- Contratação de pessoal pelo regime CLT (total ou parcial);
- Contrato de prestação de serviços com Cooperativas Médicas ou de Outros Profissionais de Saúde;
- Contratação de Prestação de Serviços com Equipes Médicas organizadas como Pessoa Jurídica;
- Prestador credenciado sendo remunerado por serviço prestado ou por chamada;

- Trabalho autônomo sem vínculo empregatício (pagamento por RPA);
- Combinação de regimes com parte da equipe CLT, parte em regime de trabalho autônomo e parte ligada às cooperativas.

Os modelos de captação de pessoal (seleção interna, externa, concurso público, etc.) bem como as diversas modalidades de relação trabalhista (vínculo CLT, trabalho autônomo, cooperativas, etc.) respondem às necessidades de cada hospital, às características de cada uma das OSS e também às peculiaridades das várias categorias profissionais.

Quanto às novas tecnologias gerenciais utilizadas pelas OSS, foram observadas poucas práticas administrativas que podem ser consideradas como inovadoras ou refinadas. Destacam-se a pesquisa de clima organizacional, a avaliação do desempenho profissional e a utilização de painel de indicadores gerenciais no formato do BSC\*\*\* que ainda constituem novidade em muitos hospitais públicos.

O sistema de liderança, a formalização das estruturas de comando e as linhas hierárquicas nas OSS respondem

bem à lógica do modelo da administração pública gerencial, principalmente pela condução por profissionais especializados em administração de serviços de saúde, com experiência no setor, bastante envolvidos com esse modelo de gestão e com suficiente grau de autonomia em relação à entidade mantenedora.

Foram observados nesta pesquisa vários fatores que justificam os resultados obtidos com o modelo de gestão de hospitais públicos estaduais pelas OSS. Em primeiro lugar, e mais importante, é a flexibilidade na gestão de pessoas, conforme já detalhado. A gestão de recursos humanos, tal qual se apresenta nesses hospitais, apesar dos riscos de precarização dos vínculos trabalhistas, que devem ser controlados, responde adequadamente ao que se espera do modelo nos quesitos agilidade e flexibilidade.

## REFERÊNCIAS

1. Weber M. Economia e sociedade. 3ª ed. Brasília: UnB, 1999.
2. Przeworski A. Sobre o desenho do Estado: uma perspectiva agente x principal. In: Pereira LCB, Spink P, organizadores. Reforma do Estado e administração pública gerencial. Rio de Janeiro: FGV, 2001. p. 39-73.
3. Botazzo C. Unidade básica de saúde: a porta do sistema revisitada. Bauru: Edusc, 1999.
4. Cecílio LCO. O Estado como prestador direto da assistência hospitalar: sim ou não? Rev Adm Pública. 1999;33(2):23-37.
5. Pierantoni CR. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. Ciênc e Saúde Coletiva. 2001;6(2):341-60.
6. Pereira LCB. A reforma gerencial do Estado de 1995. Rev Adm Pública. 2000;34(4):7-26.
7. PNGS – Prêmio Nacional da Gestão em Saúde. Rumo à excelência: critérios para avaliação do desempenho e diagnóstico organizacional. São Paulo, 2005.
8. Etzioni A. Organizações modernas. São Paulo: Pioneira. 5ª ed., 1976.
9. Cecílio LCO. É possível trabalhar o conflito como matéria-prima da gestão em saúde? Cad Saúde Pública. 2005;21(2):508-16.
10. Junqueira LAP, Inojosa RM. Gestão dos serviços públicos de saúde: em busca de uma lógica da eficácia. Rev Adm Pública. 1992;26(2):20-31.
11. Lima SML. O contrato de gestão e a conformação de modelos gerenciais para as organizações hospitalares públicas. Rev Adm Pública. 1996;30:101-38.
12. OPAS. A transformação da gestão de hospitais na América Latina e Caribe. Brasília: OPAS/OMS, 2004.
13. Sant'Anna Jr A, Araújo FF, Cruz MCMT, Silva VM. Estudo sobre novas formas organizacionais nos municípios. In: Anais (Ciclo de estudos: novos modelos organizacionais.), 2006, São Paulo, BR; São Paulo: Fundação Prefeito Faria Lima. CEPAM. p. 119-34.
14. Bittar OJNV, Ibañez N. Modalidades de gestão do corpo clínico: a experiência das organizações sociais de saúde em São Paulo. In: Proteção social: dilemas e desafios. São Paulo: Hucitec, 2005. p. 266-314.
15. Ferreira Jr WC. Gerenciamento de hospitais estaduais paulistas por meio das organizações sociais de saúde. Rev Adm Pública. 2003;37(2):243-64.
16. Duarte IG. Características dos modelos de gestão das organizações sociais contratadas pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo para o gerenciamento de hospitais. Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação da CCD-SESSP para a obtenção do Título de Doutor em Ciências.

\*\*\* Balanced Scorecard – Sistema integrado de indicadores, conhecido como painel de bordo.