

CENTRO UNIVERSITÁRIO ALVES FARIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL

Leandro Soares da Silva

**GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE NO CONTEXTO DAS RELAÇÕES
PÚBLICO / PRIVADO NO ESTADO DE GOIÁS: ESTUDO DE CASO NO HOSPITAL
DE URGÊNCIA DE GOIÁS - HUGO.**

GOIÂNIA
2018

Leandro Soares da Silva

**GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE NO CONTEXTO DAS RELAÇÕES
PÚBLICO / PRIVADO NO ESTADO DE GOIÁS: ESTUDO DE CASO NO HOSPITAL
DE URGÊNCIA DE GOIÁS - HUGO.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Centro Universitário Alves Faria, como pré-requisito para obtenção do título de Mestre.

Linha de Pesquisa: Análise e Políticas de Desenvolvimento Regional

Orientador: Prof. Dr. Paulo Cesar Bontempo

**GOIÂNIA
2018**

Catálogo na fonte: Biblioteca FADISP

S586g Silva, Leandro Soares da
Gestão do trabalho em saúde no contexto das relações público privado no estado de Goiás: um estudo de caso no hospital de urgência de Goiás HUGO. / Leandro Soares da Silva – 2018.
120 fls; 30 cm.

Dissertação (Mestrado) – Centro Universitário Alves Faria (UNIALFA) – Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Desenvolvimento Regional – Linha de Pesquisa: Análise e Políticas de Desenvolvimento Regional - Goiânia, 2018.

Orientador (a): Prof. Dr. Paulo Cesar Bontempo

Inclui bibliografia

1. Sistema Único de Saúde (SUS). 2. Gestão em saúde. 3. Recursos Humanos 4. Organizações Sociais I. Silva, Leandro Soares da. II. UNIALFA – Mestrado em Desenvolvimento Regional. III. Título.

CDU: 332.146

Leandro Soares da Silva

**GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE NO CONTEXTO DAS RELAÇÕES
PÚBLICO / PRIVADO NO ESTADO DE GOIÁS: ESTUDO DE CASO NO HOSPITAL
DE URGÊNCIA DE GOIÁS - HUGO.**

Dissertação apresentada à Coordenação do Programa de Pós-Graduação das Centro Universitário Alves Faria, como pré-requisito para obtenção do título de Mestre.

Aprovada em: ____/____/____.

MEMBROS DA BANCA EXAMINADORA

Dr. Paulo Cesar Bontempo

Orientador

Dr. Alcido Elenor Wander

Membro Interno

Dra. Tatiana Carilly Oliveira Andrade

Membro Externo

**GOIÂNIA
2018**

*“É preciso que eu suporte duas ou três larvas
se quiser conhecer as borboletas.”
(Pequeno Príncipe).*

*“A melhor maneira de ser feliz é contribuir
para a felicidade dos outros.*

(Confúcio).

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Nelson Bezerra Barbosa, pela orientação no processo de desenvolvimento desta produção.

Ao Professor Doutor Paulo Cesar Bontempo, pela orientação no processo conclusivo desta produção.

À minha mãe, por fazer nascer em mim a vontade de ser melhor através da educação.

Ao meu pai, pelo exemplo de caráter e respeito ao próximo marcando em mim o necessário senso de dignidade e moral.

Ao meu filho, por me inspirar a ser bom e idealista.

À minha esposa, pela fé depositada, pela paciência apurada, pela força doada e amor incondicional.

À direção da unidade pesquisada, aos técnicos destas e do nível central da SES-GO pela valiosa colaboração.

A todos aqueles que, de forma direta ou indireta, contribuíram para tornar possível este projeto.

À UNIALFA, pelo apoio a sua realização.

RESUMO

SILVA, Leandro Soares da. GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE NO CONTEXTO DAS RELAÇÕES PÚBLICO/PRIVADO NO ESTADO DE GOIÁS: ESTUDO DE CASO NO HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS - HUGO. 2018. 120 p. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional) – Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu*, Centro Universitário Alves Faria - UNIALFA, Goiânia, 2018.

Este trabalho tem como objetivo analisar o processo de gestão do trabalho na unidade hospitalar HUGO, gerida pelo modelo de Organizações Sociais de Saúde. Trata-se de um estudo analítico, com delineamento de estudo de caso. As fontes de informação foram compostas por elementos qualitativos e quantitativos, tendo sido utilizados como instrumentos de coleta de dados questionários e entrevistas, além de consultas a documentos institucionais para obtenção de dados secundários. Os resultados demonstram para uma tendência favorável à administração pela Organização Social, sendo que, 63,0% dos entrevistados apontam uma melhora nas condições de trabalho, após mudança para esse novo modelo de gestão. Esse trabalho possibilitou identificar aspectos positivos e negativos, sob o olhar do profissional de saúde a respeito do gerenciamento de unidades públicas administradas por Organizações Sociais de Saúde. Além disso, os resultados obtidos possibilitarão agregar conhecimento necessário sobre o tema, permitindo o desenvolvimento de estratégias para uma melhor gestão nas unidades de saúde

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; Gestão em saúde; Recursos Humanos; Organizações Sociais.

ABSTRACT

SILVA, Leandro Soares da. MANAGEMENT WORK IN HEALTH OF THE CONTEXT OF PUBLIC / PRIVATE RELATIONS IN THE STATE OF GOIÁS: A CASE STUDY URGENCY HOSPITAL IN GOIÁS - HUGO. 2018. 120 p. Thesis (Master in Regional Development) - Stricto Sensu Postgraduate Program, Alves Faria University Center - UNIALFA, Goiânia, 2018.

The present work has a objective to analyze the process of work management in a hospital unit HUGO governed by the model of Social Health Organizations. This is an analytical study, with a case study outline. The sources of information were composed of qualitative and quantitative elements, and questionnaires and interviews were used as instruments of data collection, as well as consultations with institutional documents to obtain secondary data. The results evidence a favorable trend for administration by the Social Organization, and 63.0% of respondents point to an improvement in working conditions, after changing to this new management model. This work made it possible to identify positive and negative aspects, under the health professional's view regarding the management of public units administered by Social Health Organizations. In addition, the results obtained will allow to aggregate necessary knowledge about the subject, allowing the development of strategies for better management in the health units.

Keywords: Unique Health System; Health Management; Human Resources; Social Organizations.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribuição dos participantes da pesquisa com base nos cargos.	71
Gráfico 2: Distribuição dos participantes da pesquisa com base no vínculo profissional.....	81

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Quantitativo de produção assistencial	68
Quadro 2: Valores de remuneração para médicos e enfermagem com base no vínculo contratual	86

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição das variáveis sociodemográficas.....	69
Tabela 2: Distribuição dos profissionais do HUGO em relação ao tempo.....	71
Tabela 3: Perspectiva do profissional em relação à Gestão de materiais.	74
Tabela 4: Perspectiva do profissional em relação à organização de processos e rotinas	75
Tabela 5: Perspectiva dos profissionais acerca das mudanças nos modelos de gestão.	77
Tabela 6: Perspectiva do profissional em relação ao ambiente de trabalho.	79
Tabela 7: Perspectiva do profissional em relação ao processo de recrutamento, seleção e contratação.....	81
Tabela 8: Relação entre o vínculo profissional e o processo de recrutamento praticado na unidade.	83
Tabela 9: Perspectiva do profissional a respeito da remuneração praticada na unidade.	85
Tabela 10: Índice de rotatividade do ano de 2017.....	88

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AGIR	Associação Goiana de Integralização
AGR	Agência Goiana de Regulação
AIS	Ações Integradas de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ART	Artigo
CAPS	Caixas de Aposentadoria e Pensões

CEME	Central de Medicamentos
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Constituição Federal
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPJ	Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CRER	Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo
DATAPREV	Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social
DRC	Doença Renal Crônica
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EUA	Estados Unidos da América
FASA	Fundação de Assistência Social de Anápolis
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FMI	Fundo Monetário Internacional
FPAS	Fundo de Previdência e Assistência Social
FUNABEM	Fundação Nacional do Bem Estar do Menor
FUNRURAL	Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural
FUPAC	Fundação Presidente Antônio Carlos
GM	Gabinete do Ministro
GO	Goiás
HUANA	Hospital Estadual de Anápolis Dr. Henrique Santillo
HUGO	Hospital de Urgência de Goiânia
IAPAS	Instituto de Arrecadação da Previdência e Assistência Social
IAPB	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários
IAPC	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciais
IAPECT	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Empregados em transportes e cargas
IAPI	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários
IAPM	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos

IAPS	Instituto de Aposentadoria e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IGES	Instituto de Gestão em Saúde/ Instituto Gerir
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LAB	Legião Brasileira de Assistência
LOPS	Lei Orgânica da Previdência Social
MARE	Ministério da Administração e Reforma do
MBA	<i>Master in Business Administration</i>
MEC	Ministério da Educação
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
NGP	Nova Gestão Pública
NOB	Norma Operacional Básica
NOB/RH	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos
NOBS	Normas Operacionais Básicas – NOBS
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OPEP	Organização dos Países Exportadores de Petróleo
OS	Organizações Sociais
OSS	Organização Social de Saúde
OSSs	Organizações Sociais de Saúde
OVG	Organização das Voluntárias de Goiás
PAB	Piso da Atenção Básica
PDRAE	Plano Diretor da Reforma Administrativa do Estado
PGE-GO	Procuradoria Geral do Estado de Goiás
PIASS	Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento
PIB	Produto Interno Bruto
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNHOSP	Política Nacional de Atenção Hospitalar
PREV-SAUDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde

RH	Recursos Humanos
RORHS	Rede de Observatórios de Recursos Humanos em Saúde
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SADT	Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SES-GO	Secretaria Estadual de Saúde de Goiás
SGPF	Superintendência de Gestão, Planejamento e Finanças
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UNIRG	Centro Universitário de Gurupi
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UPAs	Unidades de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
1 REFERENCIAL TEÓRICO	19
1.1 Sistema Único de Saúde e seus antecedentes	19
1.1.1 Sistema Único de Saúde – antecedentes e implantação no Brasil.....	19
1.1.2 Conceito, princípios e diretrizes norteadores do Sistema Único de Saúde	23
1.1.3 Fluxo do paciente na rede de serviços	28
1.1.4 As redes de atenção à saúde e o papel das unidades hospitalares	29
1.2 Organizações Sociais (OS): novos arranjos institucionais na gestão pública.	32
1.2.1 Organizações sociais: antecedentes históricos	32
1.2.1.1 O ideário do Estado de Bem-Estar Social	32
1.2.1.2 A crise fiscal e a reemergência do liberalismo.....	33
1.2.1.3 A Nova Gestão Pública e a reforma gerencial de 1995.....	35
1.2.2 Organizações Sociais: surgimento e implantação no Brasil.....	36
1.2.3 Organizações Sociais de Saúde (OSS): O modelo de parceria público-privado na gestão em saúde.....	38
1.3 Gestão do trabalho: contextualização temática.....	40
1.3.1 Evolução na abordagem à administração de pessoas	40
1.3.2 Políticas Públicas na Gestão de Recursos Humanos no setor saúde	46
1.3.3 A complexidade da Gestão do trabalho no âmbito da saúde e no modelo alternativo das Organizações Sociais	52
2 ABORDAGEM METODOLÓGICA.....	58
2.1 Tipo de estudo.....	58
2.2 Local de estudo	59
2.3 População e amostra do estudo	59
2.4 Os instrumentos de coleta de dados.....	60
2.5 Aspectos Éticos	61
3 ANÁLISE E DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS	63
3.1 Caracterização da Unidade	63
3.2 Processo de recrutamento e seleção.....	65
3.3 Gerenciamento e o processo de implantação da OSS na Instituição.....	66
3.4 Monitoramento e análise da produção assistencial.....	68
3.5 Perfil Sociodemográfico.....	69
3.6 Condições de trabalho.....	72
3.6.1 Gestão de Materiais e Suprimentos	72

3.6.2	Organização de processos de trabalho.....	74
3.6.3	Caracterização do ambiente de trabalho.....	78
3.7	Relações de trabalho e Recursos Humanos.....	79
3.8	Padrão de remuneração no HUGO	84
3.9	Rotatividade na OSS	87
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	90
	REFERÊNCIAS	93
	ANEXO I - TERMOS ADITIVOS DO CONTRATO DE GESTÃO N° 064/2012- SES/GO.....	103
	ANEXO II - ORGANOGRAMA HUGO.....	106
	APÊNDICE I.....	107
	APÊNDICE II	112
	APÊNDICE III.....	116
	APÊNDICE IV.....	119

INTRODUÇÃO

Historicamente, no Brasil colonial, inexistiu a preocupação com a saúde pública. Naquele tempo a medicina era exercida de forma não profissional, por pajés, boticários e feiticeiros, sendo que a primeira notícia da existência de médicos no Brasil remonta o ano de 1789, quando no Rio de Janeiro havia quatro médicos. Em meados do século XX iniciou-se um movimento que aspirava políticas de saúde focada na assistência à população trabalhadora, e ao conjunto da população em geral (MARQUES, 1999).

Entre os anos de 1933 e 1938 surgem os Institutos de Aposentadoria e Pensões – IAPS, que constituíam um ente de arrecadação de valores de empregados e empregadores, dos diversos ramos de atividade e setores. Estes fundos eram utilizados pelos trabalhadores através de aposentadorias, pensões e acesso a saúde. Sendo assim, em 1933 surgiu o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos; em 1934, o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciantes, e em 1936, o IAPI, dos trabalhadores da indústria, dentre diversos outros (COHN; ELIAS, 2005).

Já em 1960 é criada a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), que uniformiza os benefícios prestados pelos Institutos. É a partir da LOPS que surge a responsabilidade da Previdência Social pela assistência médica individual aos beneficiários (MAIA, 2014).

Com o passar do tempo, identifica-se o acúmulo de receitas do setor previdenciário, e assim, o governo investe em outros setores e não somente na saúde. E, além de custear despesas com saúde e previdência, os recursos passam a ser destinados a projetos de desenvolvimento e infraestrutura, como estradas, pontes e usinas (MAIA, 2014).

A preocupação social e política com a democratização do acesso à saúde, que se estrutura em torno de um ideário de reforma sanitária na década de 70, passam a evidenciar-se especificamente na década de 1980 culminando com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986 e que propôs a saúde como um direito universal. É neste contexto que surge o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS, baseado nos princípios de integração e descentralização da prestação dos serviços de saúde. O SUDS foi criado pelo Decreto nº 94.657, de 20 de julho de 1987 e é a partir desse sistema, que houve a descentralização da saúde, com destinação de recursos públicos ao setor para estados e municípios (COSTA JÚNIOR; COSTA, 2014).

O Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil tem como nascedouro a Constituição Federal, promulgada em 05 de outubro de 1988, estabelecendo como princípios o acesso equânime e universal à saúde; além da integralidade e do controle social, dentre outros

princípios. A cerca dos princípios citados, Litwinski (2011) destaca: a) universalidade, este princípio ensina que garantia de acesso à saúde destina-se a todo e qualquer cidadão; b) integralidade: por este princípio, as unidades de saúde que compõem o SUS, apesar dos diversos graus de complexidade, formam um grupo indivisível para a assistência aos usuários, considerando todas as suas necessidades.

O SUS, em contexto global, é um dos maiores modelos de saúde pública do mundo e um direito reconhecido constitucionalmente. Com o surgimento do sistema, passa-se do modelo previdenciário para o modelo universalista (LITWINSKI, 2011).

Neste ponto, importante destacar que no Brasil o sistema de saúde apresenta-se estruturado e organizado por níveis de atenção, caracterizando-se, assim, pela descentralização na prestação do serviço público (LITWINSKI, 2011). Nestas condições, o primeiro nível de atenção é formado pelas Unidades Básicas de Saúde. Neste nível são promovidas ações direcionadas à promoção da saúde, à prevenção de doenças, cura e reabilitação. Este nível possui a organização na esfera Municipal. Importante ressaltar que, Atenção Primária e Atenção Básica em Saúde referem-se ao mesmo nível de atenção e são usadas como sinônimos ao longo deste trabalho

No nível secundário estão as Unidades de Pronto Atendimento, denominadas UPAs, os hospitais gerais (policlínicas, hospitais de atenção básica, laboratório municipal, etc.) e unidades de atendimento especializado ou de complexidade média. Neste as intervenções são de maior densidade tecnológica, do que no sistema primário. No nível terciário estão os hospitais de alta complexidade e demais unidades especializadas, onde são tratados os casos mais complexos, onde são ofertados pelo Setor Público ou pelo privado conveniado ou contratado recursos tecnológicos avançados (BRASIL, 2010). O grande desafio do sistema é o de gerir recursos para atender toda a população em todas as suas necessidades, desafio que não é exclusivo do setor saúde, mas do conjunto da administração pública.

No tocante à gestão equilibrada dos recursos públicos direcionados às unidades de saúde, é interessante ressaltar que foi no ano de 1995, no Governo FHC, que se iniciou o movimento de reforma administrativa, abrangendo todo o serviço público, na formação de novos arranjos institucionais na gestão, inclusive, com a adoção do mix público/privado. As organizações sociais representam esta iniciativa de implantação de novos modelos de gestão.

Estas organizações têm a atribuição de gerir unidades de saúde, em nome do poder público, sendo vinculados a estes por meio de contrato de gestão. A possibilidade jurídica de criação das Organizações Sociais de Saúde (OSS's) surgiu no ano de 1997, quando houve a edição da medida provisória n.1.591/1997 (BRASIL, 1997), que em seu artigo 1º estabeleceu

que o “Poder Público poderá qualificar como organizações sociais pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas finalidades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica (...) e à saúde” (LEITE, 2015). Nesse contexto, surgem as OSS’s, como instituições privadas sem fins lucrativos, que estabelecem uma nova modalidade de relação entre o setor público e o privado por meio dos contratos de gestão, com a finalidade de gerir os serviços de saúde com maior autonomia gerencial e sem os entraves burocráticos (TURINO et al., 2006). Do ponto de vista da gestão de recursos, as Organizações Sociais não estão sujeitas às normas que regulam a gestão de recursos humanos, orçamento e finanças, compras e contratos na administração pública. Com isso, há, pelo menos em teoria, um significativo ganho de agilidade e qualidade na seleção, contratação, manutenção e desligamento de funcionários, bem como nas aquisições de bens e serviços, uma vez que seu regulamento de compras e contratos não se sujeita ao disposto na Lei nº 8.666 de 1993. Esse ganho de agilidade reflete, sobretudo, na conservação do patrimônio público cedido à Organização Social ou patrimônio porventura adquirido com recursos próprios (MACHADO; BARBOSA, 2014).

No Estado de Goiás, o primeiro Hospital gerido por uma OSS iniciou suas atividades em 2002 e a extensão deste formato de gestão para os hospitais públicos está sendo vigorosamente colocada em ação em todo o Estado (VIEIRA, 2013). Infere-se, daí, a necessidade de mapear e monitorar as características gerais e processuais desse novo modelo de experiência gerencial no Estado de Goiás, visto que estudos com enfoque nessa temática têm sido mais explorados em outros estados.

Com base no tema proposto, a problematização deste projeto aponta-se com a seguinte interrogação: De que forma se estrutura e se desenvolve a gestão do trabalho, em uma unidade hospitalar do Estado de Goiás, com a adoção do modelo de gestão por Organizações Sociais de Saúde? Sendo ainda orientado pelas questões norteadoras como: de que forma se estrutura o processo de recrutamento e seleção de pessoal na unidade hospitalar estudada? Quais as principais características em relação aos profissionais ao qual atuam na Instituição? Quais os níveis de satisfação dos colaboradores e adequação dos processos da unidade hospitalar sob o olhar dos profissionais ao qual militam na unidade campo de pesquisa? Com base nas informações colhidas junto ao setor de Recursos Humanos, qual o padrão de remuneração adotado na Unidade e como configura o índice de rotatividade da Instituição?

De acordo com essas indagações, para o desenvolvimento desta pesquisa, traçou-se como objetivo geral analisar o processo de gestão do trabalho na unidade hospitalar HUGO gerida pelo modelo de organizações sociais de saúde. Por conseguinte, destacamos como objetivos específicos: caracterizar a unidade de pesquisa, bem como detalhar seu processo de

recrutamento e seleção de profissionais; descrever o processo de implantação da OSS na instituição, apresentando os indicadores de produção assistencial atuais; analisar a situação funcional dos profissionais retratando o perfil sociodemográfico, condições e suas relações de trabalho sob o olhar do trabalhador; e por fim, avaliar o padrão de remuneração e rotatividade da unidade de pesquisa

Para a realização do presente estudo, optou-se por um estudo analítico, do tipo estudo de caso, com abordagem quantitativa e qualitativa, cujo objeto apresentava-se como fonte primária a descrição, análise e interpretação dos dados em relação às respostas dos questionários e entrevistas semi-estruturadas aplicadas aos profissionais e gestores que militam no Hospital de Urgência de Goiânia – HUGO. Como fonte secundária utilizou-se documentos complementares ao assunto proposto, como relatórios de execução e produtividade, balancetes, demonstrativos financeiros e editais publicados em Diário Oficial.

Cabe destacar que a motivação para a escolha da temática da pesquisa deve-se ao fato do pesquisador apresentar experiência em gestão público-privada e desenvolver atividades profissionais sobre o assunto, trazendo viabilidade para a realização do estudo. Além disso, despertou o interesse em investigar o impacto dessa mudança organizacional na Gestão de Trabalho, bem como apontar a desenvoltura das unidades hospitalares localizadas em Goiás sob esse novo modelo de gestão. A hipótese em que se fundamenta esse projeto é que, o modelo de Gestão por Organizações Sociais de Saúde, por conta do formato suficiente e de independência gerencial, estruturalmente confere maior êxito na gestão do trabalho.

1 REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 Sistema Único de Saúde e seus antecedentes

No presente capítulo, far-se-á a análise sistemática do que vem a ser o Sistema Único de Saúde (SUS), abrangendo seus antecedentes, seus princípios e diretrizes, sua organização e funcionamento, bem como o papel das unidades hospitalares.

1.1.1 Sistema Único de Saúde – antecedentes e implantação no Brasil

Para a compreensão do Sistema Único de Saúde é importante analisar as condições históricas que propiciaram sua criação. Aliás, não há como compreender a atualidade de um sistema complexo, como é o SUS, sem dedicar-se antes, ao histórico de sua implantação.

Ao realizar-se o percurso histórico da matéria, verifica-se que no Brasil, na época colonial, a saúde prestada à população era tímida e as notícias que se tem é da atuação de curandeiros, boticários, etc. Nessa trajetória, as primeiras notícias quanto à saúde pública ditam o ano de 1808, período em que o Rio de Janeiro, por conta de apresentar-se como o principal porto do país tornou-se o centro de ações sanitárias (MARQUES, 2003).

Em 1829, houve a criação da Imperial Academia de Medicina, caracterizada como órgão consultivo do imperador Dom Pedro I, o qual atuava diretamente nas questões ligadas à saúde pública nacional. Ocorre que, apesar da preocupação, as políticas implantadas pelo Império demonstravam-se frágeis e impunha à população a procura de outros meios para assegurar a saúde. Àqueles que detinham recursos financeiros, eram encaminhados à assistência médica na Europa, ou clínicas particulares que no referido período surgiram no Rio de Janeiro. Já os demais, direcionavam-se aos praticantes da medicina informal, como já dito, curandeiros e boticários (MARQUES, 2003).

A partir de 1900, há um sensível desenvolvimento econômico, isso decorrente da expansão das indústrias cafeeiras, que estimularam o setor comercial e bancário, bem como promoveu gradativamente a integração do mercado interno. Esse desenvolvimento decorreu por três fatores principais (investimento estatal, safra cafeeira recorde e entrada de capital estrangeiro): com a abolição da escravidão o governo imperial liberou créditos para a lavoura e adotou uma política emissãoista mais flexível que, ao lado da enorme safra cafeeira e da entrada de capitais estrangeiros, provocaram uma euforia nos negócios (MAIA, 2013). Por

conta disso há a instituição de incipientes políticas estatais sanitárias para controlar endemias e epidemias de várias doenças, como a varíola, malária e febre amarela (MARQUES, 2003).

“A medicina tomou sobre si o papel de guia do Estado para assuntos de ordem sanitária, assumindo um comprometimento de garantir a melhoria da saúde individual e coletiva sendo esta iniciativa parte do projeto de modernização e desenvolvimento do país” (Marques, 2003).

Até aqui, as preocupações do Estado brasileiro com políticas estatais no campo da saúde pública não passavam do aspecto higienista. Neste percurso, é importante frisar que, em meio à chamada República do Café com Leite, houve a instalação do Estado Liberal. Esta ideologia caracteriza-se pelo objetivo de garantir a ordem pública e política, bem como à população o respeito à propriedade privada e a livre iniciativa, de forma a não intervir na sociedade ou na economia. Assim, diante desse distanciamento do Estado da população, nesse período se têm pouca evolução no campo da saúde pública, reduzidas as medidas de contenção de possíveis focos de disseminação de doenças. A realidade socioeconômica do país e a fragilidade da população, no tocante à saúde fez com que o Estado tomasse medidas garantidoras à saúde, e foi desta forma que surgiram os primeiros mecanismos de política estatal de oferta de ações e serviços de saúde aos indivíduos (REMOR, 2009).

As Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPS) foram criadas no ano de 1923 por iniciativa do poder central, sendo reconhecidas como a primeira forma de seguro para trabalhadores do setor privado. A principal característica desta política pública na área da saúde era o fato de que o trabalhador estava assegurado em caso de problemas de saúde e, igualmente, se dependesse da concessão de aposentadorias e pensões (COHN; ELIAS, 2005).

Em acréscimo, Cohn e Elias (2005) explicam como se constituíam a organização das referidas instituições e sua função social:

“As CAPS, organizadas por empresas, por meio de um contrato compulsório e sob a forma contributiva, tinham como função a prestação de benefícios (pensões e aposentadorias) e a assistência médica a seus filiados e dependentes” (COHN; ELIAS, 2005).

As CAPS apresentavam um modelo de contribuição tripartite, no qual destacavam-se as seguintes figuras: empregado, empresa e Estado, este último atuava especificamente na mediação da base contributiva previdenciária (MAIA, 2014).

Neste aspecto, convém frisar que já no final do ano de 1932, haviam 140 CAP'S no Brasil, com mais de 19 mil segurados ativos, deles 10.300 aposentados e outros 8800 pensionistas, beneficiários de serviços de natureza previdenciária, assistência médica, e fornecimento de medicamentos. Como cada órgão detinha o próprio regulamento, a estrutura da CAP'S era fragmentária e isto tornou o sistema ineficiente, além disso, o Estado pretendia

estender a todas as categorias do operariado urbano organizado, os benefícios da previdência (MAIA, 2014).

Diante desse quadro, havia a necessidade de inovação do sistema de atuação estatal na área de saúde pública, e é assim que entre os anos de 1933 e 1938, surgem os denominados Institutos de Aposentadoria e Pensões – IAPs. Em 1933 é criado o IAPM (dos marítimos), em 1934 o IAPC (dos comerciários) e o IAPB (dos bancários), em 1936 o IAPI (dos industriários), que começa a funcionar somente em 1938, e no mesmo ano o IAPETC (dos trabalhadores em transporte de cargas). Os IAPS eram ligados a diversos setores da economia, e diferentes das CAPs, se organizam por ramo de atividade e não por empresas, mantendo a mesma formulação no que tange à arrecadação de valores dos empregados para destiná-los a aposentadorias, pensões e assistência à saúde (COHN; ELIAS, 2005).

Importante destacar que nessa época, todo o dinheiro arrecadado dos empregados, por intermédio de uma poupança obrigatória era vinculado à concessão de aposentadorias, pensões e prestação de auxílio. Apesar disso, já nessa época, o Estado demonstrava que não detinha capacidade para o direcionamento dos recursos de forma a atender as necessidades sociais e essa ineficiência estatal é responsável pelo surgimento de inúmeros movimentos populares que discutiam os reais investimentos realizados pela previdência social na saúde brasileira (COHN; ELIAS, 2005).

Neste quadro evolutivo, diante das mudanças políticas, econômicas e sociais ocorridas a partir de 1945 surge o denominado Estado Social, no qual o Poder Público assume de forma mais direta a missão de promover o bem-estar social, criando escolas e creches; organizando o transporte coletivo. No tocante ao setor saúde a lógica não se altera, com o IAP's persistindo como modelo a despeito da maior presença do Estado, com o trabalhador pagando pela sua assistência (COHN; ELIAS, 2005).

É assim que no ano de 1953 foi criado o Ministério da Saúde que inovou com a criação de ações limitadas ao controle de situações que envolvam risco coletivo. As ações de saúde seguem na previdência como parte de um pacto de serviços de saúde, previdenciários e de assistência social. Em 1960 é criada a Lei Orgânica da Previdência Social, que propõe a uniformização dos benefícios prestados pelos Institutos (aposentadorias e pensões), e também a Previdência Social fica com a responsabilidade pela assistência médica individual aos seus beneficiários (COHN; ELIAS, 2005).

Aliás, esta evolução continua até na década de 60, onde observa o aumento gradativo dos recursos arrecadados pelo Estado junto a IAPS. No mesmo ano, há o advento da Lei Orgânica da Previdência Social, que surge justamente para uniformizar os benefícios prestados

pelos Institutos, pensões ou aposentadorias. Neste descortino, é a partir daqui que a previdência social se torna responsável pelo acesso à saúde do trabalhador (MAIA, 2014).

A partir de meados da década de 60 os gastos do Estado na área social cresceram substancialmente, apesar desse aumento nos gastos, as demandas sociais não atendidas crescem em ritmos acelerado, manifestando a ineficiência do próprio Estado. Em razão disso, em 1966, com a unificação da previdência social, logo após a fase do Golpe Militar de 1964, há a fusão de todos os IAP's existentes no Brasil em um único instituto, isso porque, é clara a necessidade de garantir a assistência médica e previdenciária aos contribuintes do sistema e com um único instituto é mais fácil gerir demandas, organizar serviços e controlar recurso financeiros. Nesse momento a previdência adquire um perfil mais assistencialista, com maior interferência pública e a assistência médica (COHN; ELIAS, 2005).

Em meados do ano de 1977, há a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social – SINPAS, para reestruturar a previdência e reorganizar sua gestão administrativa, financeira e patrimonial. Ao separar a parte de benefícios e assistência médica, reconhece de fato a importância que a assistência médica previdenciária assume como volume de recursos a ela destinado e como instrumento de barganha e legitimidade política. O SINPAS, composto por INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social), IAPAS (Instituto de Arrecadação da Previdência e Assistência Social) DATAPREV (Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social), LAB (Legião Brasileira de Assistência), FUNABEM (Fundação Nacional do Bem Estar do Menor) e a CEME (Central de Medicamentos) é surpreendido por vir a público, em 1979, por iniciativa da Secretaria do Planejamento, um enorme rombo financeiro da Previdência Social. Vindo assim, à tona a fragilidade do suporte financeiro do SINPAS (COHN; ELIAS, 2005).

Para financiar o SINPAS, também foi criado o Fundo de Previdência e Assistência Social (FPAS), composto principalmente da fonte "contribuição compulsória de empregados e empregadores sobre a folha de salários". A segunda fonte mais importante era a contribuição da União. Os recursos do Fundo eram distribuídos de acordo com o Plano Plurianual de Custeio da Previdência.

Ainda na década de 70 a crise do modelo previdenciário denotou a necessidade de mudanças no setor de saúde. Neste campo, é importante destacar que a crise no contexto da saúde pública teve reflexo da crise do Estado. Sumariamente, tal crise restou evidente diante da ineficácia, ineficiência, iniquidade e insatisfação dos usuários. Neste ponto, convém salientar que a ineficiência é palpável diante do crescente aumento dos gastos com a saúde pública (MENDES, 2012). Houve esforços no sentido de universalizar a assistência médica,

estendendo-a ao meio rural e a outros setores da população, como exemplos, as experiências do FUNRURAL e do PIASS, e em 1980, a proposta do PREV-SAUDE, que sequer saiu do papel. Retratando assim, um sistema ineficiente, e cada vez se tornando mais distante das reais necessidades de saúde da população (COHN; ELIAS, 2005).

Com a crise econômica de 1980-1981, adotou-se um conjunto de medidas voltadas para a contenção de despesas, e diante da compreensão que a causa do déficit orçamentário residia o elevado gasto com assistência médica, surge a proposta das Ações Integradas de Saúde (AIS), ao qual representavam uma economia de recursos e uma extensão da assistência médica individual, e vista como uma estratégia de reversão das distorções aberrantes do atual sistema de saúde, assim começam a ser assinados os primeiros convênios em 1983 (COHN; ELIAS, 2005).

O avanço dos debates sobre a saúde consolida a proposta de descentralização como única alternativa para a constituição de um sistema de saúde adequado às reais necessidades da população, viabilizando sua universalização e equidade. Assim, era necessária a criação de um modelo que adequasse mais os anseios sociais aos compromissos estatais. Especificamente na década de 1980, é assinado o decreto nº 94.657, criando o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS. Importante destacar, neste ponto, que enquanto esteve em atividade, o SUDS foi mantido por convênios entre a União e os estados. Além do mais, a efetivação desse Sistema aconteceu mediante a transferência dos hospitais públicos federais para a gestão dos estados. O SUDS foi uma etapa de transição para o SUS (REMOR, 2009).

O SUS, nesse processo de evolução das políticas sociais de saúde foi criado em 1988, pela Constituição Federal Brasileira. O qual revelou a preocupação do Estado Brasileiro no acesso à saúde pública a todos os cidadãos. Vale ressaltar que a instituição do sistema de saúde como único e público, conduzido por um só Ministério e com as mesmas diretrizes em todo o País, resultaram de ideias provenientes de movimentos da sociedade e diversas ações políticas, voltadas para o setor. O SUS representou a materialização de uma nova concepção de saúde. Seu processo de implementação é complexo e demanda investimentos na melhoria de seu desempenho, especialmente em relação a aspectos organizacionais e de gestão. Os objetivos que foram delineados para sua criação, não têm sido amplamente alcançados. Estes aspectos, e outros, porém, serão tratados futuramente no desenvolvimento dos demais tópicos do trabalho científico.

1.1.2 Conceito, princípios e diretrizes norteadores do Sistema Único de Saúde

A Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, de forma mais específica trata do SUS, definindo-o no artigo 4º como sendo: “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” (BRASIL, 1990).

De acordo com o art. 5º da referida Lei são os objetivos do Sistema Único de Saúde SUS:

I - A identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei; III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

O sistema SUS também possui princípios que sustentam sua formulação, ao qual deve-se atentar aos princípios da universalidade, equidade e integralidade, pela relevância dos mesmos neste projeto.

Segundo o princípio da universalidade, o acesso à saúde é para todos aqueles que estão em território nacional, estrangeiros, crianças, adultos, sem qualquer diferenciação, havendo um processo de cobertura integral ao indivíduo, e aqui se revela o princípio da integralidade, já que o sistema SUS possui um leque de ações possíveis de promover a saúde, prevenir riscos e agravos, além da realização de ações de cura e reabilitação. Portanto, um conjunto de atividades individuais e coletivas, abrangendo pessoas e seu entorno físico e social (TEIXEIRA, 2011).

Destaca-se ainda, que pelo princípio da integralidade estão compreendidos aspectos desde a regulação das políticas públicas de saúde ao indivíduo-usuário, dentro de uma perspectiva de atendimento que considere o cuidado nas mais diversas dimensões do ser humano (BENJAMIN; SILVA; TANAKA, 2012). A Constituição Federal de 1988 apresenta assim a integralidade na lógica do acesso a todos os níveis assistenciais do sistema (BRASIL, 1988).

Segundo Mattos (2001), a integralidade possui três dimensões: relacionado às práticas dos profissionais de saúde; à organização dos serviços e das práticas de saúde; e à abrangência das políticas de saúde:

O primeiro sentido está relacionado ao movimento da medicina integral que criticava os currículos de base flexneriana formadores de médicos com atitudes fragmentárias e reducionistas, centrado na doença, tendo como campo privilegiado de atuação o hospital, desconsiderando o social, o coletivo, o público e a comunidade. O movimento da medicina integral tinha como proposta realizar reformas curriculares nos cursos médicos. A integralidade estaria relacionada à postura desejável dos profissionais de saúde: olhar atento sobre as necessidades do sujeito-usuário que ultrapassam o sofrimento por ora apresentado. O segundo sentido discute a tentativa de superar a dissociação entre as práticas de saúde pública e assistencial consolidada no país nos anos 1970. Os serviços devem estar organizados para atender de forma abrangente as necessidades da população de sua responsabilidade. Nesta concepção, a integralidade não seria apenas uma atitude, mas um modo de organizar o processo

de trabalho. Por fim, o terceiro sentido corresponde às respostas governamentais dadas a problemas específicos de saúde. Neste contexto, a integralidade está relacionada às configurações de políticas específicas e/ou especiais. Defende-se a ampliação do olhar sobre os sujeitos a serem tratados e do elenco de ações contempladas nestas políticas, tanto preventivas quanto assistenciais (MATTOS, 2001).

Em resumo, os princípios norteadores do SUS sugerem a reestruturação do sistema nos seguintes termos: a saúde é um direito do cidadão e dever do Estado; a saúde não deve ficar restrita à assistência médica, por ser resultante de vários fatores, inclusive sociais; o sistema nacional de saúde deve ser reestruturado de forma a gerar um sistema único de saúde, regido pelas seguintes diretrizes: universalização do acesso, equidade no atendimento, integralidade das ações, descentralização e participação da sociedade (REMOR, 2009).

Entretanto, não só os referidos princípios sustentam o sistema SUS, como também diretrizes, que revelam estratégias para que o sistema de serviços a saúde garanta a integralidade do cuidado ao paciente, e são elas: descentralização, hierarquização das unidades de produção de serviços e integração das ações promocionais, preventivas e curativas (TEIXEIRA, 2011).

De forma a ilustrar o posicionamento legal quanto às diretrizes do SUS no ordenamento jurídico brasileiro, transcreve-se o teor do art. 198 da Constituição Federal:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I- Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II- Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III- Participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Especificamente pela diretriz da descentralização constata-se a transferência do poder de decisão sobre a política de saúde do nível federal (MS) para os Estados (SES) e também municípios (SMS).

“Esta transferência ocorre a partir da redefinição das funções e responsabilidades de cada nível de governo com relação à condução político administrativa do sistema de saúde em seu respectivo território (nacional, estadual, municipal), coma transferência, concomitante, de recursos financeiros, humanos e materiais para o controle das instâncias governamentais correspondentes” (TEIXEIRA, 2011).

A descentralização é de caráter político e se deve à autonomia que as unidades federativas obtiveram com o artigo 18 da CF/1988. Assim, cada unidade federativa é imbuída de autonomia administrativa que permite a melhor organização de seus órgãos e agentes, para a realização das tarefas de proteção à saúde, todavia subordinados às normas da legislação federal e à legislação estadual, conforme art. 24, inciso XII da CF/1988. O artigo 30, inciso I,

do mesmo instrumento legal permite ao município legislar em casos ou assuntos de interesse regional (BRASIL, 1988).

De outro lado, por regionalização, entende-se a definição de uma base territorial para o sistema de saúde. Por hierarquização dos serviços compreende-se a organização das unidades dos estabelecimentos de saúde pública por nível de atenção, segundo grau de densidade tecnológica, de forma a relacionarem entre si para o melhor acesso da população.

“O grau de complexidade tecnológica dos serviços, isto é, o estabelecimento de uma rede que articula as unidades mais simples às unidades mais complexas, através de um sistema de referência e contra referência de usuários e de informações” (TEIXEIRA, 2011).

Como se vê, a Constituição instituiu também, no artigo 198, a participação da comunidade no SUS, o que ocorrerá nas três esferas do governo, de acordo com o disposto nos termos dos parágrafos 1º e 2º da Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1988).

Diante desse quadro foram criados os Conselhos de Saúde, que são órgãos deliberativos que atuam como espaços participativos estratégicos na reivindicação, formulação, controle e avaliação da execução das políticas públicas de saúde. Busca-se, desta maneira, que atores sociais historicamente não incluídos nos processos decisórios do país participem, com o objetivo de influenciarem a definição e a execução da política de saúde (BRASIL, 1988).

Para estruturação e operacionalização do SUS, o Ministério da Saúde, editou as Normas Operacionais Básicas - NOBS. As normas são instrumentos para ordenar o funcionamento do sistema e abrangem vários aspectos da organização e financiamento do sistema, tendo como objetivo definir as competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que estados e municípios pudessem assumir as novas atribuições no processo de implantação do SUS (BRASIL, 2017).

A citada norma operacional básica do SUS é responsável por ditar estratégias e movimentos táticos que orientam e operacionalizam este sistema. A norma, assim, busca aperfeiçoar a gestão dos serviços de saúde no país e a própria organização do Sistema SUS. Há igualmente o delineamento da atuação do gestor municipal, estadual e federal no que tange sistema SUS, dentre elas, cita-se as NOB/SUS/91, a NOB/SUS/92, a NOB/SUS/93, sendo essa última responsável por estruturar as relações entre as três esferas de governo mantendo instâncias de negociação, decisão e articulação, que servem como espaço aos três gestores para a discussão das políticas de saúde. Para fins de operacionalização do SUS, essas instâncias estão assim configuradas:

- Na esfera federal tem-se a Comissão Intergestora Tripartite – (CIT), composta prioritariamente por representantes do Ministério da Saúde, secretários estaduais

e secretários municipais de saúde. As decisões da CIT são apresentadas para deliberação do Conselho Nacional de Saúde, nas matérias que são suas atribuições.

- Na esfera estadual, tem-se a Comissão Intergestora Bipartite – (CIB), composta basicamente por representantes da Secretaria de Estado da Saúde e secretários municipais de saúde. As decisões da CIB precisam ser submetidas ao poder deliberativo e fiscalizador dos Conselhos Estaduais de Saúde.
- No âmbito das regiões de saúde têm-se, também, as Comissões Intergestores Regionais – CIR, que no âmbito das Regiões de Saúde do Estado, constituem-se como integrante da gestão bipartite, acima mencionada, e que apresenta uma estrutura descentralizada, de apoio e de assessoramento (GOIÁS, 2012).

Observa-se que em 1996, o Ministério da Saúde editou a Norma Operacional Básica-NOB/SUS/96, dando continuidade ao desenvolvimento do Sistema Único de Saúde, que estabelece novos modelos de gestão para estados e municípios, sendo que o repasse de recursos passa a se dar de forma sistemática na modalidade fundo a fundo. E, ainda, criou a modalidade de pagamento *per capita* destinado ao Piso da Atenção Básica (PAB), para custear serviços desenvolvidos na atenção primária em saúde. O PAB foi uma das formas de organizar a transferência de recursos fundo a fundo, é uma modalidade específica de transferência de recursos para financiamento das ações no âmbito da atenção primária (BRASIL, 1996).

Segundo a Norma Operacional Básica-NOB/SUS/96, a totalidade das ações e de serviços “de atenção à saúde, no âmbito do SUS, deve ser desenvolvida, em um conjunto de estabelecimentos, organizados em rede regionalizada e hierarquizada, e disciplinados segundo subsistemas, um para cada município”. E tal política é sempre voltada ao atendimento integral de sua própria população, em todas as esferas, municipais, estaduais e nacional (BRASIL, 1996).

De acordo com a Norma Operacional Básica-NOB/SUS/96:

As conclusões das negociações pactuadas na CIT e na CIB são formalizadas em ato próprio do gestor respectivo. Aqueles referentes a matérias de competência dos Conselhos de Saúde, definidas por força da Lei Orgânica, desta NOB ou de resolução específica dos respectivos Conselhos são submetidas previamente a estes para aprovação. As demais resoluções devem ser encaminhadas, no prazo máximo de 15 dias decorridos de sua publicação, para conhecimento, avaliação e eventual recurso da parte que se julgar prejudicada, inclusive no que se refere à habilitação dos estados e municípios às condições de gestão desta Norma (BRASIL, 1996).

Com a evolução do sistema, porém, surge o Pacto pela Saúde, com a finalidade de substituir as NOBS. O Pacto é um conjunto de reformas institucionais negociadas entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) com o objetivo de promover inovações nos

processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do Sistema Único de Saúde. Ao mesmo tempo, o Pacto pela Saúde redefine as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social (BRASIL, 2006).

Após o Pacto pela Saúde, municípios e estados agora poderão receber os recursos federais somente por meio de seis blocos de financiamento: 1 – Atenção Básica; 2 – Atenção de Média e Alta Complexidade; 3 – Vigilância em Saúde; 4 – Assistência Farmacêutica; 5 – Gestão do SUS e 6 – Investimento. Antes do pacto, havia mais de 100 formas de repasses de recursos financeiros, o que trazia algumas dificuldades para sua aplicação (BRASIL, 2006).

1.1.3 Fluxo do paciente na rede de serviços

A assistência no Sistema Único de Saúde (SUS) é organizada a partir das necessidades da população, visando à garantia no atendimento aos usuários, baseada em equipe multiprofissional, na horizontalidade do cuidado e na regulação do acesso, que assegure o acesso, a qualidade da assistência e a segurança do paciente (BRASIL, 2014).

O sistema de atendimento funciona de modo descentralizado e hierarquizado. No SUS cada esfera do governo tem o seu papel, os municípios são os principais responsáveis pelo atendimento ao usuário, se uma cidade não possuir um determinado serviço pode encaminhar pacientes para outras localidades, o estado é responsável por organizar esse fluxo e complementar o atendimento no que for necessário e a União é o principal financiador e coordenador do sistema (BRASIL, 2014).

Isso não significa que os municípios devam ter todos os serviços de saúde, como dito, a maior parte deles não tem condições de ofertar integralmente os serviços de saúde, sendo necessária, para o funcionamento pleno do sistema, a existência de uma estratégia regional de atendimento, com parceria entre os Municípios e destes com o Estado, para ampliar as possibilidades de acesso (BRASIL, 2007).

No Sistema Único de Saúde, há o que se passou a denominar de sistema de referência. Na estratégia de atendimento, para cada tipo de enfermidade há um local de referência para o serviço. O ideal é que a entrada do cidadão na rede de saúde seja feita na atenção básica (postos de saúde, equipes de Saúde da Família). Para o sistema deve haver centros de referência para graus de complexidade diferentes de serviços. Conforme se tornam mais complexos os serviços, eles são organizados na seguinte sequência: unidades de saúde, município, polo e região (BRASIL, 2007).

A função referenciada do sistema público de saúde acontece quando o gestor local do SUS, por não dispor do serviço de que o usuário necessita, encaminha-o para outra localidade que o ofereça. Esse encaminhamento e a referência de atenção à saúde são pactuados entre os municípios (BRASIL, 2007).

O plano regional de serviços é definido pelos gestores municipais e estaduais após avaliação da potencialidade com base na identificação de problemas de saúde existentes e os recursos existentes, observando o nível de adequação dos últimos em relação aos primeiros. O acordo ou pacto daí resultante poderá garantir que o cidadão tenha acesso a todos os tipos de procedimentos de saúde (BRASIL, 2007).

A aquisição dos medicamentos básicos é realizada pelas secretarias estaduais e municipais de saúde, a depender do pacto feito na região. No caso da insulina humana e dos ditos medicamentos estratégicos, incluídos em programas específicos, como Saúde da Mulher, Tabagismo, Alimentação e Nutrição - são obtidos pelo Ministério da Saúde. Os medicamentos excepcionais, que são os considerados de alto custo ou para tratamento continuado, para pós-transplantados, síndromes como Doença de Gaucher, insuficiência renal crônica, são comprados pelas secretarias que têm seu ressarcimento realizado através da comprovação de entrega ao paciente. O governo federal repassa em média 80% do valor dos medicamentos excepcionais, a depender dos preços conseguidos pelas secretarias de saúde nas licitações. Os medicamentos para DST/Aids são comprados pelo ministério e distribuídos para as secretarias de saúde (BRASIL, 2007).

1.1.4 As redes de atenção à saúde e o papel das unidades hospitalares

De acordo com a base conceitual estabelecido na Portaria nº 4.279, editada em 2010 pelo Ministério da Saúde, a Rede de Atenção à Saúde (RAS) é definida como: "arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado" (BRASIL, 2010).

A RAS é um sistema integrado e coordenado pela Atenção Primária à Saúde (APS), capaz de responder às necessidades da população nas suas demandas por atenção às condições agudas, complexas e graves com eficiência, efetividade e equidade (MENDES, 2007), bem como pela atuação cooperada e interdependente de acesso e prestação de serviços à comunidade. "A RAS apresenta três elementos constitutivos: a população, a estrutura operacional e os modelos de atenção à saúde" (BRASIL, 2015).

Após estabelecer diretrizes para a organização da RAS no âmbito do SUS o Ministério da Saúde propôs o desenvolvimento de cinco redes temáticas prioritárias, sendo elas: Rede Cegonha (materno-infantil); Rede de Urgência e Emergência (RUE); Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) destinada para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas; Rede de Cuidados à Pessoas com Deficiências (Viver Sem Limites) e a Redes de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, priorizando-se nesta para tratamento do sobrepeso e obesidade, Doença Renal Crônica (DRC) e prevenção e controle do câncer (BRASIL, 2015).

A Rede de Atenção à Saúde é um ponto de esteio para garantir a integralidade dos serviços de saúde e há evidências de que o desenvolvimento dessa rede tem se firmado como estratégia para a organização e a reestruturação do sistema de saúde, resultando em qualidade e impacto na produção dos serviços prestados à população (RODRIGUES et al., 2014)

Dentre os estabelecimentos assistenciais que compõem a RAS, os hospitais constituem-se em estabelecimentos voltados para a finalidade precípua de assistência médica em regime de internação, estrategicamente localizados em áreas urbanas, com funcionamento diuturno, apresentando graus variáveis de incorporação de tecnologia, com disponibilidade de médico e pessoal de enfermagem em regime ininterrupto de atendimento (COHN; ELIAS, 2005).

As unidades hospitalares agem de forma integrada aos demais pontos de atenção da rede de assistência à saúde (RAS) e com outras políticas de forma intersetorial, mediadas pelo gestor, para garantia da resolutividade da atenção e da continuidade do cuidado, de forma a assegurar a atenção integral ao usuário do SUS, sempre de forma pactuada com os Colegiados do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2014).

A atenção hospitalar, muito mais que a atenção ambulatorial e a atenção primária, sempre apresentou um papel central no sistema de saúde.

Na concepção e na construção do SUS, nós discutimos essa centralidade da atenção hospitalar, porque a saúde começa com uma boa atenção básica (promoção, prevenção, vigilância etc.), e uma boa atenção ambulatorial especializada, a fim de evitar que o cidadão chegue ao hospital para ser tratado em regime de internação. Para nós, esse é o princípio do papel do hospital. Ele deve ser 'o fim da linha' para agravos que possam ter atenção fora do ambiente hospitalar (BRASIL, 2014).

Na discussão e pactuação da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), o Ministério da Saúde buscou enfatizar o papel do hospital em uma rede que tem como eixos o modelo assistencial, primando pela humanização, qualidade, eficiência e atuação em rede; a gestão hospitalar; a formação de recursos humanos e a gestão da força de trabalho; o

financiamento; a responsabilidade de cada uma das entidades gestoras da política; e a contratualização. Assim, o perfil e o papel dos hospitais na rede devem ser decididos conforme as suas peculiaridades (BRASIL, 2014).

Segundo a definição do Ministério da Saúde do Brasil:

O termo hospital se refere a um conjunto muito heterogêneo de estabelecimentos de saúde, unidades de diferentes portes, que podem oferecer uma variada gama de serviços e atividades e desempenhar funções muito distintas no âmbito da rede de atendimento à saúde. Entretanto, os estabelecimentos possuem uma característica em comum: a prestação de cuidados de saúde a pacientes internados em leitos hospitalares durante as 24 horas do dia (BRASIL, 1997).

Outra definição pode ser encontrada no manual de orientações para o cadastramento de hospitais no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde CNES:

Estabelecimento de saúde dotado de internação, meios diagnósticos e terapêuticos, com o objetivo de prestar assistência médica curativa e de reabilitação, podendo dispor de atividades de prevenção, assistência ambulatorial, atendimento de urgência/emergência e de ensino/pesquisa (BRASIL, 1997).

Assim, conforme Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013, que institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS):

Art. 4º os hospitais que prestam ações e serviços no âmbito do SUS constituem-se como um ponto ou conjunto de pontos de atenção, cuja missão e perfil assistencial devem ser definidos conforme o perfil demográfico e epidemiológico da população e de acordo com o desenho da RAS regional, vinculados a uma população de referência com base territorial definida, com acesso regulado e atendimento por demanda referenciada e/ou espontânea. § 1º Os hospitais, enquanto integrantes da RAS, atuarão de forma articulada à Atenção Básica de Saúde, que tem a função de coordenadora do cuidado e ordenadora da RAS, de acordo com a Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). § 2º Os hospitais, além da assistência, constituem-se, ainda, em espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa e avaliação de tecnologias em saúde para a RAS (BRASIL, 2013).

Portanto, a importância social do hospital está além do atendimento médico de garantir a assistência tanto curativa quanto preventiva para a população, sendo também um centro de medicina e pesquisa (BRASIL, 1997).

Cabe aqui ressaltar, que todos os espaços de produção das ações e serviços de saúde no SUS constituem campo de prática para ensino, pesquisa e incorporação tecnológica em saúde, devendo os hospitais integrantes do Sistema Único de Saúde desempenhar um fundamental papel na formação, tanto para as suas equipes quanto para o matriciamento dos trabalhadores dos demais pontos de atenção das redes de assistência à saúde (RAS), de acordo com o convencionado com os gestores (BRASIL, 2014).

Há de se enfatizar o importante papel realizado pelas unidades hospitalares de saúde, atendendo as demandas dos pacientes, que geralmente chegam a essas com interesses de diversas naturezas, testando assim todo o sistema único de saúde. Ocorre que no momento do atendimento, materializa-se a atenção ao usuário que coloca em teste todo o processo de regulação, diagnóstico, tratamento e outros, cabendo as unidades de grande densidade tecnológica suprir a demanda de complexidade mais aguda e oferecer, ainda, retaguarda aos demais níveis assistenciais.

Buscando dar o devido e merecido destaque à natureza complexa que permeia a gestão de unidades hospitalares, faz-se necessário apostar em novos modelos de gestão, sendo a administração de unidades de saúde por Organizações Sociais uma alternativa frente aos desafios enfrentados, quanto a implementação de políticas públicas que gerem resultados satisfatórios à sociedade.

1.2 Organizações Sociais (OS): novos arranjos institucionais na gestão pública

As Organizações Sociais no Brasil derivam da reforma gerencial de 1995, com o ideário de garantir serviços essenciais a sociedade. O Estado brasileiro ao regulamentar em 1998 a intitulada Lei das OS, passa a chamar integrantes da sociedade civil para atuar na execução de atividades antes somente praticadas pelo poder público.

O tema em debate demanda uma revisita ao contexto que favoreceu o surgimento desta modalidade de gestão, no sentido de compreender o surgimento das referidas entidades no Brasil e no mundo, fixando os marcos iniciais para a compreensão do conteúdo do tema deste trabalho científico.

1.2.1 Organizações sociais: antecedentes históricos

1.2.1.1 O ideário do Estado de Bem-Estar Social

O Estado de Bem-Estar Social, de acordo com Gomes (2006), caracteriza-se por um conjunto de serviços e benefícios sociais de alcance universal promovido pelo Estado com finalidade de garantir “harmonia” entre o avanço das forças de mercado e uma relativa estabilidade social.

Assim, se de um lado havia a preocupação em atender os anseios sociais, de outro lado havia o mercado em ascensão. Iniciava-se um processo de disputa das nações pelo mercado de exportação e é diante dessas circunstâncias que surge a necessidade de assegurar aos

trabalhadores os direitos sociais. Criando as condições para o estabelecimento do Estado de Bem-Estar Social, que visava garantir os direitos fundamentais a cada cidadão (GOMES, 2006).

Ocorre aqui o eterno embate sobre o tamanho adequado do Estado, quanto ao seu papel, participação e intervenção junto a sociedade. Este debate envolve duas concepções o Estado do Bem-Estar Social e o Estado Liberal, sendo que o primeiro citado surge em contraponto as desigualdades promovidas pelo mercado, diferenciando-se do segundo quanto a maior participação na provisão de bens e serviços sociais. Abordaremos o tema Estado liberal quanto ao seu surgimento e particularidades nos próximos parágrafos.

1.2.1.2 A crise fiscal e a reemergência do liberalismo

Em meados dos anos 70, o dólar americano que até então era referência a todas as economias ocidentais, sofreu intensa desvalorização e perdeu sua paridade em relação às outras moedas. Neste período, ocorreu um aumento das atividades sociais do Estado e conseqüentemente a ampliação das despesas públicas, juntando a esses fatos a população pressionava pela diminuição dos impostos (FREITAS, 2016).

No ano de 1973, os países pertencentes a OPEP – Organização dos Países Exportadores de Petróleo aumentaram quatro vezes o preço do petróleo. Em 1979, instala-se a crise petrolífera, já que com a diminuição da oferta, o preço do barril de petróleo sobe para 30 dólares (FREITAS, 2016).

Diante desta crise energética, que ocorreu no ano de 1979, a Europa passa a sofrer recessão econômica, com elevadas taxas de inflação e aumento do desemprego. Outro fator de extrema relevância que afetam os gastos públicos é a transição demográfica e epidemiológica que se acentua neste mesmo período com um crescente nível de envelhecimento da população. Em meio a esta turbulência social, Margareth Thatcher assume o partido conservador inglês e o governo da Grã-Bretanha, que trará a base do capitalismo atual. Para controlar a crise, Thatcher assume um plano de redução de impostos, bem como assume o controle das reformas institucionais nos sindicatos trabalhistas. Assim, Thatcher é reconhecida como uma das percussoras do neoliberalismo (GAMA, 2012).

Com a crise fiscal o Estado encontra dificuldade de controlar os gastos públicos. Surgindo a necessidade de racionalizar e reorganizar tanto o estado, como suas políticas sociais. A perspectiva neoliberal propõe Estado Mínimo, ou seja, que o Estado deve diminuir o tamanho, concentrando-se em funções indelegáveis - Justiça, Segurança Pública e Nacional, Tributação, Formulação de Políticas Públicas (MARINELA, 2011).

De acordo com Barbosa e Elias (2005), ao longo das duas últimas décadas do século passado, assistiu-se a um intenso debate sobre a crise fiscal do Estado, suas implicações sobre o processo de financiamento das políticas públicas e as possíveis alternativas ao problema. O crescimento do sistema capitalista, crise econômica, tecnológica e organizacional, favoreceu a vitória eleitoral de líderes, os quais apresentavam pensamento contrário ao Estado de Bem-Estar Social, tais como: Margaret Thatcher na Inglaterra (1979); Ronald Reagan nos EUA (1980); Helmut Kohl, na Alemanha (1982).

Especificamente quanto à postura tomada por Margaret Thatcher, é possível notar que seus ideais e medidas difundiram-se para outras partes do mundo, inclusive no Brasil. Aliás, as medidas políticas adotadas pela mesma no combate à crise fiscal, até hoje são usadas para combater os efeitos das diversas crises em países pelo mundo. A então primeira ministra do Reino Unido inspirou a mudanças estruturais da economia mundial, reformulando a atuação do Estado na economia (CARVALHO, 2015).

Em suma, Thatcher tomou medidas para a liberação econômica, a privatização e a abertura da economia. A fim de minimizar os efeitos da crise adotou um sistema rígido de privatizações e combatia de forma radical os sindicatos dos trabalhadores. Nesse contexto, importante transcrever as principais medidas adotadas por Thatcher junto ao Reino Unido, de acordo com Carvalho (2015):

Thatcher foi a primeira mulher que ocupou o cargo de Primeiro-Ministro britânico. Logo no início do seu mandato, efetivou uma série de medidas e mudanças, anunciou um plano para a redução dos impostos e passou a controlar e a realizar reformas institucionais nos sindicatos trabalhistas. Essas reformas lhe valeram o apelido de “Dama de Ferro”.

É nestas condições que surge o Estado Neoliberal. Frente a esta nova estrutura há a redução do Estado no desempenho de alguma das suas funções, deixando clara a necessidade de melhorias na gestão governamental, de forma a diminuí-la e torná-la mais eficiente, ante as necessidades sociais (GAMA, 2012).

Todos estes fatos refletiram no Brasil, pois a queda do modelo de desenvolvimento implantado pelos governos militares e o choque do petróleo fez desacelerar o crescimento, trazendo o desequilíbrio econômico ao País (FREITAS, 2016). A crise interna brasileira desta época é também reflexo das mudanças internacionais ocorridas diante do avanço político-ideológico do neoliberalismo e da acelerada inovação tecnológica, que traz avanço ao setor financeiro. Historicamente, os pontos cruciais que geraram a crise fiscal no Brasil, foram as medidas adotadas pelo governo brasileiro, como cita Gama (2012):

A opção dos formuladores da política econômica do Brasil durante a década de 70 foi a de manter o crescimento do PIB à custa da deterioração das contas externas do país. O processo de endividamento tornou-se a solução mais fácil para obter equilíbrio de curto prazo no balanço de pagamentos e a continuidade de assegurar um poder de compra fictício no exterior. Viu-se que tal diretriz obteve a boa vontade dos bancos e países emprestadores. De forma geral, esse caminho foi enveredado pelo chamado Terceiro Mundo. A premissa de submeter tais empréstimos a taxas de juros flutuantes não pareceu incomodar os governos que expressaram gestões financeiras ineficientes. O Brasil foi um dos países que mais se endividaram nos esquemas dos eurodólares e petrodólares, formando a maior dívida externa dos países em desenvolvimento.

O Brasil se endividou ao ponto de, no início dos anos 1980, não possuir mais a possibilidade de adquirir novos empréstimos, passando a enfrentar dificuldades de administrar a dívida externa brasileira, que durante os anos 70 absorveu recursos de cerca de 8% do PIB ao ano. Por conta disso, segundo Gama (2012), os anos 1980 foram caracterizados por bruscas oscilações do PIB, pelo estacionamento da renda *per capita*, pela explosão das taxas de inflação e por fracassados planos econômicos que não conseguiram debelar o surto inflacionário.

É neste ambiente que surge uma nova ideia de organização gerencial, baseada em torno da gestão eficiente dos recursos administrados pelo Estado e na criação de mecanismos para tal, caminho fértil para implementação da ideologia neoliberal (GAMA, 2012).

1.2.1.3 A Nova Gestão Pública e a reforma gerencial de 1995

A Nova Gestão Pública (NGP) adota a introdução de princípios da administração privada na organização do setor público, essa nova abordagem destaca o conceito da eficiência, certificando o direito ao poder e o direito de gerir, apontados como necessários para alcançar maior eficiência na busca de objetivos organizacionais e sociais.

Segundo Newman e Clarke (2012):

É importante reconhecer que a NGP contém variantes diferentes, o qual cita-se o pragmatismo racional de meio-fim que privilegia a eficiência e a produtividade e que favorece relações transacionais de intercâmbio e contratação. Frequentemente isto está associado a sistemas rígidos de controle, metas em cascata e rígido monitoramento de desempenho. Em segundo lugar, o gerencialismo é uma estrutura calculista que organiza o conhecimento sobre as metas organizacionais e os meios para alcançá-las. Usualmente está estruturado em torno de um cálculo interno de eficiência.

A Nova Gestão Pública - NGP foca na associação entre a flexibilização da gestão e o aumento da regulação do poder público. A implementação dessa proposta, depende das particularidades de cada país (SANO; ABRUCIO, 2008).

A NGP refere-se a um novo paradigma para gestão pública, orientada para busca da eficiência. A adoção de medidas de racionalização dos gastos e aumento da produtividade do setor público é o ideário a ser buscado pelos estados. As instituições de cooperação

internacional (FMI, Banco Mundial) passam a exigir a adoção de ajustes econômicos e reformas administrativas no setor público, como condição ao acesso de recursos destinados por estes organismos. Estas exigências vão resultar na reforma administrativa de 1995, que, entre outras coisas, faria emergir um novo arranjo institucional, que é o surgimento de organizações, que compartilham com o estado, a gestão de determinados serviços de interesse público, com ênfase em educação, cultura, pesquisa, saúde (SANO; ABRUCIO, 2008).

Ainda de acordo com Sano e Abrucio (2008), para concretizar os objetivos da NGP, três mecanismos são fundamentais:

- a) Administração pública orientada por resultados, com metas, indicadores e formas de cobrar os gestores, e apoiada na transparência das ações governamentais.
- b) A contratualidade supõe, ademais, a existência de uma pluralidade de provedores de serviços públicos.
- c) Mecanismos institucionais de controle.

Sendo assim, as organizações sociais nascem em um contexto de reforma institucional e de gestão com a transferência do gerenciamento dos serviços não-exclusivos do Estado para organizações da sociedade civil, buscando, com isso, maior autonomia e flexibilização. O Estado continuaria a financiar as atividades públicas, mas essas geridas pelas Organizações Sociais, que se responsabilizariam pelos resultados pactuados no contrato de gestão (MENDONÇA *apud* OLIVEIRA, 2012).

1.2.2 Organizações Sociais: surgimento e implantação no Brasil

Em atenção à necessidade de ser mais eficiente na prestação dos serviços públicos e a necessidade do desenvolvimento social, o Estado passa a delegar a responsabilidade direta pela execução de alguns serviços, repassando tal atuação a entidades particulares que agirão em colaboração com o Estado, direta ou indiretamente (BRASIL, 1995).

Em meados dos anos 90 ocorre a transformação do modelo burocrático de administração estatal para um modelo gerencial, isso devido à “Reforma Gerencial Brasileira”, que foi conduzida pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), sob liderança do Ministro Luiz Carlos Bresser-Pereira. Nesse contexto é criado o Plano Diretor da Reforma Administrativa do Estado (PDRAE), direcionado ao atendimento da população.

Assim, são criados quatro setores de atuação:

- a) Núcleo estratégico. Corresponde ao governo em sentido lato. É o setor que define as leis e as políticas públicas, e cobra seu cumprimento (...); b) Atividades Exclusivas: é o setor que são prestados serviços que só o Estado pode realizar. São serviços em que se exerce o poder extroverso do Estado - o poder de regulamentar, fiscalizar, fomentar; c) Serviços não exclusivos. Corresponde ao setor onde o Estado atua simultaneamente com outras organizações privadas ou

públicas não-estatais e privadas (...); d) Produção de bens e serviços para o mercado. Corresponde à área de atuação das empresas. É caracterizado pelas atividades econômicas voltadas para o lucro (...) (SILVA, 2002).

No Brasil, falou-se em Organizações Sociais pela primeira vez no ano de 1995, quando foram criados o Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), e a Câmara da Reforma do Estado. Tais criações demonstravam a necessidade do Estado, segundo Mafra Filho (2009), de possuir uma “administração pública gerencial”.

Nesta fase, surge então o movimento legal que, segundo Cunha Júnior, Gonçalves e Knopp (2015), inicia o Programa Nacional de Publicização, ligado diretamente à Emenda Constitucional nº 1591/1997.

O caderno MARE, previa o seguinte conceito para Organização Social:

Organizações sociais (OS) são um modelo de organização pública não-estatal, destinado a absorver atividades publicitáveis mediante qualificação específica. Trata-se de uma forma de propriedade pública não-estatal, constituída 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. As OS são um modelo de parceria entre o Estado e a sociedade. O Estado continuará a fomentar as atividades publicitadas e exercerá sobre elas um controle estratégico: demandará resultados necessários ao atingimento dos objetivos das políticas públicas. O contrato de gestão é o instrumento que regulará as ações das organizações sociais (BRASIL, 1997).

De acordo com Mafra Filho (2009) as Organizações Sociais surgiram com o objetivo de permitir a descentralização de atividades do setor de prestação de serviços não-exclusivos, nos quais não existe o exercício do poder de Estado, a partir do pressuposto que esses serviços serão mais eficazes se, mantendo o financiamento do Estado, forem realizados pelo setor público não-estatal. Ainda segundo este autor, as novas entidades foram constituídas para que haja maior qualidade e eficiência nas atividades que serão desempenhadas por elas, com um custo menor ao cidadão. Desse modo, há uma maior autonomia e, conseqüentemente, maior responsabilidade por parte dos dirigentes das OSS, assim como, maior controle social, devido ao contexto de valorização da sociedade civil.

Nesta roupagem, o repasse de serviços de natureza estatal, deveriam ser feitos por iniciativa de cada Ministro de Estado, por intermédio do “Programa Nacional de Publicização”, sendo alvo hospitais, escolas, universidades, escolas técnicas, centros de pesquisa, bibliotecas e museus, etc. A efetivação destes pontos deveria acontecer por intermédio de um “Conselho Nacional de Publicização” (MAFRA FILHO, 2009).

A qualificação das Organizações Sociais surgiu como resultado da conversão da Medida Provisória n. 1648/98, na Lei n. 9.637/98, que as conceituou como Pessoa Jurídica de Direito Privado, sem fins lucrativos, criada pela iniciativa privada, para o desempenho de atividades não exclusivas do Estado, em meio à pesquisa, ensino, cultura, saúde e preservação do meio ambiente.

Neste sentido, as Organizações Sociais se apresentariam como entidades de cunho privado, que após celebrarem contrato de gestão com o Poder Executivo, detivesse direito a dotação orçamentária para exercer ações de titularidade do Estado anteriormente a tal pactuação (MAFRA FILHO, 2009). Em relação ao Estado, as Organizações Sociais teriam auxílio administrativo e financeiro, e em contrapartida prestariam serviços de natureza pública. Com maior autonomia administrativa, havendo a possibilidade de responsabilização de seus dirigentes.

1.2.3 Organizações Sociais de Saúde (OSS): O modelo de parceria público-privado na gestão em saúde

A denominação Organizações Sociais de Saúde – OSS deve-se a adoção do modelo para o setor da saúde, sendo o Estado de São Paulo pioneiro, em pactuar contratos de gestão para unidades hospitalares em grande escala. A adoção do modelo no Estado, iniciando com a gestão de unidades de saúde, segue os preceitos formalizados pela Lei Complementar nº 846, de 4 de junho de 1998 (SÃO PAULO, 2016).

As Organizações Sociais de Saúde (OSS) são instituições com as mesmas designações das OS, qualificadas, obviamente, nas atividades relacionadas à saúde pública, atuando em parceria formal com o Estado e geralmente vinculada à pasta específica, colaborando de forma complementar, para a consolidação do Sistema Único de Saúde, conforme previsto em sua lei orgânica – Lei nº 8080/90 (SÃO PAULO, 2016).

Apesar de quase duas décadas da instituição legal das organizações sociais, verifica-se que a alternativa de modelo público não-estatal, ainda sofre resistência, sendo tal fato atribuído a ranços ideológicos, pelo desconhecimento do regimento administrativo ou ainda pela variação de resultados já obtidos (MARINELA, 2011).

Em 2013, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) realizou pesquisa em todos os Estados, buscando descrever como vem sendo utilizado o modelo de gestão por organizações sociais. A pergunta relacionada em questionário indagava se a unidade da federação fazia contratação de serviços de saúde através de organizações sociais, constatando que durante o ano de 2013, dezessete estados mantinham contratos de gestão, sendo eles:

Amazonas, Roraima, Pará, Maranhão, Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Bahia, Espírito Santo, Rio de Janeiro, São Paulo, Santa Catarina, Mato grosso, Goiás e Distrito Federal (BRASIL, 2014).

A previsão constitucional por intermédio do art. 199 da Constituição Federal, de um modelo de participação das entidades de cunho privado junto à atuação do Estado é algo novo, razão pela qual a necessidade de produção teórica sobre o tema. Neste campo, importante destacar que a possibilidade de enquadramento de Organizações Sociais frente à gestão das unidades públicas de saúde no Brasil, com atuação específica na gestão de recursos humanos, tem trazido maior visibilidade à dedução de investimentos e recursos (MÂNICA, 2009).

Formalmente as organizações sociais mantêm regulamento de contratação, condicionando através de processos seletivos, a entrada de funcionários nas unidades administradas. Particularmente, no Estado de Goiás, a força de trabalho mantida nas unidades geridas por OSS pode ser suprida por profissionais de vínculos Estatutários e/ou Celetistas.

O que chama a atenção neste novo modelo, de parceria público-privada na gestão da saúde é a interdependência e integralidade do modelo público de acesso à saúde às entidades intituladas Organizações Sociais de Saúde, que não tem finalidade de lucro e são de cunho privado, responsáveis, nesse sistema, pelo gerenciamento de bens, serviços e trabalho, ligados à ordem de investimentos públicos no setor saúde.

Importante esclarecer que esta realidade não se subsume à saúde pública no Brasil, ou no Estado de Goiás. Este movimento de criação de políticas de ajustamento estrutural das redes de atendimento de saúde pública é algo evidente em vários países do mundo e vem tomando uma tônica brasileira (LEITE, 2015).

Goiás estabeleceu sua primeira parceria com OSS em 2002, quando através do decreto estadual nº 5591/02 qualificou a Organização Social Associação Goiana de Integralização e Reabilitação – AGIR, que assumiu a gestão da unidade denominada Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (CRER) desde sua fundação em 25 de setembro de 2002, inaugurando no estado, a modalidade da administração por contrato de gestão. Ressalta-se que o CRER tinha como particularidade a manutenção de dupla porta de entrada (SUS e planos e convênios privados) e atualmente é 100% SUS (AGIR, 2016).

A Lei nº 9.637 de 1998, aprovada pelo Governo Federal, concede a abertura necessária para a formulação do arcabouço jurídico estadual. O Estado de Goiás, por meio da Lei nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005 autoriza a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado como organizações sociais. Basicamente a lei estadual mantém o formato e a originalidade da citada lei federal, subsidiando os interessados em participar dos processos no

âmbito do Estado de Goiás, quanto às adequações e exigências da Lei goiana, que expõe sobre os conselhos administrativos e fiscais, o contrato de gestão, o incentivo as atividades sociais e os quesitos que possam provocar a desqualificação (BRASIL, 1998).

Apesar da experiência com o CRER, foi em 2012 que o Estado de Goiás, fez a grande intervenção na administração das suas unidades, transferindo sistematicamente quase todos os hospitais estaduais para a gestão de organizações sociais.

A saúde pública é uma responsabilidade Estatal, porém, não tem sido visto empecilhos em permitir a gerencia das equipes de trabalho por parceiros privados. Assim, a gestão de pessoas, realizado por empresas privadas, como no caso as OSS's – é situação específica que demanda análise sistemática, e o laboratório prático do presente estudo é o Hospital de Urgência de Goiás – HUGO.

1.3 Gestão do trabalho: contextualização temática

A Gestão do Trabalho será tratada tematicamente a fim de trazer maior visibilidade ao tema, no âmbito do SUS, bem como apresentar as experiências deste processo em unidades hospitalares geridas sob o modelo OSS.

Assim, a fim de ambientar este tópico do trabalho, de início aborda-se a evolução da gestão de recursos humanos, considerando os antecedentes do desenvolvimento desta área dentro da administração geral. Em um segundo tópico, descreve-se a trajetória das políticas públicas de Recursos Humanos para o setor de saúde.

Por conseguinte, trata-se a complexidade no campo da saúde, com ênfase nos hospitais, sob a emergente necessidade de modelos alternativos para a gestão destas unidades de saúde, com destaque as unidades geridas sob o modelo das Organizações Sociais.

1.3.1 Evolução na abordagem à administração de pessoas

A representatividade e participação das pessoas na realização do trabalho são de importância inquestionável, tornando-se assim, primordiais as estratégias implantadas no gerenciamento do capital humano para o eficiente desenvolvimento das atividades organizacionais.

A gestão de recursos humanos é o ramo científico oriundo da Administração que trata das ações estratégicas para integrar o trabalhador na organização, de forma a aumentar os resultados e a produtividade, cabendo à gestão de pessoas a responsabilidade de recrutar, selecionar, treinar, desenvolver, manter, controlar e avaliar os funcionários (COSTA JÚNIOR; COSTA, 2014).

O trabalho nasce de qualquer atividade física ou intelectual, realizada por um ser humano, cujo objetivo é fazer, transformar ou obter algo. Aliás, foi através do trabalho que as civilizações conseguiram se desenvolver gerando conhecimento, desenvolvimento econômico, sendo-lhe atribuído inclusive emoções como prazer e satisfação (ANTUNES, 2001).

Durante o processo de estabelecimento e evolução da gestão de recursos humanos o Estado foi chamado a intervir na formulação de regras de proteção e garantias ao trabalhador. Logo, houve o advento da criação de direitos básicos, como horário máximo de trabalho, remuneração, renda, assalariamento, férias, formas de trabalho, etc. Tudo isso traz a adequação da atividade do trabalhador nas organizações, associadas pelo gerenciamento e planejamento de suas habilidades, bem como readequação dos recursos materiais e financeiros, de forma à utilização racional e eficiente dos recursos humanos e tecnológicos. Este foi o ambiente fértil para que a gestão de recursos humanos absorvesse o conceito de força de trabalho, a partir da análise dos fenômenos do exercício do trabalho e tudo que se relaciona a ele (PIERANTONI; VARELLA; FRANÇA, 2016).

Nesta linha de pensamento, verifica-se que a gestão de pessoas ou administração de recursos humanos perpassa por grandes e distintas correntes teóricas ao longo da recente história. A evolução da administração de pessoas está relacionada às seguintes teorias da Administração: administração científica, teoria clássica, relações humanas e teorias do sistema, entre outras.

A teoria da administração científica foi desenvolvida pelo engenheiro Frederick Taylor (1856-1915). No início do século XX, Frederick Taylor iniciou o estudo da Administração Científica, de forma a estudar a gestão de pessoas e conseqüentemente gerar produtividade. Para Taylor, o primeiro problema encontrado foi a divisão das tarefas. Analisou a fadiga dos trabalhadores e a padronização das tarefas, com a intenção de adaptar o trabalhador à máquina, e garantindo assim aumento da produção (NIKOSKI, 2017).

Em sua obra, no campo da gestão do trabalho, Taylor, verificou e estudou profundamente a formalização dos processos, o tempo e a administração de tarefas. Através da administração científica baseou-se no conceito do “*homo economicus*” o qual concebe que toda pessoa é movida e influenciada exclusivamente por remunerações, recompensas e prêmios. Buscou, ainda, alinhar essa condição com aumento de resultado, propondo a modificação da forma de pagamento, onde o trabalhador que produzisse mais faria jus a uma remuneração maior (CHIAVENATO, 2005).

Aliás, de acordo com Macedo (2008), “Taylor achava que se cronometrasse o tempo máximo de trabalho e medisse o espaço que o homem precisasse para executar uma tarefa com eficiência, pouparia mais tempo e assim subiria a produção e o lucro da empresa”.

Elaina (2011) apresenta a síntese dos princípios científicos ligados à gestão de pessoas, criados por Taylor:

Cada funcionário deve executar tarefas de acordo com as suas aptidões para aumentar a produtividade e o lucro da empresa. Ao mesmo tempo o funcionário vai sentir-se mais realizado. Deve haver um tempo padrão para produção, estipulado pela gerência, para que os funcionários cumpram as metas, já que todos têm uma tendência à preguiça. Cada funcionário deve receber um salário de acordo com o que produz. Assim, quem produz mais, ganha mais e quem produz menos, ganha menos. Os interesses dos funcionários e da empresa devem estar alinhados, pois isso garante um aumento da produtividade uma vez que todos trabalharão contentes. Cada gestor deve estar atento e fazer o possível para que seus funcionários estejam a produzir dentro de um ritmo adequado. Cada tarefa deve ser subdividida para que cada um execute uma função, ganhando velocidade e aumentando a produtividade. É preciso haver um supervisor em cada área para controlar o trabalho dos funcionários e verificar se estão a atingir o mínimo exigido da produção. Através da formação é possível aumentar muito mais o rendimento de cada funcionário, maximizando assim a produção. Cada trabalho específico necessita de um estudo e planejamento individual, antes de ser executado, para garantir uma produção maior e com muito mais qualidade.

Neste processo, surge a teoria clássica idealizada pelo engenheiro francês Henri Fayol (1841-1925), que seguindo a teoria de Taylor tinha como principal ponto de estudo a busca da eficiência das organizações comerciais. A finalidade aqui era a máxima e melhor produção. Desta forma, dever-se-ia especializar os funcionários, de forma a aumentar a produtividade; para tanto, havia a fiscalização austera do comportamento do colaborador.

De acordo com Borborema et al. (2003), as organizações deste período tinham como principais características: “(a) Formato Piramidal e Centralizador; (b) Departamentalização Funcional; (c) Modelo Burocrático; (d) Centralização das decisões no "topo" da pirâmide organizacional”. Neste contexto, o trabalhador pouco influenciava na forma do exercício do trabalho, e nada podia apontar do ponto de vista de sugestões.

O problema dos ensinamentos de Taylor e Fayol foi o distanciamento da doutrina por eles criada à realidade prática do que realmente era implantado nas organizações. Outra crítica, é que tanto a teoria da administração científica como a teoria clássica colocavam a produtividade e lucratividade, como pontos primordiais, em detrimento as pessoas. É por isso que ocorre o advento de teorias humanistas, nitidamente influenciadas pela psicologia humanista (MACEDO, 2008).

Assim, como contraponto às citadas teorias, no ano de 1930, surgiu a “teoria das relações humanas”, condicionada pela escola behaviorista, que buscava humanizar a estrutura da organização. Isto ocorreu como reflexo da Experiência de Hawthorne, coordenada por Elton

Mayo (1880-1949), que estudou as consequências do exercício do trabalho sobre a produtividade, vez que concluiu que os resultados encontrados detinham reflexo de fatores psicológicos e não somente por fatores físicos ambientais. E assim foi descoberto que o comportamento dos funcionários se motivava pelo sentimento de participação aos grupos informais internos à empresa. Aqui, surge a concepção do homem social, valorizado conforme sua atuação funcional e eficiência (MACEDO, 2008).

Segundo Carissimi (2008):

“Esse sistema foi a base para o começo da administração de tarefas. Foi com ele que começaram a selecionar trabalhadores, dando pagamentos de incentivo. Com a seleção, os colaboradores eram postos nos setores adequados aos seus perfis”.

A partir de Mayo e seus seguidores, a psicologia passou a ser utilizada como ciência capaz de apoiar a compreensão da vida estrutural das organizações, com foco na gestão de recursos humanos. A psicologia permite a análise do comportamento do trabalhador na organização. Por conta disso, a gestão de pessoas deixa de se concentrar na tarefa, nos custos e nos resultados da produção, mas abordar, também, o comportamento dos colaboradores (FISCHER, 2002).

De acordo com Fischer (2002), a principal característica desta teoria foi “a utilização da psicologia como ciência capaz de apoiar a compreensão e a intervenção na vida organizacional” provocando nova orientação do foco de ação da gestão de recursos humanos.

A teoria acima descrita perdurou até a década de 1950, quando surgiu a teoria de sistemas, desenvolvida por Ludwig Von Bertalanffy (1901-1972). Segundo essa teoria, as organizações são um sistema aberto que se relaciona com o ambiente por meio de entrada de informações e energias. Desta forma, o ambiente é o principal direcionador do comportamento do colaborador (FISCHER, 2002).

Ainda na década de 1950, a expressão “*human resource management*” nascida nos Estados Unidos designaria a expansão da tradicional administração de pessoal, focando prioritariamente no comportamento humano (FISCHER, 2002).

Entre as décadas de 1960 e 1970, apesar da predominância da linha de pensamento citada no parágrafo anterior, surge uma das principais contribuições para o tema gestão de pessoas. Descobriu-se neste período, que o principal intermediário entre as relações da organização e de seus colaboradores é o gerente de linha, tornando esse agente, objeto de atenção e preocupação para a administração de recursos humanos. Esta informação foi e é determinante no estabelecimento de processos de treinamento gerencial, avaliação de

desempenho e estímulos ao desenvolvimento de perfis gerenciais coerentes com o processo de gestão de pessoas desejado pela organização (FISCHER, 2002).

Já na década de 1970, o conceito de estratégia é assumido também pela gestão de recursos humanos. Os principais estudiosos do período apontavam a necessidade de atrelar a gestão de pessoas com o planejamento estratégico organizacional, de forma a encontrar a melhor sinergia possível entre estes elementos. Para que isso fosse possível os principais processos de gestão de pessoas deveriam ser desenvolvidos através da matriz estratégica corporativa (FISCHER, 2002).

A partir de 1980, importantes linhas de pensamentos foram desenvolvidas. No ano de 1981, a Universidade de Harvard elabora um programa de MBA onde procura demonstrar maior integração e amplitude ao tema “Administração de Recursos Humanos”. Fischer indica que o modelo de gestão de pessoas necessita integrar harmonicamente os fatores internos e externos da organização, considerando os interesses dos *stakeholders* e pressões situacionais (FISCHER, 2002).

Ainda na década de 1980, o conceito de reengenharia empresarial, que significa começar do zero a gestão administrativa das organizações, provoca preocupação quanto ao impacto no recurso humano. A mudança radical proposta por Hammer e Champy, tem uma perspectiva que as organizações deveriam racionalizar e reduzir os custos com a mão-de-obra. A introdução da reengenharia de processos nas organizações significou um dos principais motivos da emergência do modelo de gestão por competências (FISCHER, 2002).

Segundo Fischer (2002), em 1986 psicólogos passam a integrar os departamentos de recursos humanos, com o intuito de melhor gerir as competências dos organismos empresariais.

A principal tarefa do modelo competitivo de gestão de pessoas seria mobilizar essa energia emocional, ou seja, desenvolver e estimular as competências humanas necessárias para que as competências organizacionais da empresa se viabilizem. Reinterpretando o conceito e introduzindo nele a noção de competitividade, os autores afirmam que é preciso ir além e fazer com que “as pessoas sejam vistas pela organização como um recurso estratégico”, ou seja, competências necessárias para atingir um posicionamento diferenciado.

A partir do ano de 1990, como efeito à globalização da economia e do capitalismo, o mercado de trabalho torna-se intensamente competitivo. Com o surgimento da internet, o quadro modifica-se mais uma vez e, conhecimento passa a ter expressão social maior que o próprio capital. Frente a essa nova realidade, a informação é repassada para vários lugares do mundo em questão de segundos. Esta realidade apresenta modificações igualmente na estrutura cultural e organizacional das empresas. A capacitação profissional, apesar de ganhar importância, não tem contingente suficiente para as necessidades das empresas. Os

trabalhadores passam a investirem em si próprios para angariar capacitação profissional, para o desempenho de suas funções. Esta é a intitulada era da informação. De outro lado, as empresas propõem metas e premiações para o seu desempenho (MACEDO, 2008).

Nos referidos anos há melhorias no campo tecnológico e também o crescimento da competitividade, o que faz refletir na forma de administrar as pessoas. Nessa ambientação surge então, os programas de Planejamento Estratégico e programas de Qualidade que futuramente seriam adotados pela Administração Pública (MACEDO, 2008).

Este setor, responsável por tratar estrategicamente a administração gerencial dos funcionários, recebe na década de 90 os seguintes nomes: Gestão de Pessoas, Gestão de Talento e Gestão de Capital Humano, com o objetivo de trazer maior lucratividade e eficiência aos serviços prestados pelo grupo empresarial (MACEDO, 2008).

Para Macedo (2008):

“A Gestão de Pessoas cabe alinhar as políticas de RH à missão institucional, com foco central em educação continuada, na forma de treinamento e desenvolvimento, proporcionando competitividade à instituição”.

No contexto atual, a Gestão por Competências representa uma alternativa aos modelos gerenciais de pessoas, tradicionalmente utilizados pelas organizações. Objetiva-se, através deste modelo, compreender quais são as competências organizacionais, individuais e grupais, identificando as lacunas a serem preenchidas. Para isso, orientar e estimular os profissionais a eliminar as incompatibilidades entre o que eles são capazes de fazer (competências atuais) e o que a organização espera que eles façam (competências necessárias) torna se imprescindível. A ideia é aproximar ao máximo as competências existentes na organização daquelas necessárias para atingir os objetivos organizacionais (BRANDÃO, 2008).

O processo de globalização e capitalismo trouxe a revalorização do tema recursos humanos, decorrentes da modernização dos grupos empresariais (PIERANTONI; VARELLA; FRANÇA, 2016). O trabalho é tido como espaço de atuação e afirmação do indivíduo. Diante de tantos avanços tecnológicos e científico que influenciam diretamente no cotidiano, faz-se necessário uma atualização nas conjecturas, estratégias e práticas de gestão do trabalho (CASTRO; LIBERALINO; VILAR, 2014).

As mudanças trazidas no tocante à importância do gerenciamento de pessoas nas organizações refletiram também no modelo de administração do Estado, que buscava na gestão de pessoas, maior eficiência na aplicação dos recursos. Para tanto a gestão dos recursos humanos junto à saúde pública brasileira é elemento necessário e estratégico, para melhor

condução do setor, sendo este estruturado intrinsecamente no desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil.

1.3.2 Políticas Públicas na Gestão de Recursos Humanos no setor saúde

A evolução científica da administração impactou diretamente na gestão das pessoas, sendo absorvido e reverberado no âmbito da saúde. A cada evolução gerencial ocorrida através das abordagens e teorias lançadas no campo do recurso humano, o setor da saúde vivenciando as experiências da sua própria criação, sintetizava o conhecimento particular do seu campo com o geral, criando assim a sua própria história e modelo na gestão de pessoas.

Especificamente no Brasil e no setor saúde, a inquietação quanto à gerência dos recursos humanos surgiu nos anos 50 e 60 e detinha uma natureza burocrática, concentrada nas atividades de recrutamento, seleção e administração de direitos e deveres, relacionando-a com a forma de financiamento e a organização da assistência à saúde (BRASIL, 2011).

Convém destacar, que na década de 70, a crise econômica traz reflexos ao setor de saúde. Especificamente no campo da saúde pública, neste período, o modelo organizacional partia da lógica flexneriana, segundo a qual propôs a centralidade do processo de formação médica no ambiente hospitalar e direcionada a especialização (MOYSES, 2010).

Este modelo não atendia às necessidades da população porque era excludente, incorporando apenas os contribuintes do sistema previdenciário. Assim, o projeto da reforma sanitária era torná-lo universal, prevendo crescimento dos recursos humanos necessários a reconfiguração do sistema público de saúde (MOYSES, 2010).

Segundo Moyses (2010), as características citadas abaixo estão associadas ao padrão de organização do setor de saúde no Brasil no período de 1970 até o início dos anos 1980:

- Forte crescimento do número de trabalhadores da saúde, bem como da quantidade de empregos ligados ao setor (no bojo da expansão da assistência médica previdenciária);
- Destacada incorporação de trabalhadores de níveis médio e elementar, em especial os atendentes;
- Larga expansão do aparelho formador de nível superior no segmento privado. Grande parte do corpo médico formado no período teve como referência a medicina especializada, tecnicada, privatizante, distante do quadro social de saúde no Brasil;
- Nas figuras do médico e do atendente (mão de obra sem especialização e com níveis salariais mais baixos), construiu-se a assistência médica privada dos anos 70, financiada tanto no custeio quanto no investimento pelo setor público;
- Multiplicidade de empregos, especialmente para o profissional médico, combinando empregos em estabelecimentos públicos e privados com a medicina liberal;

- Sobre oferta de médicos nos grandes centros – entre 1970 e 1980, o número de formados em medicina passou de 45.113 para 101.793; formavam-se, em média, 8 mil profissionais/ano;
- Carência absoluta de médicos em, pelo menos, 10% dos 4.100 municípios brasileiros então existentes;
- Aumento da participação feminina no emprego setorial – a força de trabalho feminina passa de 41% para 63% do total do setor em uma década;
- Aumento do assalariamento, conjugado com incrementos do exercício de múltiplas inserções no mercado de trabalho, com destaque para o profissional médico;
- Aumento de empregos no setor privado, em decorrência da política assistencial implementada no período.
- Prolongamento da jornada de trabalho dos profissionais de nível superior, em decorrência dos múltiplos vínculos e da baixa remuneração (MOYSES, 2010).

Já no final dos anos 1970, verificamos a implantação de políticas de emprego e recursos humanos em saúde. O foco principal da política era a formação e qualificação de trabalhadores de níveis, técnico e auxiliar, de forma a atender primordialmente a rede ambulatorial, visando à formação generalista destes profissionais. Percebe-se, nesse período a necessidade de desenvolver políticas que atenda a preparação e gerenciamento de RH, com vista a dois fatores: serviços regionalizados e hierarquizados (MOYSES, 2010).

Entre os anos 1980 e 1990, ocorre a reestruturação da organização do trabalho industrial, sendo o trabalhador colocado na centralidade das atividades, ampliando ainda mais a discussão sobre a gestão dos recursos humanos. É assim que se propõe uma nova agenda aos gestores na área da saúde. Neste caminho, novas competências são exigidas de funcionários e gestores, alterando-se a maneira de recrutamento, seleção, treinamento e manutenção dos profissionais em suas respectivas atividades. De igual senda, aumentou a exigência de mão-de-obra especializada (BRASIL, 2011).

Neste ponto, é importante destacar que entre os dias 23 e 26 de março de 1982, houve a promoção, em Brasília, do 2º Encontro Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde, sob a organização do Ministério da Saúde, e contaram com a cooperação de vários órgãos, como MEC, MPAS, OPAS e órgãos estaduais. Do encontro, teve origem o documento intitulado “A Organização das Ações de Desenvolvimento dos Recursos Humanos nas Secretarias de Saúde”.

O documento em questão foi elaborado sob o pretexto de destacar funções dos órgãos de RH, criados pelo Ministério da Saúde, através da sua Secretaria de Recursos Humanos, abordando as seguintes diretrizes: planejamento; administração de pessoal; capacitação de pessoal; informação e documentação e estudos e pesquisas (BRASIL, 1982).

Medici et al. (1993) aponta a relação entre as abordagens adotadas pela ciência da administração e o que acontece na gestão da saúde no mesmo período, dizendo que a referida

organização detinha o fim de: “orientar o desenvolvimento dos recursos humanos para a globalidade e a necessidade de uma ação coordenadora como condição para a realização das ações de saúde nas Secretarias Estaduais”.

Em 1986 foi realizado a histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde, evento ímpar que dentre os diversos itens de enorme relevância, tratou das propostas específicas do tema Recursos Humanos e apontou prioridades no citado campo:

- a) remuneração condigna e isonomia salarial entre as mesmas categorias profissionais nos níveis federal, estaduais e municipais, com o estabelecimento urgente e imediato do plano de cargos e salários;
- b) capacitação e reciclagem permanentes;
- c) admissão por meio de concurso público;
- d) estabilidade no emprego;
- e) composição multiprofissional das equipes, considerando as necessidades e a chamada de atendimento de cada região, em consonância com os critérios estabelecidos pelos padrões mínimos de cobertura assistencial;
- f) compromissos dos servidores com os usuários;
- g) cumprimento de carga horária contratual e incentivo à dedicação exclusiva;
- h) direito à greve e à sindicalização dos profissionais de saúde;
- i) formação dos profissionais de saúde integrada ao sistema de saúde regionalizado e hierarquizado;
- j) inclusão no currículo de ensino em saúde do conhecimento das práticas alternativas;
- l) incorporação dos agentes populares de saúde, como pessoal remunerado sob a coordenação do nível local do Sistema Único de Saúde para trabalhar em educação para a saúde e os cuidados primários. (MEDICI et al., 1993).

No mesmo ano, no mês de outubro, realizou-se a 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos, tendo como tema central a Política de Recursos Humanos Rumo à Reforma Sanitária, subdividida em blocos de debates, sob os tópicos: valorização do profissional; preparação; organização dos trabalhadores de saúde e a relação do trabalhador de saúde com o usuário do sistema (MOYSES, 2010).

A 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde cumpriu o seu papel, com base nas análises até então realizadas sobre a temática e detalhou, ainda que de forma embrionária, uma agenda para o movimento da Reforma Sanitária no tocante à Política de Desenvolvimento dos Trabalhadores para o Setor Saúde (BRASIL, 2005).

No início da implantação do SUS, na grande maioria dos municípios não existia secretarias municipais de saúde estruturadas; e conseqüentemente também não havia a área de Recursos Humanos. A gestão de Recursos Humanos se assemelhava aos departamentos de pessoal com baixa autonomia e subordinação setorial as secretarias de administração empregando métodos tradicionais de gestão (MOYSES, 2010).

Após intenso debate ao longo da década de 90 foi aprovado na 10ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1996, a proposta de elaboração da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos, com a participação dos segmentos dos gestores, do controle social e dos trabalhadores (MOYSES, 2010).

Fundamentalmente a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos - NOB/RH-SUS, propõe regular a ação e relação dos entes federados com relação aos trabalhadores do SUS formalizando as atribuições e responsabilidades dos gestores, de cada esfera do governo, para com a Gestão do Trabalho no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2005).

Em 1998, elaborou-se a primeira edição do documento “Princípios e Diretrizes para a NOB/RH-SUS”, após discussão entre diversos especialistas convidados pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), na “Oficina Nacional de Trabalho sobre Recursos Humanos para o SUS”, que aconteceu em Goiânia, nos dias 16 e 17 de novembro de 1998 (BRASIL, 2005).

Os princípios e diretrizes para a NOB/RH-SUS tem por finalidade primordial estabelecer parâmetros gerais para a Gestão do Trabalho no SUS. Ao compatibilizá-los com as diferentes realidades e situações institucionais, busca-se superar os desafios da implementação de uma política de Recursos Humanos para o SUS (BRASIL, 2005).

A NOB/RH-SUS regulamenta a Gestão do trabalho, na especificidade do SUS, detalhando princípios e diretrizes sobre vários aspectos e perspectivas, trazendo em seu conteúdo, orientações fundamentais para a organização de processos gerenciais. Citam-se aqui os capítulos sistematizados na norma: Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS; Princípios e Diretrizes da Política de Desenvolvimento do Trabalhador do SUS; Princípios e Diretrizes da Política de Saúde Ocupacional para o Trabalhador do SUS; Princípios e Diretrizes para o Controle Social da Gestão do Trabalho no SUS.

Embora a administração de RH, no âmbito geral, seja fonte para o direcionamento gerencial de pessoas, no específico setor da saúde, se reconhece que o consagrado termo ‘recursos humanos’, não se aplica de forma completa ao entendimento e dinamismo existente nas relações e gestão do trabalho que preside a construção desse campo no âmbito do SUS (MOYSES, 2010).

Como observa o Secretário de Gestão da Educação e do Trabalho do Ministério da Saúde, Francisco Eduardo Campos:

“Os trabalhadores da Saúde não são um insumo adicional que se agrega aos recursos financeiros, tecnológicos e de infraestrutura para produzir serviços: são os próprios serviços de saúde”.

Neste seguimento é criada no ano de 2003, pelo Ministério da Saúde (MS), uma secretaria responsável por “induzir nacionalmente a política de gestão do trabalho e da educação na Saúde”, reformulando e estruturando o que antes era uma coordenação geral de desenvolvimento de recursos humanos para o SUS dentro da Secretaria Executiva do MS, este

órgão passa a ser a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SGTES (BRASIL, 2016).

Assim, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde possui ainda dois departamentos: a) departamento de gestão e regulação do trabalho e b) departamento de gestão de educação na saúde. Este primeiro departamento foca sua ação nas relações e condições de trabalho, um dos itens de sua pauta de ação é a desprecarização dos vínculos de trabalho no setor de saúde; o segundo departamento, responsável por zelar pela capacitação e formação de pessoal, complementar à formação acadêmica (BRASIL, 2016).

Partindo desta análise, questiona-se o que significa a gestão do trabalho em saúde no sistema SUS. Para responder esta pergunta dispôs o Ministério da Saúde:

A Gestão do Trabalho em Saúde trata das relações de trabalho a partir de uma concepção na qual a participação do trabalhador é fundamental para a efetividade e eficiência do Sistema Único de Saúde. Dessa forma, o trabalhador é percebido como sujeito e agente transformador de seu ambiente e não apenas um mero recurso humano realizador de tarefas previamente estabelecidas pela administração local (BRASIL, 2011).

A NOB/RH-SUS considera a Gestão do Trabalho no SUS como:

A gestão e a gerência de toda e qualquer relação de trabalho necessária ao funcionamento do Sistema, desde a prestação dos cuidados diretos à saúde dos seus usuários até as atividades - meio necessárias ao seu desenvolvimento. Inclui as ações de gestão/administração em geral do trabalho; de desenvolvimento do trabalhador para o SUS; de saúde ocupacional para o trabalhador do SUS; de controle social da Gestão do Trabalho no SUS, dentre outras (BRASIL, 2005).

Assim, o envolvimento e compromisso do trabalhador são percebidos pela Gestão do Trabalho em Saúde, como fundamental para a efetividade e eficiência do SUS. Esse profissional é visto como protagonista da transformação do seu ambiente e não mais, um simples recurso humano executor de atividades e rotinas estabelecidas previamente (BRASIL, 2016).

Nessa ótica, o trabalho é visto como um processo de interação e integração abrindo espaço para o intercâmbio de conhecimento em movimento de duas vias, enriquecedor e criativo. Essa política presume garantir condições básicas para o reconhecimento do trabalhador da saúde e do seu trabalho, tais como: Plano de Carreira, Cargos e Salários; vínculos de trabalho com proteção social; capacitação e educação permanente; humanização da qualidade do trabalho, etc. (BRASIL, 2016).

Segundo Pierantoni, Varella e França (2006), faz-se necessário um plano que reconheça as dimensões que envolvem o trabalho e os trabalhadores relacionados à saúde, de forma a definir uma agenda de trabalho como política de estado e não de governo.

Atualmente, a política do governo na área de Gestão do Trabalho está ligada à importância de se dispor linhas e diretrizes gerais para ordenar as relações de trabalho no sistema SUS, de forma a atender os objetivos e critérios da Política Nacional de Saúde.

Este esforço evolutivo é bem explicitado por KOSTER (2008):

A Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, segundo o Decreto nº. 5.974/2006 tem como competências promover a ordenação da formação de recursos humanos em saúde, bem como promover a articulação com os órgãos educacionais, entidades sindicais e de fiscalização do exercício profissional, movimentos sociais e entidades representativas da educação profissional, com vistas à formação, desenvolvimento profissional e o trabalho no setor; ainda, promover a integração dos setores de saúde e educação para o fortalecimento das instituições formadoras, elaborar e propor políticas de formação e desenvolvimento profissional na área de saúde, acompanhá-las e promover o desenvolvimento da Rede de Observatórios de Recursos Humanos em Saúde - RORHS. Ainda como sua competência, temos: planejar, coordenar e apoiar as atividades, que se referem ao trabalho e à educação na saúde, assim como organização da gestão do trabalho e educação neste campo, a formulação de critérios de negociação.

As políticas de carreira são outro ponto importante na formação SUS, haja vista que é nesse campo que se estuda a política de cargos e salários de todos os trabalhadores do SUS sob a responsabilidade do gestor. Nesse ponto, a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), são os que mais se destacam, pois possuem estruturas de núcleos específicos relacionados à Gestão do Trabalho em Saúde (KOSTER, 2008).

Assim, o Sistema Único de Saúde reconhece a necessidade de lidar estrategicamente com a área da Gestão do Trabalho, bem como a responsabilidade de criar mecanismos de gestão, capazes de responder as necessidades e expectativas que versam sobre a melhoria da qualidade dos serviços.

Ocorre que a complexidade do trabalho em saúde, em razão da evolução tecnológica que exige cotidianamente a qualificação dos profissionais que militam nessa área, é objeto permanente de preocupação dos gestores, em geral, com destaque para os gestores que atuam em unidades hospitalares. Cita-se a imprescindibilidade de técnica no manuseio de equipamentos sofisticados que compõem o Sistema Único de Saúde, de alta precisão e que requerem por isso habilidade técnica do trabalhador. Assim, há a dificuldade de encontrar trabalhadores qualificados e em número suficiente às exigências do mercado, neste momento, é necessário o gestor investir em qualificação, de forma a equilibrar as atividades na unidade de saúde.

Outro ponto importante está na formação das equipes multiprofissionais, conforme as necessidades regionais, que impõem a criação de diversas estratégias no sentido de superar as dificuldades relacionadas à integração dos colaboradores na área de saúde pública. As equipes que formam a frente de trabalho nas unidades hospitalares têm composição variável e distinta,

havendo multiplicidade de obrigações e formações, a depender da natureza da atividade desenvolvida (KOSTER, 2008).

A gestão do trabalho em saúde, devido à multiplicidade de conferências, comissões, comitês e mesas gestoras, têm ampliado a visibilidade do tema e tratado de pontos fundamentais tais como: a complexidade da gestão compartilhada entre os entes federados, sendo este um arranjo gerencial novo e de difícil estruturação (MOYSES, 2010).

Quanto aos últimos anos e desafios, a implementação das políticas públicas de saúde no campo da gestão do trabalho, Moyses (2010) comenta:

Alguns problemas herdados com o advento do SUS permanecem sem medidas impactantes, como a questão remuneratória, os múltiplos vínculos, o aumento do conjunto de empregos – que, hoje, passam de dois milhões no sistema –, a ampliação vertiginosa dos empregos municipais em curto espaço de tempo, os vínculos precários, as carreiras dos trabalhadores, entre outros.

O setor de saúde no Brasil é um dos maiores do mundo, e mesmo reconhecendo que nas últimas décadas se tenha produzido conhecimento e se tenha avançado na resolução de problemas no âmbito da gestão do trabalho, vários desafios estão propostos na construção da cidadania dos trabalhadores do SUS (MOYSES, 2010). Ressalta-se então a complexidade na gestão do trabalho no campo da saúde e em especial nas unidades hospitalares, com elementos complicadores como autonomia e diversidade dos profissionais, além do quantitativo de profissionais em atuação ou em formação.

1.3.3 A complexidade da Gestão do trabalho no âmbito da saúde e no modelo alternativo das Organizações Sociais

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) consideram o tema “Gestão do Trabalho na Saúde” um dos mais complexos do SUS, por tratar das várias relações do trabalho, do trabalhador e das diversas políticas que o tema envolve (BRASIL, 2014).

Entre as dificuldades encontradas na Gestão do Trabalho na Saúde, a elevada dimensão quantitativa dos empregados neste setor se destaca. A pesquisa da Assistência Médico Sanitária aponta um número de trabalhadores diretos na saúde, superior a 2,5 milhões de indivíduos e, desses, cerca de um milhão e quatrocentos mil são servidores públicos. Destes, 68,8% são empregos públicos municipais, ou seja, algo em torno de um milhão (BRASIL, 2016).

Essa dimensão de milhares de trabalhadores estabelece um extraordinário desafio para os participantes da organização de carreiras, por exemplo. Mas um fator adicional torna essa

tarefa ainda mais complicada: a grande diversidade de categorias profissionais e ocupacionais envolvidas na prestação de serviços de saúde (NOGUEIRA, 2010)

Outro fator desafiador na gestão e regulação das relações de trabalho no SUS, diz respeito à origem do vínculo dos servidores. Boa parte das equipes de profissionais da saúde é composta por pessoal cedido de outros níveis administrativos da Federação. Em 2004, nada menos que 70 mil servidores do Ministério da Saúde encontravam-se lotados nas secretarias estaduais e municipais de saúde (NOGUEIRA, 2010).

Em meio aos trabalhadores e equipes de profissionais que atuam no campo da saúde, aqueles que estão lotados nas unidades hospitalares merecem uma atenção especial, sendo esta dada pela objetiva discussão deste projeto ou pela densidade de atividades que o ambiente hospitalar se propõe desenvolver.

Compondo essa complexa divisão técnico-profissional da unidade hospitalar de saúde, surgem as categorias tradicionais como os médicos, enfermeiros e odontólogos, além das categorias emergentes tais como os fisioterapeutas e os fonoaudiólogos. No caso dos médicos ainda ocorre “subdivisões” entre as diferentes especialidades. Cada uma dessas categorias profissionais tem uma história característica de organização, imprimindo suas aspirações ao mercado de trabalho e encaminhando suas demandas particulares para a gestão da unidade e em consequência do SUS (NOGUEIRA, 2010).

Dos diversos profissionais que atuam nas unidades de saúde, o médico pela sua histórica e consolidada autonomia profissional, garante um grau relevante e específico de atenção da gestão.

No plano do processo de trabalho, a relação do médico com o saber pode-se chamar de autonomia técnica, autonomia que se dá nos trabalhos individualizados – tarefas especializadas do trabalho médico coletivo. No plano institucional/gerencial de composição dos trabalhos, em que se faz perpassar por uma hierarquia de autoridades técnicas e institucionais, pode-se chamá-la de autonomia hierárquica (RIBEIRO; SCHRAIBER, 1994).

No contexto deste enfrentamento, as divergências devem ser negociadas, estando tal negociação alinhada à ética, de forma a sempre envolver e relacionar o profissional médico, a gestão e o cliente/paciente, articulando prática técnica, ação política e ação moral (RIBEIRO; SCHRAIBER, 1994).

No Brasil, é possível notar um número maior de profissionais ligados à área médica oriundos principalmente das regiões sul e sudeste do País, haja vista que é o local onde há a maior concentração de escolas médicas no País. Ocorrendo um processo migratório destes profissionais entre hospitais públicos e privados, como também entre os estados brasileiros, além da migração para outros países. A compreensão deste processo é fator de suma

importância para o gestor, posto que isso permite maior visibilidade aos profissionais responsáveis que continuarão na formação das equipes, permitindo a adaptação diária da vida útil dos hospitais públicos, de forma a garantir desenvoltura à prestação dos serviços (RIBEIRO; SCHRAIBER, 1994).

Atualmente a função mais difícil assumida pelos gestores de recursos humanos do SUS é pacificar toda essa multiplicidade de interesses e organizar uma força de trabalho tão heterogênea quanto à composição profissional e de objetivos associativos. Tudo isso demonstra a necessidade de implantar meios de discussão entre as diversas instâncias, de forma que o gestor possa direcionar acordos com os diversos segmentos dessa força de trabalho profundamente diversificada (NOGUEIRA, 2010).

Os dados e informações, compreendidos a partir da composição quantitativa e qualitativa das equipes de profissionais dos hospitais públicos do País, fornecem previsibilidade quanto às necessidades dos recursos humanos, possibilitando ao gestor antecipar-se aos problemas de oferta e demanda dos serviços de saúde e viabilizar o alcance da finalidade da política pública nacional de saúde . Tamanho grau de complexidade requer um esforço diferenciado dos gestores, tanto no planejamento de políticas públicas, como visto no tema anterior, quanto na inovação e aplicação de novos modelos de administração como pode se perceber nas discussões a respeito do modelo alternativo de gestão da saúde por meio das Organizações Sociais (TURATO, 2005).

Esse novo paradigma de gestão adotado nas unidades de saúde está intrinsecamente vinculado à força de trabalho dos profissionais lotados nos diversos órgãos federais, estaduais e municipais. Ocorre que a administração desses órgãos, condicionadas pelo modelo burocrático adotado pela Administração Direta, apresenta fatores determinantes para o baixo desempenho do setor público. Podendo o modelo de gestão por OSS, diante do seu formato de maior autonomia, mudar esta situação.

Administração direta estabelece seu quadro de pessoal através da contratação por meio de concursos, fixando este mesmo quadro sob o regime estatutário. A contratação de mão-de-obra nas OSS não segue essa lógica, utiliza-se então de processos seletivos para contratação da força de trabalho necessária, por meio da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) ou por outras formas comuns ao mercado de saúde. Observa-se ainda, que seguindo uma tendência de mercado, muitos profissionais de medicina são contratados como prestadores de serviços, pessoas jurídicas, podendo ocorrer na forma de cooperativa, ou ainda na empresarial (FIORE; DUARTE, 2014).

Ressalta-se que apesar das OSS contratarem profissionais através da CLT, em diversos casos, inclusive no Estado de Goiás, a gestão dos recursos humanos conta com a atuação do servidor público de vínculo estatutário na composição integral do quadro de funcionários, sendo este cedido pelo Estado através de requisição e documentação específica.

As OSS como empregadoras privadas e com contratos de trabalho regulamentados pela CLT estão sujeitas a convenções, dissídios e acordos coletivos de reajustes salariais para as categorias de profissionais integrantes de seus quadros de pessoal (SARAIVA, 2009).

Portanto, o Estado sabedor dos ajustes futuros, nos contratos de trabalho decorrente da escolha do modelo privado para a gestão de pessoal, deverá prever recurso de modo a suprir tais despesas. Já na Administração Direta, o fluxo de reajustes salariais de servidores públicos depende de negociações *ad hoc* ou direitos trabalhistas distintos (FIORE; DUARTE, 2014).

Fiore e Duarte, fazem a seguinte contribuição em relação a interação entre o agente Estado e a Organização Social:

O fato de o Estado não ser o responsável direto pela contratação de pessoas no âmbito das OS não significa que deva se eximir de compreender criticamente a dimensão “pessoas” (em suas múltiplas facetas). Ao construir uma visão estratégica sobre este tema, o Estado passa a antever e precaver-se das distintas conseqüências do modelo no que tange a esta dimensão, em seus aspectos financeiros, jurídicos e socioeconômicos – especialmente nos impactos e nas interações com os mercados de trabalho de cada área (FIORE; DUARTE, 2014).

É evidente a importância da definição dos objetivos e metas nos contratos de gestão pactuados entre Estado e Organizações Sociais de Saúde, pode dar maior direcionalidade ao trabalho desempenhado pela equipe de profissionais que formam a equipe de trabalho da unidade de saúde pública. Tal processo será capaz de informar se o advento da referida parceria público-privada é capaz de produzir os resultados esperados. Isto, somente a partir do monitoramento sistemático.

Dúvidas são levantadas a respeito do modelo de gestão por OSS, tendo impacto direto a Gestão do Trabalho, questiona Nogueira:

Será que transparece nesses novos relacionamentos com entidades privadas um interesse da gestão pública em adotar métodos mais eficientes, com base em modelos de autonomia, eficácia e “foco no cliente”? Ou trata-se simplesmente de uma tática para fugir a restrições legais que afetam, sobretudo, o gasto com pessoal na administração pública? (NOGUEIRA, 2010).

O Estado, premido pela necessidade de ampliar e melhorar serviços à população, recorre à iniciativa privada, em busca de resolver dois grandes problemas: o da gestão flexível do próprio hospital e o da vinculação e gestão de seus recursos humanos (NOGUEIRA, 2010).

Mesmo os gestores do SUS que são contra a adoção do modelo de organização social, na medida em que o entendem como um meio de privatizar a saúde pública concordam com os

princípios e a necessidade de conferir maior autonomia gerencial a unidades hospitalares. É consensual que os hospitais devem ter maior independência por conta da sua complexidade técnica e administrativa (NOGUEIRA, 2010).

As mudanças no formato ou modelo da administração dos serviços públicos de saúde, voltados a gestão do trabalho podem resolver alguns problemas, mas consequentemente traz à luz novas questões. E é com base nesta propositura que verifica se a elaboração de artigos e projetos sobre o tema Gestão do Trabalho na saúde, no contexto público privado, o qual faremos a seguir breve apanhado.

Um dos trabalhos já realizados acerca do tema em estudo chama-se “As organizações sociais de saúde como forma de gestão público-privada em Goiás – o caso HUANA”, (BARBOSA et al., 2015). O referido trabalho, que teve como pesquisa de campo um Hospital público localizado na cidade de Anápolis-GO, traz levantamentos de dados quanto ao processo jurídico normativo da implantação da referida unidade, o acompanhamento e a avaliação do desempenho da unidade, a gestão de recursos humanos e materiais.

Em referência à gestão de recursos humanos o citado artigo indica a flexibilidade e a celeridade no processo de contratação e gestão e de bens, serviços e trabalhadores como fator motivador da implantação de novos modelos de gestão. Explica que a unidade hospitalar HUANA, sob gestão da OSS, Fundação de Assistência Social de Anápolis – FASA, segue os procedimentos de contratação de pessoal, conforme o praticado pelas empresas privadas.

Segundo Barbosa et al. (2015), o processo de recrutamento e seleção no HUANA foi realizado através de anúncios e análise curricular, sendo que os aprovados foram todos contratados sobre o vínculo celetista. Interessante citar que a OSS utilizou de parâmetros já estabelecidos na Secretaria Estadual de Saúde de Goiás (SES-GO) para remunerar os cargos de médicos e enfermeiras. O autor, ainda menciona a informação de baixa rotatividade dos trabalhadores naquela unidade, informação essa trazida por representante da administração, sem a apresentação de dados que justifique essa situação.

Sob este mesmo enfoque Fiore e Duarte (2014) elaboraram o artigo “Por que atentar à Gestão de Pessoas nas Organizações Sociais? Reflexões a partir do Estado”, o trabalho aborda às questões concernentes à gestão de pessoas nas OS, no âmbito da saúde, e o que a mudança no modelo de administração pode significar para esse tema. Tais reflexões foram elaboradas a partir da experiência profissional dos autores, em projetos na área de gestão de Organizações Sociais e de contratos de gestão junto ao governo do Estado de São Paulo.

Considerando o contexto do artigo, sob a dimensão do trabalho na Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, é demonstrado um aumento na despesa orçamentária, quanto a rubrica

“Pessoal”. O autor explica que tal fato pode ser justificado pela alteração de Leis que afetam diretamente os trabalhadores da SES.

Fiore e Duarte (2014) deixam claro à importância da atuação dinâmica das Organizações Sociais no contexto de saúde pública, posto que a própria natureza da atividade prestada possui origem dicotômica, ou seja, tem origem privada mas busca atuação no setor público. Ressaltando a necessária elaboração de novos estudos, de forma a acrescentar informações capazes de auxiliar a compreensão desse relevante tema, tão pouco discutido e que pode auxiliar na gestão de áreas de extrema complexidade, como a Gestão do Trabalho na Saúde.

2 ABORDAGEM METODOLÓGICA

O método é o conjunto de regras e normas em busca da verdade. É o uso coerente de procedimentos, inteligência e talento na tentativa de alcançar o objetivo desejado, observando ainda os aspectos de ordem, de caminho, de segurança e de economia (SANTOS, 2013). A escolha do método de trabalho da abordagem científica é de suma importância, uma vez que propicia a localização do melhor caminho a ser seguido na colheita dos dados e informações necessárias, nesse ponto, é o entendimento de Lakatos e Marconi (2001):

“O método é o conjunto das atividades sistemáticas e racionais que, com mais segurança e economia, permite alcançar o objetivo, - conhecimento tácito e verdadeiro – traçando o caminho a ser seguido, detectando erros e auxiliando as decisões do cientista.”

Em resumo, para Gil (2002), Metodologia consiste no conjunto de normas e procedimentos que têm por finalidade regulamentar as pesquisas científicas, desse modo, são padrões necessários a qualquer pesquisa de natureza científica de várias teorias que buscam explicar ou descrever fatos da realidade de forma racional, definido como Ciência.

2.1 Tipo de estudo

O estudo trata-se de tipo analítico, com delineamento de Estudo de Caso com abordagem qualitativa e quantitativa. Conforme Yin (2001) o estudo de caso é uma estratégia de pesquisa que compreende um método que abrange tudo em abordagens específicas de coletas e análise de dados. Para tanto, este estudo trata de uma análise em profundidade do processo de gestão do trabalho das equipes de profissionais que militam junto às unidades públicas de saúde gerenciadas por Organizações Sociais.

Neste ponto, importante citar Yin (2010) que define o estudo de caso como:

“Uma pesquisa empírica que investiga um fenômeno contemporâneo em seu contexto natural, em situações em que as fronteiras entre o contexto e o fenômeno não são claramente evidentes, utilizando múltiplas fontes de evidência”.

Já para Santos (2013), o estudo de caso analisa com profundidade fatos, com a perspectiva de obter compreensão do objeto de estudo com riqueza de detalhes.

Segundo Godoy (1995) nos estudos denominados qualitativos, um fenômeno pode ser compreendido no contexto em que ocorre e do qual é parte, devendo ser analisado de forma integrada. Para tanto, o pesquisador vai a campo buscando captar o fenômeno em estudo a partir da perspectiva das pessoas nele envolvidas, considerando todos os pontos de vista relevantes. Vários tipos de dados são coletados e analisados para que se entenda a dinâmica do fenômeno.

Além do levantamento qualitativo, realizou-se uma abordagem quantitativa por meio da análise estatística dos dados coletados, tendo como procedimento técnico a pesquisa de campo, por intermédio da aplicação de questionários estruturados

2.2 Local de estudo

Atualmente, no Estado de Goiás existem dezesseis (16) Unidades Hospitalares Estaduais, sendo quinze (15) geridas por organizações sociais. A Unidade onde foi desenvolvido este trabalho é o Hospital de Urgências de Goiânia - HUGO, que atende exclusivamente usuários do Sistema Único de Saúde.

O Hospital de Urgências de Goiânia (HUGO), fundado em 11 de junho de 1987, é referência em traumatologia. A unidade presta atendimento em urgência e emergência de média e alta complexidade, assistência, ensino, pesquisa e extensão universitária. É administrado pela organização social Instituto de Gestão em Saúde Gerir, desde 09 de maio de 2012 (GOIÁS, 2017).

Justifica-se a escolha da unidade, pelo perfil, atuação e abrangência. O HUGO é um hospital de grande porte, de alta complexidade, considerado referência na sua especialidade, com profissionais de diversos níveis e funções e que compõem a rede de Hospitais de Urgência do Estado de Goiás. A gestão da referida unidade pública de saúde transitou pelos dois modelos de gestão, tanto na fase de gestão Direta pelo Estado e atualmente por meio da Organização Social de Saúde.

2.3 População e amostra do estudo

A população estudada tem em sua totalidade 1608 (hum mil seiscentos e oito) trabalhadores entre celetistas e estatutários que atuam em diversas funções na unidade hospitalar HUGO. Dentre o universo citado, estão os servidores lotados nas áreas de atividade fim e meio (GOIÁS, 2017).

O número de elementos existentes no universo da pesquisa constitui a base de cálculo da amostragem necessária para realização do estudo, considerando ainda um grau de homogeneidade de 50% e um intervalo de confiança de 95%, adicionado ao total de indivíduos que aderiram a pesquisa 145 (cento e quarenta e cinco) participantes, a margem de erro configura-se em torno de 7,77%.

Foram realizadas entrevistas com os seguintes informantes-chaves: representantes da alta direção do hospital e da Organização Social, representantes do setor administrativo de

recursos humanos e representantes da SES-GO relacionadas ao projeto de pesquisa, totalizando 10 (dez) entrevistados.

Os critérios de inclusão da pesquisa, foram participantes maiores de 18 anos, que são trabalhadores diretos ou indiretamente ligados à instituição HUGO, e assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE – Res. 466/12, CNS) e que preencheram adequadamente o questionário. Foram excluídos os participantes menores de 18 anos, aqueles que não desejaram participar da pesquisa ou preencheram o questionário de forma inadequada.

2.4 Os instrumentos de coleta de dados

Para coleta de dados junto às fontes primárias foram utilizados os seguintes instrumentos:

- Servidores – através da aplicação de questionário, em formato de formulário eletrônico e físico, com questões envolvendo dados sociodemográficos e funcionais. O questionário eletrônico foi enviado para o endereço de e-mail corporativo dos trabalhadores, e acessado também através de equipamento (*tablet*) fornecido pelo pesquisador. Além disso, o pesquisador responsável distribuiu os formulários físicos em oportunidade adequada definida em conjunto com a unidade HUGO.
- Informantes-chave: foi realizada uma entrevista semi-estruturada com roteiro abordando a situação relativa ao processo de gestão, com ênfase sobre as relações de trabalho que afetam as atividades dos servidores da unidade. O roteiro da referida entrevista consta no apêndice II deste projeto, sendo esta, registrada através da gravação de som e imagem, com a devida autorização dos participantes através do TCLE fornecido pelo pesquisador. As respostas fornecidas pelos entrevistados foram transcritas para compor a base de dados da pesquisa, sendo esta, fonte de informações e base comparativa ao resultado obtido com os demais instrumentos. Foi utilizado, fragmentos da entrevista na dissertação, na íntegra, mantendo considerável nível de sigilo conforme consta no TCLE fornecido.

O questionário aplicado pelo pesquisador, como fonte no método de estudo de caso, aborda as variáveis sociodemográficas e funcionais reportando ao aspecto sobre as relações e condições de trabalho. Cita-se, neste ponto, que o procedimento de análise de dados inclui-se a estatística descritiva dos dados, caracterizada pelo perfil dos respondentes e as condições e

relações e condições de trabalho prevalentes. Toda análise quantitativa foi realizada com base em questionários através de cálculos de frequência absoluta e relativa das respostas.

Anteriormente à aplicação dos instrumentos de coletas, o pesquisador encaminhou agenda com dia e horário para autorização da Diretoria da unidade e ou responsáveis, com intuito de não prejudicar o funcionamento operacional e administrativo do estabelecimento de saúde.

A entrevista semi-estruturada, na qual o informante teve possibilidade de discorrer sobre as experiências diretas ou indiretamente à Instituição, auxiliou na obtenção de diversas informações, próprias da unidade, ao qual não constam na literatura. Todo seu conteúdo foi organizado e transcrito com base no tema abordado.

Foram utilizados como fontes secundárias documentos relativos ao processo de implantação e desenvolvimento do modelo gerencial proposto, tais como: Contratos de gestão firmados entre a SES-GO e GERIR e termos aditivos; Relatórios de acompanhamento da execução dos contratos; Relatórios do setor de Recursos Humanos; Relatórios de órgãos de fiscalização e regulação; e por fim, Regulamento Institucional de Contratação de Pessoal e de Contratação de Obras, Serviços, Compras, Aliações e Locações disponibilizadas publicamente pela GERIR. Observa-se que as fontes secundárias do objeto de estudo, trataram-se, na sua grande maioria, de documentos públicos e de contexto coletivo.

Entendemos que as informações contidas nos documentos juntamente com as evidências captadas através das entrevistas elevaram o nível de conhecimento e percepção a respeito do funcionamento da unidade, bem como de todo gerenciamento de processos. A relação dos dados apurados possibilitou uma análise, sobre as condições e os níveis de satisfação dos trabalhadores do Hospital de Urgência de Goiânia – HUGO quanto ao desenvolvimento do modelo de gestão por organizações sociais.

2.5 Aspectos Éticos

O projeto da presente pesquisa foi submetido para apreciação ética ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), via Plataforma Brasil, com aprovação manifestada por meio do pareceres número 2.179.842, e segue as regras de conduta ética conforme resolução CNS N° 466, de 12 de dezembro de 2012.

Para solicitar a participação dos sujeitos respondentes do questionário no convite, por via online, havia um texto introdutório com informações da pesquisa. Assim, era apresentado, na íntegra, o Termo de Consentimento de Livre Esclarecimento - TCLE (APÊNDICE IV), permitindo aos participantes a continuidade ou encerramento de sua participação.

Para os questionários respondidos através de abordagem direta, utilizando como meio de informação o *tablet* disponibilizado pelo pesquisador, foi entregue uma via do TCLE com todas as informações sobre a pesquisa.

Quanto a garantia de sigilo, o pesquisador em nenhum momento da execução desse projeto, disponibilizou respostas ao qual comprometam os participantes. Todas as respostas contidas nos questionários são confidenciais e garantem sigilo aos participantes. O conteúdo das entrevistas apresentam um caráter técnico, de modo que os dados coletados estão associados apenas a experiências observacionais e processuais, impossibilitando o comprometimento da carreira dos participantes.

3 ANÁLISE E DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS

3.1 Caracterização da Unidade

O Hospital de Urgência de Goiás compreende uma área física total de 28.541,60 m², com 407 leitos de internação e centro cirúrgico com 10 salas. Os serviços médicos prestados por essa unidade incluem as especialidades de Clínica Médica, Ortopedia, Neurologia, Terapia Intensiva, Cardiologia, Geriatria e Cirurgias Geral e do Trauma. Além disso, o HUGO conta com uma área de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) composto por uma equipe multi e interdisciplinar envolvendo serviços como: área de fisioterapia; fonoaudiologia; hemotransfusão; imaginologia; nutrição e dietética; psicologia; radiologia e serviço social (GOIÁS, 2017).

“O HUGO é o maior hospital do Estado e conta com 407 leitos, destes, 59 são leitos de UTI, todos do SUS e à disposição da população. Somos acreditados em nível 1 pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) e isso nos define uma política de segurança ao paciente, o que é inovador se comparado a outros hospitais de urgência no Brasil que não tem esta acreditação. Através disso é definido vários passos visando a segurança do paciente, e a inovação é que, mesmo sendo um hospital de urgências porta aberta, mantém a política de segurança dos pacientes” (Diretor Técnico - HUGO).

A unidade conta com um quantitativo de 1608 funcionários, distribuídos em variadas funções e diferentes políticas de contratação, compreendendo em 915 funcionários em regime celetistas contratados pelo Instituto Gerir, 642 funcionários de regime estatutário á serviço da Secretaria Estadual de Saúde e 51 funcionários em regime estatutário á serviço do Ministério da Saúde. O Hospital conta com colaboradores terceirizados, que prestam serviço para a unidade, porém são contratados por outras empresas.

O primeiro contrato para administração direta do HUGO formalizou-se em 9 de maio de 2012 através do contrato de Gestão 64/2012-SES-GO, onde o Estado de Goiás (empresa contratante), por intermédio da Agência Goiana de Regulação, Controle e Fiscalização de Serviços Públicos (AGR), intitulou ao Instituto de Gestão em Saúde (IGES/ Instituto Gerir), o compromisso de realizar o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde, em regime de 24 horas/dia. O valor originário do contrato era de R\$ 7 864.080,00 (Sete milhões, oitocentos e sessenta e quatro mil e oitenta reais), com quantitativo inicial de 191 leitos gerais e 44 leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Ademais, a contratada tinha o objetivo consolidar a imagem do HUGO, como centro de prestação de serviços públicos, atendendo as necessidades dos usuários, primando pela melhoria da qualidade e assistência. A partir dessa data, anualmente a SES-GO realiza a adição de termos, alteração dos valores do repasse pactuados e revisão do contrato, ao qual foram celebrados 7 termos aditivos ao contrato

de Gestão (Anexo I). Em 9 de maio de 2017, a Secretaria Estadual de Saúde prorrogou por um período de 12 meses a vigência do contrato 64/2012-SES-GO, através do 7º termo aditivo, com nova redação, nova inclusão de cláusulas e repactuação de metas, destinando à Gerir, a dar continuidade na execução das ações e serviços de saúde no HUGO.

Os modelos de Contrato de Gestão retratados nesse trabalho são semelhantes aos descritos por Barbosa (2005) ao realizar estudo comparativo das gestões público-privadas no Estado de São Paulo. Essa contratualização realizada entre o Estado e as Organizações Sociais instituiu uma nova modalidade de gestão a um conjunto de serviços, que operam sob a forma de gerência terceirizada. Os requisitos expostos exigem avaliação constante do cumprimento de objetivos e de metas estabelecidas.

Em relação à Contratada, o Instituto Gerir é uma organização social cujo objetivo é levar as melhores práticas da gestão privada para a administração pública. Fundado em 15 de Dezembro de 2011, na cidade de Goiânia – Goiás. Trata-se de uma associação civil sem fins lucrativos, pessoa jurídica de direito privado, filantrópica, tendo como objeto social: assistência social; cultura; educação; desenvolvimento tecnológico; gestão de atendimento ao público; gestão de serviços sociais e auxiliares em unidades prisionais; integração social de menor infrator e garantia de seus direitos sociais e individuais; pesquisa científica; proteção e preservação do meio ambiente; saúde; esporte e lazer; e educação profissional e tecnológica. Apresenta sede em Goiânia, e atuação em todo território nacional com áreas de concentração voltadas ao Planejamento e Monitoramento do Contrato de Gestão, Recursos Humanos, Logística e Suprimentos, Informação, Financeiro, Contabilidade, Prestação de Contas, Controladoria, Assessoria e Consultoria Jurídica, Assessoria e Consultoria em Comunicação/Social e área de Compliance (GERIR, 2016).

3.2 Processo de recrutamento e seleção

O recrutamento de seleção de pessoal, a partir da OSS, se dá por meio de um Processo Seletivo Simplificado publicado em diário oficial, estabelecendo regras para o preenchimento de vagas, com base nas necessidades da unidade. De acordo com o artigo 4º do regulamento de contratação de pessoal:

Art. 4º - O procedimento de contratação de pessoal terá início mediante a solicitação Gerentes e Coordenadores da unidade hospitalar estadual – HUGO, interessados na contratação, dos serviços efetivamente necessários, que será operacionalizada por meio da Requisição de Pessoal.

I - O requisitante deverá preencher o formulário de Requisição de Pessoal conforme demanda do Serviço/Unidade, coletar aprovação da Diretoria da área.

II - A Diretoria da área encaminha a Requisição de Pessoal que segue os fluxos estabelecidos entre a unidade hospitalar estadual – HUGO e a Organização Social e retorna para a área de Recursos Humanos para os procedimentos de recrutamento e seleção.

III - As Requisições de Pessoal podem ser abertas nos seguintes casos: Substituição de um colaborador; Aumento de Quadro, desde que contemplado no orçamento ou aprovado pela Diretoria (GERIR, 2017).

Após aprovação da diretoria, o processo é norteado por com base em 3 critérios: experiência profissional e títulos acadêmicos; provas objetivas, de caráter classificatório e conhecimento técnico específico; entrevista, com um representante do RH e do departamento requisitante. Somente são aptos para o exercício da função aquelas pessoas que cumprem de forma satisfatória todas as etapas de seleção e está de acordo com as condições propostas. Por fim, as funções são preenchidas preferencialmente sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), conforme carga horária previamente informada para cada função, podendo variar para os períodos diurno, noturno, misto, na forma de revezamento ou escala de serviço (GERIR, 2017). Com base nas disposições gerais:

Art 10º - É vedada a contratação de:

I - Cônjuge, companheiro ou parente, consanguíneo ou afim, em linha reta ou colateral, até o 3º (terceiro) grau, do Governador, Vice-Governador, de Secretários de Estado, de Presidentes de autarquias, fundações e empresas estatais, de Senadores e de Deputados Federais e Estaduais, Conselheiros do Tribunal de Contas do Estado e dos Municípios, todos do Estado de Goiás, bem como de diretores, estatutários ou não, da Organização Social, para quaisquer serviços relativos ao Contrato de Gestão;

II - Estabelecimento de avença com pessoa jurídica ou instituições das quais façam parte os seus dirigentes ou associados (GERIR, 2017).

A definição sobre formas de contratação de pessoal, sob qualquer forma de vínculo, é de decisão exclusiva da OSS, respeitando o limite orçamentário para gasto com pessoal. A busca por novas formas de gestão de unidades hospitalares no SUS tem como motivação a necessidade de dar mais celeridade ao processo de aquisição de bens e serviços, bem como a

de contratação de pessoal (BARBOSA et al., 2015). Em relação a esse desdobramento, observamos claramente dois paradigmas, uma administração, onde a contratação de pessoas é altamente burocrático e caro, para um sistema gerencial e altamente simplificado.

“Percebemos que no início as Organizações Sociais vieram sem muito conhecimento sobre a legislação estatutária, o que causou uma dificuldade inicial no relacionamento com os servidores; A vantagem é a possibilidade de contratação em um processo seletivo simplificado. Hoje existe um déficit de servidores no âmbito administrativo por conta de alguns fatores: Redução de cargos de comissão, o último concurso público feito pela SES foi em 2010, a secretaria tem um número grande de servidores em processo de aposentadoria e a Organização Social tem a flexibilização de nas formas de contratação” (Gerente de Pessoas – SES-GO).

3.3 Gerenciamento e o processo de implantação da OSS na Instituição

A gestão de unidades hospitalares, pela sua enorme complexidade, custo e importância na rede de atenção à saúde, tem merecido um olhar especial e se tornado objeto de proposições (BARBOSA et al., 2015). 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 (DUARTE, 2009).

Para gerir uma unidade pública de saúde são necessárias competências importantes, por isso exige-se do gestor habilidades essenciais como a arte da negociação e da pactuação, bem como o conhecimento acerca do contingenciamento dos recursos financeiros, de forma a cumprir a finalidade e objetivos de criação do sistema SUS.

“O gerenciamento da unidade no transcorrer desses 27 anos de funcionamento do HUGO, passou por diversas fases e sistemáticas de gerenciamento. A princípio no ano de 1991, o governo do estado reconhecendo a sua limitação quanto a capacidade de gerenciar hospitais de maior porte, transferiu isso para Organização das Voluntárias de Goiás (OVG) por que assim poderia fugir da burocracia tremenda dos processos licitatórios de compras, de controle, avaliação dos pacientes, gerenciamento de leitos enfim. Fiz parte desta primeira fase da qual a OVG era gestora dos principais hospitais do estado de Goiás, trabalhando a princípio como Diretor do Pronto Socorro depois como Diretor Técnico do hospital até que houve uma decisão governamental em que a Secretaria de Saúde assumisse a gestão de todos os hospitais por volta dos anos 1994/1995, um período em que a Secretaria de Saúde do Estado não tinha uma grande estrutura e nos sentimos na pele isso, o fim de uma autonomia de gestão compartilhada com a OVG, a qual, era efetiva em todas as partes, logística, administrativa, gestão de leitos hospitalares e principalmente no desenvolvimento de protocolos e rotinas de atendimento. Já com a Secretaria de Saúde houve infelizmente por conta da própria estrutura do estado, um sucateamento gradual e progressivo do hospital não só na estrutura, mas também, nos recursos humanos [...]. A licitação referente ao HUGO foi vencida pelo GERIR, uma organização nova, entretanto com expertise em gestão hospitalar porque estava envolvida profundamente com praticamente todos os hospitais do estado. E em maio de 2012 a GERIR assumiu o HUGO que estava em estado deplorável, totalmente sucateado, sem condição de

funcionamento do centro cirúrgico, sem materiais e medicamentos, com os recursos humanos subdimensionados e pior estavam despreparados para prestar um atendimento de qualidade; A situação era tão emergencial que o conselho de medicina através de reclamações dos médicos alguns deles de renome como o Dr. Hélio Ponciano, Dr. Laurence Amorim Cândido solicitou a interdição ética. Então foi nessa situação que a GERIR pegou o hospital e traçou um processo coerente de recuperação que teria que ser feito de forma gradual e progressiva, pois, o hospital não poderia parar de funcionar, e assim foi feito. Com a ajuda de profissionais experientes, a GERIR deu início ao plano de reforma da estrutura física e qualificação, capacitação dos recursos humanos. Nesses 5 anos isso vem crescendo de maneira gradual e o HUGO que vivia nas páginas dos periódicos e da Televisão apenas com imagem negativa, passou a se firmar e ser reconhecido como um hospital que está sendo reconstruído” (Diretor Geral - HUGO).

A avaliação de desempenho da unidade se dá pelo cruzamento de dados quanto às metas propostas e alcançadas. O acompanhamento de informações gera relatórios mensais e anuais que servem de base para controle e avaliação de compromissos assumidos e dos problemas referentes à consecução das metas programadas, apoiando o processo de tomada de decisão (BARBOSA, 2005).

A repercussão sobre os serviços prestados ao qual podem ser mensurados pelos meios de comunicação, pelos indicadores de desempenho e por parte dos colaboradores diretos e indiretos, nos levam a entender o bom compromisso que as OSS têm com a gestão dentro da unidade HUGO. Esse impacto foi sentido dentro da própria SES, onde os recursos investidos podem ser visualizados pela melhoria do atendimento e a diminuição das reclamações por parte dos usuários.

“O impacto foi enorme dentro da SES, e avalio de uma forma positiva. Tanto na atividade fim assumida diretamente pela organização social, que veio suprir uma serie de carências e deficiências que nos enfrentávamos por meio da gestão direta. Hoje percebemos claramente a melhoria na qualidade da gestão e dos serviços que são oferecidos nas unidades, assim como, o impacto indireto no restante da estrutura administrativa da SES. Quando era feita a gestão direta, toda a capacidade de gestão da secretaria de saúde era convergida no sentido de atender as unidades hospitalares e mesmo assim se apresentava insuficiente frente as demandas, muito disso pelo arcabouço jurídico e burocrático que nós tínhamos, a partir do momento que nós temos as unidades geridas pelas organizações sociais, e elas passam a ser responsáveis por suprimentos, manutenção, investimento, equipamento, contratação de recursos humanos não disponível no quadro próprio da SES, a estrutura, principalmente da SGPF (Superintendência de Gestão, Planejamento e Finanças) pôde se voltar mais para a gestão, planejamento e execução, ou seja, tivemos um impacto direto na prestação do serviço e indireto nas demais ações da secretaria, começamos a cumprir outras funções que vinham sendo negligenciadas em razão da prioridade no funcionamento das unidades de saúde” (Superintendente de Gestão, Planejamento e Finanças – SES-GO).

“Acredito que nos últimos anos de acordo com o que tenho observado apesar de recente na organização, mas, vi os relatos e acompanhei as pesquisas feitas durante todo o processo de troca de gestão, houve importantes ganhos em termos de ambiente, distribuição e organização de trabalho e isso melhora muito o clima organizacional o

que traz um bom resultado não só para o cliente externo o qual é a prioridade, mas também, para o cliente interno, lembrando que muitas vezes os colaboradores não se enquadram nas políticas e modelo de gestão que precisa ser mais ágil e eficaz o que dificulta a unanimidade” (Diretor Administrativo – HUGO).

3.4 Monitoramento e análise da produção assistencial

A avaliação de indicadores de desempenho permite o acompanhamento da atividade de acordo com os objetivos impostos pela gestão. Essa forma de monitoramento e avaliação quantifica o impacto de ganhos e perdas e mensura os fatores de sucesso da organização. Os indicadores para o Hospital HUGO, sob administração da OSS GERIR, são apresentados com base em relatórios trimestrais conforme acordo proposto no Contrato de Gestão 064/2012.

Com base no último relatório emitido pela GERIR, as taxas de produção assistencial realizadas e contratadas, incluindo consultas ambulatoriais e emergenciais, para o ano vigente de 2017, podem ser visualizadas no quadro 1. Os valores propostos para a contratada, estão dispostos na coluna destinados a esse fim, e correspondem ao número de atendimentos previstos a partir das metas pactuadas.

Quadro 1: Quantitativo de produção assistencial

LINHAS DE CONTRATAÇÕES	CONTRATADA	REALIZADA									
		Jan	Fev	Mar	Abril	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out
Internação (Saídas Hospitalares)	1362	975	1088	1090	1048	1146	1053	1104	1049	1030	1044
Atendimento de Urgência e Emergência	3500	2978	2726	3064	3248	2982	3028	2921	2423	2404	2492
Atividade Ambulatorial	3200	2842	2769	3403	2672	3241	3056	2771	3415	3187	3232

Fonte: Goiás, 2018.

Conforme origem, as internações apresentaram média de 1062,7 com picos máximos para o mês de maio. Os dados correspondentes aos atendimentos de urgência e emergência, a média atingiu valores de 2827, com pior desempenho para o mês de setembro. Para atendimentos ambulatoriais, ao qual apresentaram melhores desempenhos, a média atingiu valores de 3059, superando os valores contratados nos meses de março, maio, agosto e outubro.

O desempenho, com base no valor médio, comparado à meta contratada, indica a eficácia da unidade. Valores superiores a 100% indicam alto desempenho, enquanto abaixo de 50% são considerados como baixo desempenho. Valores próximos ao esperado são menores que 100% e maiores que 80%, ao passo que menores que 80% e maior que 50%, são classificados como moderado. Até o presente mês, a unidade apresenta-se com desempenho 18% abaixo do proposto, entrando na classificação de próximo ao esperado.

Os indicadores de produção são estabelecidos considerando a capacidade física e de recursos humanos instalada, associada ao número total de horas por categoria profissional e nos

recursos físicos disponíveis. O acompanhamento da execução do contrato ficou sob a responsabilidade de uma comissão composta por membros da Secretaria de Estado da Saúde (SES-GO) e da Superintendência de Controle, Avaliação e Gerenciamento das Unidades de Saúde semestralmente (BARBOSA et al., 2015).

“Os mecanismos de controle e fiscalização da execução do contrato de gestão são de responsabilidade da SES por meio da Superintendência de Controle, Avaliação e Gerenciamento das Unidades de Saúde e pela Gerência de Fiscalização dos Contratos de Gestão. As OSS devem apresentar todos os documentos comprobatórios, prestar contas das atividades executadas e do cumprimento das metas que passam por avaliação de forma contínua pela Secretaria. São executadas penalizações financeiras caso sejam detectadas não-conformidades aplicáveis ao Contrato de Gestão. A fiscalização também é executada pelos órgãos de Controle Interno: Controladoria Geral do Estado e Controle Externo: Tribunal de Contas (União/Estado/Municípios) e Poder Legislativo, sendo que a apresentação de todas as informações referente a cada Contrato está disponível no site da SES com acesso a qualquer cidadão. Caso a Organização Social não esteja atendendo às necessidades dos serviços contratados ou tenha descumprido algum item da legislação pertinente ela poderá ser penalizada, ter seu contrato rescindido ou ser desqualificada, sendo que, na ocorrência da desqualificação é necessária a realização de novo chamamento público para o proceder a substituição do gerenciamento da unidade hospitalar” (Superintendente de Controle, Avaliação e Gerenciamento das Unidades de Saúde – SES-GO).

3.5 Perfil Sociodemográfico

O estudo envolveu 145 colaboradores, sendo que 1 indivíduo se recusou a participar e 1 foi excluído por inconsistência nas respostas. Dos 143 respondentes observa-se maior predomínio de indivíduos do sexo feminino (65,0%), com maior frequência da faixa etária de 35 a 39 anos (27,3%), conforme ilustra a Tabela 1.

Tabela 1: Distribuição das variáveis sociodemográficas.

Variáveis Sociodemográficas	n (143)	%
Sexo		
Masculino	50	35,0
Feminino	93	65,0
Idade		
Menor que 20 anos	2	1,4
Entre 20 a 24 anos	16	11,2
Entre 25 a 29 anos	21	14,7
Entre 30 a 34 anos	23	16,0
Entre 35 a 39 anos	39	27,3
Entre 40 a 44 anos	18	12,6
Entre 45 a 49 anos	7	4,9
Entre 50 a 54 anos	6	4,2
Entre 55 a 59 anos	5	3,5

60 anos e mais	6	4,2
Escolaridade		
Fundamental completo	1	0,7
Ensino Médio Incompleto	3	2,1
Ensino Médio Completo	34	23,8
Superior Incompleto	17	11,9
Superior Completo	88	61,5
<u>Pós Graduação</u>	(n = 68)	47,5
Especialização	63	44,0
Mestrado	5	3,5
Doutorado	-	-

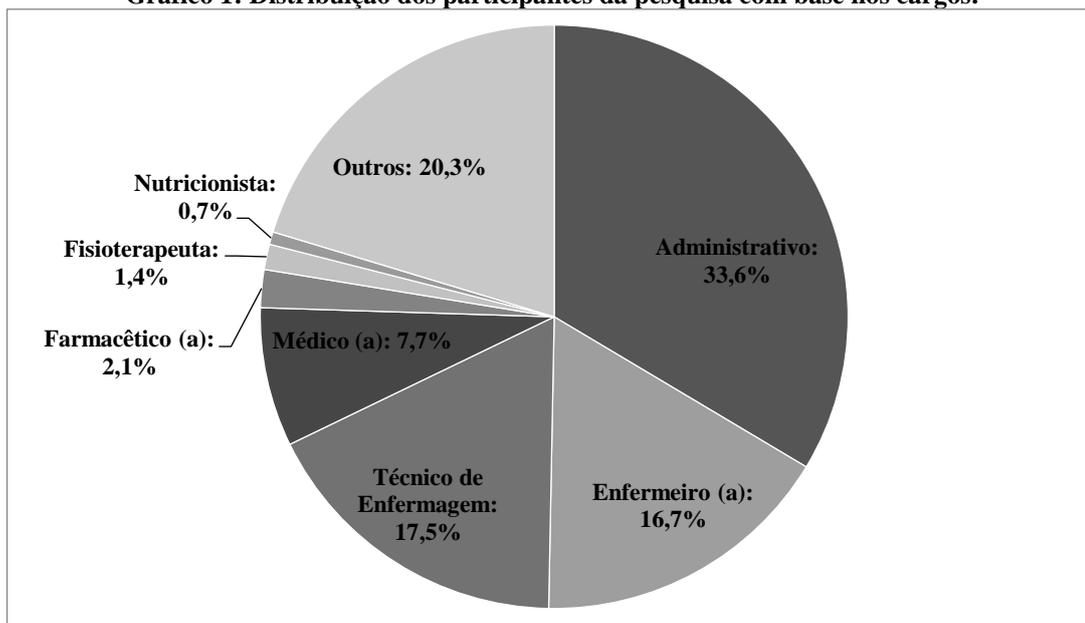
Fonte: Elaborado pelo autor

Embora a pesquisa não tenha envolvido um maior número de entrevistados, podemos verificar uma tendência na força de trabalho do hospital HUGO composta, na maioria, por profissionais do sexo feminino. Mascarenhas et al. (2013) destacam que a presença quase absoluta de mulheres nos setores de saúde pode ser atribuída ao fato das mesmas desempenharem o papel de cuidador na sociedade e também por constituir mais uma oportunidade para que as mulheres ingressem no mercado de trabalho, possibilitando um incremento salarial.

Quanto à escolaridade, 88 profissionais apresentaram ensino superior completo, destes mais de 77% contam com formação adicional (pós-graduação), evidenciando a preocupação do colaborador na sua qualificação profissional e no aprimoramento de suas habilidades.

“pessoalmente a preocupação com a questão acadêmica em um hospital que tem o porte do HUGO e o desejo de se tornar um hospital/escola, tem como formatação dentro da sua estrutura prática, primeiro o senso de responsabilidade, isso faz com que nossos colegas estejam sempre envolvidos com a educação continuada, a participação efetiva nas jornadas (científicas) e palestras mensais que são de interesse geral” (Diretor de Ensino e Pesquisa – HUGO).

As áreas de enfermagem, incluindo curso técnico e superior, compreendem em 34,2% dos entrevistados, seguido de 33,6% por cargos administrativos, 7,7% médicos, 2,1% farmacêuticos, 1,4% fisioterapeutas e 20,3% com cargos diversos (alguns citaram fonoaudiólogo, assistente social, manutenção, coordenação e etc.). Dados observados no gráfico 1.

Gráfico 1: Distribuição dos participantes da pesquisa com base nos cargos.

Fonte: Elaborado pelo autor

Quanto ao tempo de formação profissional, onde entende-se o período em anos ao qual o indivíduo realizou sua última qualificação (fundamental, média, técnica ou superior), verificamos que a maioria do grupo (32,1%) a realizou em um período que compreende entre 5 a 9 anos, seguidos de 18,4% no período de 1 a 4 anos. Os recém-formados, com tempo de formação menores que 1 ano, compreendem 7% dos entrevistados, enquanto paralelo a essa realidade, temos 1,4% apresentam formação de 35 anos ou mais. Consequente, analisando o tempo de trabalho em unidades hospitalares, observamos que 25,8% trabalham de 1 a 54 anos; 27,3% trabalham entre 5 a 9 anos e 21,0% trabalham entre 10 e 14 anos. Esses dados podem ser melhor visualizados na tabela 2.

Tabela 2: Distribuição dos profissionais do HUGO em relação ao tempo.

Variável tempo	n (143)	%
Tempo de formação profissional		
Menos de 1 ano	10	7,0
Entre 1 a 4 anos	26	18,2
Entre 5 a 9 anos	46	32,1
Entre 10 a 14 anos	23	16,1
Entre 15 a 19 anos	18	12,6
Entre 20 a 24 anos	8	5,6
Entre 25 a 29 anos	4	2,8
Entre 30 a 34 anos	6	4,2
35 anos e mais	2	1,4
Tempo de trabalho em unidades hospitalares		

Menos de 1 ano	14	9,8
Entre 1 a 4 anos	37	25,8
Entre 5 a 9 anos	39	27,3
Entre 10 a 14 anos	30	21,0
Entre 15 a 19 anos	12	8,4
Entre 20 a 24 anos	2	1,4
Entre 25 a 29 anos	3	2,1
Entre 30 a 34 anos	4	2,8
35 anos e mais	2	1,4

Fonte: Elaborado pelo autor

3.6 Condições de trabalho

Condições de trabalho são definidas como o conjunto de elementos e circunstâncias de caráter material, psíquico, biológico e social que, influenciados e determinados por vários fatores de ordem econômica, técnica e organizacional, se interrelacionam e interatuam, constituindo o meio e a forma em que se desenvolve a atividade laboral (MAURO et al., 2010). O processo de trabalho dos profissionais de saúde está relacionado às condições organizacionais nas quais os serviços estão dispostos, sendo esse um dos fatores determinantes para a manutenção dos padrões de qualidades das ações em saúde desenvolvidas (OLIVEIRA JUNIOR et al., 2013). Com base nesse sentido amplo, selecionamos fatores como provisão de bens e serviços, condições estruturais e de higiene, bem como normatização de condutas e distribuição de tarefas para serem analisados através dos espectros de satisfação e adequação.

3.6.1 Gestão de Materiais e Suprimentos

O bom abastecimento dos ambientes hospitalares, principalmente os mantidos com verbas públicas, representam aos gestores um desafio constante, pois as necessidades impostas pelas políticas públicas de saúde, as demandas da população mais carente, as formas legais de aquisição dos medicamentos e materiais necessários, bem como os anseios dos profissionais de saúde, devem se constituir no principal direcionamento das ferramentas de administração de materiais (MEAULO; PENSUTTI, 2011). A avaliação quanto a disponibilidade de suprimentos para uma boa execução das atividades foi uma das variáveis contidas no questionário. Do ponto de vista da provisão de materiais e medicamentos, e das condições para desenvolver as atividades do dia-a-dia (Tabela 3), os resultados foram positivos, sendo que a maioria dos entrevistados classifica como adequada (55,9%), seguidos de bastante adequado (18,2%) e altamente adequadas (7,7%). Nenhum classificou essa variável como inadequada; e apenas 18,2% acham que as provisões de insumo e as condições de trabalho são pouco adequadas.

Barbosa (2005) ao analisar a distribuição de medicamentos e insumos em unidades administradas por OSS encontrou resultados satisfatórios, semelhantemente a essa pesquisa. Por possuírem total autonomia na definição e organização no processo interno de compras, as instituições geridas por OSS conseguem estipular um tempo padrão de referência para execução deste processo, monitorando a quantidade de insumos segundo a demanda, e com isso assegurando o funcionamento de suas atividades sem interrupções. Em contrapartida, Garcia et al. (2012), ao analisar o processo gestão de suprimentos em uma unidade pública, encontraram insatisfação por parte dos profissionais de saúde, onde a morosidade do processo de licitações, o tempo prolongado para a aquisição dos materiais necessários, a qualidade do material adquirido por ter menor preço, são as maiores queixas por parte dos envolvidos nesse processo, ao qual influencia significativamente no trabalho.

A gestão de recursos materiais é uma ferramenta fundamental na manutenção dos insumos disponíveis dentro da unidade hospitalar. Trata-se de um processo no qual se planeja, executa e controla, em condições mais eficientes e econômicas, o fluxo de materiais. Seu objetivo é colocar os recursos necessários ao processo produtivo com qualidade, em quantidades adequadas, no tempo correto e com o menor custo (GARCIA et al., 2012). Os hospitais da administração direta, assim como qualquer órgão da administração pública, estão obrigados a realizar suas aquisições segundo as normas estabelecidas para licitações e contratos pela Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, enquanto as OSS seguem um regulamento próprio dos procedimentos adotados para a contratação de obras, serviços e compras com o emprego de recursos provenientes do poder público. Características importantes nas organizações hospitalares são a agilidade do sistema de compras e, principalmente, os mecanismos adotados em caso da necessidade de se realizar uma aquisição de emergência (FERREIRA JUNIOR, 2003). Esta autonomia permite uma maior margem de liberdade para adotar o critério de qualidade aos itens adquiridos e não apenas o critério de preço (BARBOSA, 2005).

O processo de aquisição de bens e serviços no HUGO é realizado seguindo o Regulamento Institucional de Contratação de Obras, Serviços, Compras, Aliações e Locações, ao qual entrou em vigor a partir do dia 16 de novembro de 2016. Esse regulamento tem por objetivo definir os critérios e as condições a serem observadas pelo Instituto Gerir para a aquisição de insumos e serviços destinados ao atendimento das necessidades institucionais e operacionais da entidade. Inicialmente, as solicitações de insumos e serviços são emitidas pelo responsável do setor com o preenchimento do Memorando de Solicitação de Compra ou Serviço, de acordo com a necessidade, e encaminhadas ao Diretor Administrativo para autorização. A seguir, o setor de compras por meio de procedimento aberto divulgados e

publicado, tal como chamamentos públicos e coletas de preço, realiza a contratação do bem ou serviço. Os pedidos de natureza complexa, específica ou de alto custo, devem ser elaborados ou supervisionados por profissional competente. É publicado no site do Gerir o resultado do certame (fornecedor, objeto, vigência e valores mensais e totais). O recebimento e conferência do bem formal e da nota fiscal do fornecedor é de responsabilidade do setor de Almoxarifado, enquanto a fiscalização do serviço é de responsabilidade do Setor Solicitante. A seguir é encaminhado ao Instituto Gerir, os documentos contábeis para registros e arquivamento.

Tabela 3: Perspectiva do profissional em relação à Gestão de materiais.

Variável	n (143)	%
Provisão de materiais e medicamentos e condições para desenvolver atividades		
Totalmente adequadas	11	7,7
Bastante adequadas	25	18,2
Adequadas	80	55,9
Pouco adequadas	26	18,2
Totalmente inadequado	0	-
Processo de contratação de bens e serviços		
Excelente	11	7,7
Bom	71	49,7
Regular	45	31,5
Ruim	13	9,0
Péssimo	3	2,1

Fonte: Elaborado pelo autor

A respeito do processo de aquisição de bens e serviços (Tabela 3) realizados pelo Instituto Gerir para o abastecimento e manutenção do hospital, considerando a qualidade e celeridade, 7,7% dos entrevistados acreditam que esse trâmite se dá de excelente maneira; 49,7% classificam apenas como bom; 31,5% aponta como regular, 9% relata como ruim e apenas 2,1% acredita ser péssimo nessa questão.

3.6.2 Organização de processos de trabalho

Os sistemas de saúde, quando bem organizados, tendo como referências processos gerenciais adequados ao tipo de serviço oferecido, possibilitam maior equidade e otimização na funcionalidade e eficiência nos objetivos propostos (BARBOSA et al., 2009). Neste âmbito, as instituições vêm aprimorando seus processos, qualificando seus profissionais e adotando ferramentas que auxiliam na gestão de seus recursos face às metas organizacionais (DERMACHI, 2012).

Define-se processo como uma sequência de ações, atividades, funções ou tarefas que visam a realização de um trabalho que agregue valor a um produto ou serviço. O resultado final

deste processo depende da forma como ele está desenhado, considerando o volume de trabalho envolvido, bem como a qualidade das tarefas desenvolvidas aliado ao tempo consumido na execução das mesmas (FREITAS; GUARESCHI, 2012).

Os processos de trabalho estão ancorados na prescrição de fluxos de trabalho, organização e estabelecimento de rotinas e procedimentos profissionais. A padronização de rotinas é um método de sistematização da informação para o treinamento no trabalho, que propicia controle dos procedimentos, favorece a pesquisa científica e a avaliação da assistência de enfermagem prestada pelos profissionais (GOMES; MELANDA, 2012). Associado a essas ferramentas de gestão, temos que a distribuição de tarefas possibilita uma organização das atividades desenvolvidas por cada colaborador, levando em consideração seus domínios, de maneira mais eficiente.

É fato que o processo de normatização das operações ou condutas realizadas para o funcionamento de uma instituição possibilita a racionalização do trabalho assegurando melhor qualidade dos serviços. Inclui-se nesse aspecto, que no caso de modificações necessárias, a implantação de reformulações tornam-se mais fáceis e suscetíveis.

Considerando os aspectos de gestão de processos, bem como a organização de rotinas, normatização de condutas e distribuição de tarefas (Tabela 4), após aplicação dos questionários 2,8% dos entrevistados classificaram como totalmente satisfatórias, sucessivamente 66,5% dos colaboradores avaliam como satisfatório. Pouco satisfatório compreendem 23,0% da equipe, 4,9% analisam como insatisfatória. Apenas 2,8% dos profissionais estão altamente insatisfeitos com a organização dos processos na instituição.

Tabela 4: Perspectiva do profissional em relação à organização de processos e rotinas .

Níveis	n (143)	%
Totalmente satisfatória	4	2,8
Satisfatória	95	49,7
Pouco satisfatória	33	23,0
Insatisfatória	7	4,9
Altamente insatisfatória	4	2,8

Fonte: Elaborado pelo autor

A satisfação com o trabalho é um conjunto de sentimentos favoráveis que os indivíduos apresentam em relação ao mesmo. Quanto maior os fatores de satisfação, maior poderá ser o empenho do profissional em prestar uma assistência qualificada, refletindo um serviço de melhor qualidade. Em contrapartida, a insatisfação no trabalho é determinada por uma série de fatores negativos que, também, poderão interferir na qualidade dos serviços, como a ausência de perspectiva de crescimento profissional e salários inferiores à função exercida,

que conduzem além da insatisfação no trabalho ao aumento do absenteísmo, da rotatividade de profissionais e ao desgaste físico e profissional da equipe. (NUNES et al., 2010).

Seguindo os aspectos de altamente satisfatório/insatisfatório frente ao sistema de gestão de processos no HUGO, questionou-se os principais motivos para essa avaliação por parte dos trabalhadores. Com base na resposta altamente satisfatória, quanto a organização dos processos de trabalho, cita-se os principais motivos abaixo:

“Foi feita descrição de cargos e atribuição de função.”

“Há organização dentro dos padrões de rotina de trabalhos.”

“Em nosso caso a enfermeira coordena de acordo com a capacidade e quantitativo de pessoal.”

Em contrapartida, alguns profissionais apontam queixas à gestão de processos na instituição pelos motivos:

“Poucos funcionários para muitos pacientes, qualidade da assistência prejudicada.”

“A enfermeira delega muito de suas funções aos técnicos, que por vez, já tem um sobrecarga de trabalho com falta de pessoal e ainda tem que fazer trabalho de superiores.”

“Divisão de rotinas e protocolos em excesso para o cargo que se ocupa, sem parceria com outros setores ou acordo.”

“Falta de condições adequadas de trabalho para os funcionários”

A sobrecarga no trabalho também foi relatada em pesquisa realizada por Figueiredo e D’Innocenzo (2011). Ao analisar as dificuldades vivenciadas pelos gerentes na utilização da metodologia gestão de processos em uma Instituição de saúde, os autores descrevem também uma das queixas encontradas nessa pesquisa, onde, 75% dos entrevistados apontam que o excesso de funções é o maior ponto de insatisfação em relação à gestão de processos.

Gomes e Melanda (2012), em um estudo cujo objetivo era relatar a experiência da elaboração de um modelo sistematizado para descrição de rotinas em um hospital de reabilitação, verificaram que a padronização de rotinas de trabalho e organização de processos melhorou as condições de segurança no trabalho e, em especial, a segurança dos pacientes, bem como ocorreu a diminuição da possibilidade de se cometer erros.

Os diversos processos desenvolvidos nas diferentes repartições da empresa devem ser articulados. A estrutura organizacional é o produto das decisões de divisão e coordenação do trabalho, e define não apenas o cargo específico, mas compreende a distribuição das responsabilidades, competências e poderes entre os gestores para a realização da estratégia (PAULA, 2007). Baseado nesse conceito observa-se a representação gráfica (ANEXO I) da estrutura sistemática do HUGO, apresentando a hierarquização e as relações entre os diferentes setores da organização.

Durante a aplicação de questionário aos colaboradores, analisamos fatores como condições de trabalho e a ocorrência de alterações significativas na mudança de gestão, de administração direta para os modelos de OSS. Destes, 130 entrevistados (90,9%) responderam que sim, enquanto apenas 13 (9,1%) relataram que não. Caso a resposta tenha sido afirmativa, incluiu-se um novo critério de avaliação com base no espectro melhor/pior referente a essas mudanças. Nenhum entrevistado classificou as mudanças como sensivelmente piores. Em contrapartida, 7,0% acreditam que foram piores. Sensivelmente melhores foi a escolha de 30,0% dos profissionais e, melhores, a escolha de 63,0% dos colaboradores. Esses resultados podem ser melhor visualizados abaixo (Tabela 5):

Tabela 5: Perspectiva dos profissionais acerca das mudanças nos modelos de gestão.

Mudanças	n (143)	%
Sim	130	90,0
Não	13	9,1
Escolhas afirmativas		(n = 130)
Sensivelmente melhores	39	30,0
Melhores	82	63,0
Piores	9	7,0
Sensivelmente piores	0	-

Fonte: Elaborado pelo autor

Considerando os resultados ligados aos padrões de eficiência, em um estudo de caso realizado no Hospital Geral de Goiânia Alberto Rassi, Machado e Barbosa (2014) esboçou uma tendência favorável ao gerenciamento dos serviços realizados pela gestão por OSS, demonstrando que existem evidências de ganhos na cadeia de valor ao usuário final e ao poder público da transferência da gestão hospitalar para o parceiro privado.

Em um rol de entrevistas com colaboradores de hospitais com gestão terceirizada, Vieira (2013) destacou que a maior mudança em relação à entrada de OSS em uma unidade hospitalar de Goiânia foi o aumento em relação à quantidade de insumos e mudanças na estrutura física. Esses mesmos resultados puderam ser observados nessa pesquisa com base nos relatos dos entrevistados.

Apesar da busca incessante por melhorias e novas ferramentas de gestão, as unidades de saúde encontram inúmeras dificuldades, dúvidas e incertezas na implementação de processos. Isso ocorre, pois, as instituições são organização bastante complexas, ao qual realizam serviços individualizados, com uma cultura organizacional resistente a mudanças.

Frente a isso, o HUGO busca a adequação das suas atividades a fim de minimizar essas dificuldades, com o estabelecimento de metas e indicadores de qualidade.

“A principal meta é a melhoria do ambiente de trabalho, não só no aspecto estrutural, mas também no modelo organizacional facilitando a tomada de decisão nas linhas de frente, a boa adequação das lideranças especificamente na formação desses líderes, dando apoio a esta formação para que eles possam ter equipes mais comprometidas e envolvidas. [...] Existe também, um projeto de implantação de uma metodologia de gestão baseada em resultados, que o balanced scorecard, e a intenção não é só trabalhar nas perspectivas com relação ao cliente, mas também com o aprendizado e conhecimento que envolve a capacitação, a avaliação constante das condições de trabalho e o envolvimento do colaborador com o trabalho, para que possamos implantar e melhorar os indicadores através do monitoramento e ter ações individuais para cada um desses indicadores” (Diretor Administrativo – HUGO).

3.6.3 Caracterização do ambiente de trabalho

A importância da qualidade de vida no trabalho dentro das organizações vem sendo um assunto de extrema relevância e discussão no âmbito organizacional, pois no mercado altamente competitivo em que convivemos, é importante que sejam adotadas e desenvolvidas ações de melhoria para o bem-estar biológico, psicológico e social do funcionário (GIMENEZ et al., 2015). Fatores como estrutura, higiene e segurança são de extrema importância para assegurar uma maior produtividade e qualidade no trabalho acarretando maior satisfação profissional.

A sensação de bem-estar é causada por um ambiente que promova um grau moderado de estimulação positiva. O ambiente hospitalar abrange tanto o espaço físico como o social, profissional e de relações, devendo ser acolhedor, humano e resolutivo. O espaço deve oferecer ao sujeito produtor de saúde conforto e individualidade, fatores sensoriais agradáveis abrangendo as necessidades do usuário, do trabalhador e da comunidade, facilitando a produção do cuidado e da recuperação do paciente (MEDEIROS, 2011).

Analisando elementos como segurança e higiene, verifica-se que estando em um ambiente seguro e bem cuidado diminuem-se os riscos de acidentes e doenças ocupacionais. Acidentes com perfurocortantes, jalecos e luvas contaminadas, manuseio de materiais cirúrgicos de maneira errada, contaminação cruzada, administração de medicamentos incorretos, são algumas intercorrências aos quais os profissionais de saúde estão submetidos. Minimizar esses riscos com prevenção e treinamento dos colaboradores, são medidas de controle incessantes desenvolvidas pelas instituições promotoras da saúde com base nas Normas Regulamentadoras para segurança e saúde no trabalho do Ministério da Saúde (OLIVEIRA, 2015).

Em relação ao ambiente de trabalho (Tabela 6), analisando condições estruturais, de higiene e segurança no HUGO, 6,2% dos respondentes afirmam ser totalmente adequadas;

18,9% acreditam ser bastante adequadas; a maioria (49,0%) classifica o ambiente de trabalho como adequado. Apenas 2,1% apontam o ambiente como totalmente inadequado, seguido de 23,8% pouco adequado.

Tabela 6: Perspectiva do profissional em relação ao ambiente de trabalho.

Níveis	n (143)	%
Totalmente adequado	9	6,2
Bastante adequado	27	18,9
Adequado	70	49,0
Pouco adequado	34	23,8
Totalmente inadequado	3	2,1

Fonte: Elaborado pelo autor

Ao aplicar um questionário ao qual analisava o nível de satisfação profissional em um hospital público de Goiânia, Borges (2013) descreve a necessidade de mensurar essa variável como indicador de resultados no processo de trabalho. Prosseguindo, o autor recomenda mudanças urgentes no que se refere às condições de trabalho dos profissionais, como a implementação de políticas públicas efetivas que resultem no resgate da importância dos profissionais da saúde. Como consequência a esses feitos observou-se uma melhoria na assistência ao paciente e nas condições de saúde da população.

Seguindo os critérios de segurança e saúde do trabalhador, diversas medidas de proteção e cuidado são realizadas periodicamente para os funcionários do HUGO, bem como em outras instituições de saúde no estado de Goiás, a fim de melhorar as condições e cuidado dos profissionais.

“A secretaria tem feito um trabalho para acompanhar melhor a questão da saúde e segurança dos trabalhadores nas unidades, foi editado este ano a portaria 070 para complementar a Lei Estadual que cuida da saúde e segurança do trabalho e essa portaria não trata só dos servidores públicos, mas também, dos contratados via CLT. Temos também um SESMT (Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho) central vinculado a Gerência Gestão de Pessoas que irá realizar um trabalho primeiramente de sensibilização, para depois começar a fiscalização da execução dos programas de saúde e segurança nas unidades” (Gerente de Gestão de Pessoas – SES-GO).

3.7 Relações de trabalho e Recursos Humanos

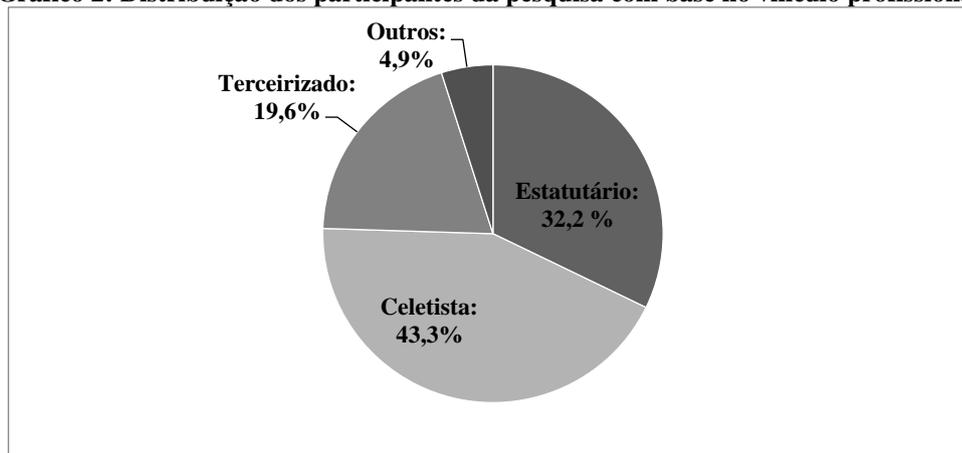
As mudanças sociais e tecnológicas trouxeram novos modelos de organização e gerência da área produtiva. Estes novos paradigmas aplicados à produção causaram alterações na natureza do trabalho, tornando-o menos manual e mais intelectual (RIBEIRO, 2006). Frente a isso, o impacto da mudança nas relações de trabalho não se restringe à área jurídica, mas

transitam pela esfera das relações humanas, ao qual possuem um papel importante dentro de uma organização, pois estão relacionadas à satisfação, motivação e produtividade dos funcionários.

Perante o exposto, baseado nas diferentes relações de trabalho, observou-se que as várias entidades mantenedoras de diferentes hospitais, apresentam inúmeras modalidades de captação, vinculação e remuneração de seus recursos humanos. A diversidade de formas de gestão/gerência de serviços de saúde implica na existência de novas modalidades de contratação, agregando complexidade ao processo de formulação de políticas de Recursos Humanos (BARBOSA, 2005). Como parte dessa mudança está a generalização de mecanismos de terceirização da força de trabalho no hospital, abrangendo todo o contingente, incluindo área médica, multiprofissional e prestadores de serviços (DUARTE, 2009).

É possível identificar como modalidades de vínculo trabalhistas predominantes nos sistemas de OSS: Estatutários, com base no Regime Jurídico Único que rege servidores públicos; Celetistas, incluem-se trabalhadores contratados sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT); Comissionados, vínculos para preenchimento de cargos de livre provimento; Terceirizado, grupos profissionais ou empresas tomadores de serviços; e o Contrato temporário para prestação de serviço. Estas modalidades admitem formas diferenciadas de seleção, remuneração, progressão funcional, bem como de acesso a direitos trabalhistas, algumas delas marcada por alto grau de informalidade e questionável base legal para sua contratação (BARBOSA, 2005).

No âmbito das da organização estudada, dentre as diferentes formas de ordenamento jurídico encontradas aos respondentes dos questionários, observamos que: 32,2% apresentavam vínculo profissional estatutário; 43,3% eram celetistas; terceirizados correspondiam a 19,6% e outros vínculos incluíam 4,9% dos entrevistados. Nenhum dos colaboradores respondentes possuía vínculo comissionado ou por meio de contrato temporário. Esses dados podem ser melhores visualizados através do Gráfico 2:

Gráfico 2: Distribuição dos participantes da pesquisa com base no vínculo profissional.

Fonte: Elaborada pelo autor

Dentro do mercado de trabalho, as diferentes dimensões do conceito de flexibilidade, quando aplicadas às relações de trabalho, dão origem à existência de múltiplos vínculos contratuais (AZEVEDO; TONELLI, 2009). Seguindo esse raciocínio, o mecanismo gerador de vínculos para a admissão de pessoal se dá com base nas características da organização. A unidade conta com profissionais contratados de diferentes formas, destacando a admissão por meio de concurso público, estabelecendo vínculos estatutários, e admissão por meio de processo seletivo simplificado, gerenciado pela OSS GERIR, com vínculos celetistas. A admissão do profissional através concurso público se dá por meio de prova de investidura, seguido de uma avaliação de títulos, criando um vínculo direto entre o servidor aprovado e o Estado. O processo seletivo simplificado apresenta critérios de aprovação baseados exclusivamente em etapas como análise curricular, avaliação de títulos e realização de entrevistas, dispensando a aplicação de provas.

Com base nos processos de recrutamento, seleção e contratação estabelecidos pela GERIR (Tabela 7), questionou-se aos colaboradores do HUGO como eles avaliavam esse processo de Recursos Humanos. Verificou-se que 4,9% achavam totalmente adequado, em contrapartida 9,1% avaliaram como totalmente inadequado. Subseqüente, avaliaram como bastante adequado 7,0% dos respondentes; 42,6% acham o processo apenas adequado e por fim, 36,4% seguem avaliando como pouco adequado.

Tabela 7: Perspectiva do profissional em relação ao processo de recrutamento, seleção e contratação.

Níveis	n (143)	%
Totalmente adequado	7	4,9
Bastante adequado	10	7,0
Adequado	61	42,6
Pouco adequado	52	36,4

Totalmente inadequado	13	9,1
-----------------------	----	-----

Fonte: elaborada pelo autor

Avaliando o processo de recursos humanos instituídos pela GERIR no Hospital HUGO, o pesquisador aprofundou-se em entender os motivos da alternativa supracitada. E concedeu aos respondentes um espaço para explicitar a razão da escolha. Com base nas predileções como adequada, verificamos alguns motivos como:

“Há entrevista com psicologia e chefe de enfermagem, há provas aplicadas e testes nos setores a que se vai atuar”.

“É realizado um refinamento muito bom para buscar os melhores profissionais.”

“Seleção interna adequado ao que a instituição necessita.”

“Processo seletivo transparente e aberto a outros profissionais.”

“Assim funciona, pois é possível ver resultados como melhoria no atendimento e infraestrutura.”

“Porque é aberto a um público maior e é escasso ao profissional o processo de contratação através de concurso.”

Em contrapartida, alguns profissionais apontam inadequação quanto ao processo de recrutamento e seleção na instituição pelos motivos:

“A seleção não contempla os requisitos necessários para desempenho da função.”

“Alguns profissionais não passam por um processo avaliativo teórico prático. Quando esses profissionais chegam na unidade de trabalho não se desenvolvem como líderes. Nível de conhecimento muito baixo. Impossível de ser referência de equipe.”

“Admissão por indicação, seleção interna ou externa com muita manipulação.”

“Não tem concurso; contratação precária e exclusão dos efetivos que ainda estão na Unidade.”

“Contratam funcionários para mesma função com cargos diferentes os indicados tem salários melhores.”

“Não há processo seletivo para Enfermeiros, somente indicações políticas, o que provocou piora significativa na qualidade da assistência de enfermagem prestada.”

Frente a esse fato, verifica-se que a opinião a respeito do processo de recursos humanos praticado na unidade, em alguns dos casos, relaciona-se diretamente ao vínculo contratual. Observa-se que alguns dos servidores públicos, contratados mediante o regime jurídico celetista, apresentam predileção por processos seletivos através de concurso público. Em contrapartida, os colaboradores celetistas, apontam preferências por contratações por meio de processos seletivos simplificados, como ocorre no hospital. Com base no vínculo contratual, distribuiu-se grosseiramente os entrevistados celetistas e estatutários (Tabela 8), avaliando os espectros de adequação/inadequação em relação ao processo de recrutamento, seleção e

contratação da unidade. Para a classificação “adequado”, inclui-se as respostas favoráveis (totalmente adequado, bastante adequado e adequado) quanto a esse processo; para a classificação inadequado, quantificou-se as opiniões contrárias (pouco inadequado e totalmente inadequado) à forma de contratação. Os resultados observados já eram esperados, visto que, instintivamente a maioria dos indivíduos expressam opiniões com base em satisfações próprias amparados na inconsciência individualista.

Tabela 8: Relação entre o vínculo profissional e o processo de recrutamento praticado na unidade.

Vínculo	Adequado	Inadequado
Celetista (n=62)	39	23
Estatutário (n=46)	13	33

Fonte: Elaborado pelo autor

Alguns estudos apontam que a gestão por meio de OSS proporciona avanços nos serviços de saúde e, nesse sentido, a Gestão de Recursos Humanos tem ganhado destaque, já que esta não fica sujeita as normas do Regime Jurídico Único dos Servidores Públicos, que deve ser realizado em geral por meio de concursos públicos caracterizados por processos lentos e altamente burocráticos (RODRIGUES; SPAGNUOLO, 2014). Nos dias de hoje, empresas bem-sucedidas buscam valorizar os recursos humanos, que constituem seu principal patrimônio. Também estão desenvolvendo a consciência da necessidade de investir em treinamento e qualidade de vida no trabalho, pois, para se inserir de forma vantajosa no mundo globalizado, faz-se necessário manter funcionários saudáveis, motivados e qualificados (SIQUEIRA; KURCGANT, 2012).

Vieira (2013), ao fazer um levantamento nos hospitais de gestão terceirizada em Goiás, verificou que ao implantar os novos modelos de vínculos contratuais, houve uma desarticulação dos trabalhadores, promovendo assim a ausência de cooperação. O afastamento social pode ser maior notado nos colaboradores de regime estatutário. Seguindo esse raciocínio, Souza e Mendes (2016) descrevem sobre as relações de trabalho em três hospitais localizados Região Metropolitana de São Paulo com gestões distintas, onde foi observada insegurança em vínculos empregatícios no regime celetista e temporário. Em contrapartida, os autores observaram que a estabilidade advinda do regime estatutário demonstra maior autonomia e conseqüentemente um comportamento mais despótico em relação aos demais trabalhadores.

Outro ponto a ser analisado após a implantação das OSS nos setores de saúde, tratando-se dos vínculos contratuais, é o descrito por Fiore e Duarte (2014), onde a alteração anual dos Contratos de Gestão e a superação das metas pactuadas proporcionou um crescimento abrupto

na contratação de pessoas pela OSS no estado de São Paulo. Essas ações minimizaram os efeitos da precarização do serviço, bem como o acúmulo de funções, permitindo assim, a melhoria da eficiência e produtividade.

As formas de gerir pessoas, por parte das organizações vêm passando por profundas transformações, pois há um grande esforço em repensar o papel do indivíduo e das organizações nas relações de trabalho. Seguindo o processo de desenvolvimento de novos modelos gerenciais para a gestão de pessoas, o setor de Recursos Humanos da instituição vem desenvolvendo a Gestão por Competência, identificando e gerenciando perfil, com base nas suas habilidades, proporcionando maior comprometimento em suas atividades e uma elevação na produtividade.

“O que a organização vem fazendo é aplicar a administração por competências regularmente não em caráter punitivo, mas, educador. Um exemplo disso é que já fizemos este ano uma avaliação de desempenho e competências o que desencadeou em um projeto de capacitação para as lideranças, promoveremos ainda uma série de treinamentos abrangendo o planejamento justamente para reforçar as competências de cada um dos gestores e estes compartilhar o conhecimento para todo corpo profissionais, tanto celetistas, quanto estatutários” (Diretor Administrativo – HUGO).

3.8 Padrão de remuneração no HUGO

Nas diversas abordagens dadas ao papel da remuneração nas teorias motivacionais, ela é considerada não somente como uma variável econômica, mas um símbolo que representa as diversas recompensas psicológicas procuradas pelo indivíduo em seu ambiente de trabalho (CHERCHIGLIA, 1994). O conceito de satisfação com o salário vai além do valor percebido, ou seja, é possível que existam profissionais que tenham um salário relativamente menor, mas que julgam que ele é compatível com o esforço despendido, e outros que, embora tendo salário comparativamente maior, julgam a quantia incompatível com o esforço despendido (SOUZA; SCATENA, 2014). Sabe-se que pelo olhar de grande parte dos trabalhadores, a satisfação no trabalho é influenciada mecanicamente em função dos salários. A baixa remuneração pode ser grande motivadora de insatisfação profissional. Isso remete a necessidade de mais de um vínculo empregatício, geralmente ocasionando sobrecarga que interfere na qualidade da assistência prestada e satisfação profissional (VERSA; MATSUDA, 2014).

Ao analisar a perspectiva do profissional quanto ao padrão de remuneração praticado na unidade (Tabela 9), observa-se que a maioria dos respondentes (45,5%) aponta como satisfatório. Totalmente satisfatório compreende 3,5% dos questionados, paralelo a 4,8% altamente insatisfeitos. Pouco satisfeitos classificam 36,4% do total de entrevistados, enquanto que insatisfeitos 9,8%. Destaca-se também que 40,5% dos colaboradores desconhecem os parâmetros estabelecidos para o padrão de remuneração praticado na unidade.

Tabela 9: Perspectiva do profissional a respeito da remuneração praticada na unidade.

Níveis	n (143)	%
Totalmente satisfatória	5	3,5
Satisfatória	65	45,5
Pouco satisfatória	52	36,4
Insatisfatória	14	9,8
Altamente insatisfatória	7	4,8

Com relação ao cargo, pode-se supor que os profissionais que são supervisores ou diretores possuem melhores salários e maior autonomia, além de condições físicas de trabalho mais favoráveis e maior sensação de realização profissional, demonstram maiores níveis de satisfação. Em contrapartida, profissionais graduados ou pós-graduados, mas sem cargos, podem sentir-se descontentes com uma suposta estagnação profissional (BACHA et al., 2015). Esse mesmo sentimento de satisfação/insatisfação salarial, também é compartilhado por trabalhadores com menores qualificações, onde ausência de políticas de incentivo profissionais e a falta de uma formação impossibilitam maiores ganhos. Além disso, acredita-se que a satisfação salarial é afetada tratando-se comparativamente entre indivíduos e como se distribuem as devidas responsabilidades e funções.

Quanto à satisfação no trabalho, Siqueira e Kurcgant (2012) apontam que os profissionais da enfermagem parecem estar mais satisfeitos com os aspectos intrínsecos do seu trabalho, como reconhecimento e responsabilidade, do que com os aspectos extrínsecos, como salário, qualidade de supervisão, relacionamento com a equipe de trabalho e condições de trabalho. Ao analisar a satisfação salarial dos trabalhadores, torna-se necessário compreender a sua origem de classe e, conseqüentemente a posição social ao qual ocupam associando também a expectativa salarial.

Os níveis de remuneração praticados em unidades de Administração Direta, com regime jurídico do tipo estatutário, são considerados como defasados, quando comparados àqueles praticados no setor privado, tendo em vista, ao analisar a remuneração da categoria médica como base de comparação (BARBOSA; ELIAS, 2010). Para comparar os padrões salariais praticadas pela administração direta e geridas por OSS, tomou-se três perfis de remuneração, cujas categorias apresentam maior o contingente pessoal no ambiente hospitalar. Tomando como base o vínculo contratual, pode-se observar no Quadro 3 o padrão de remuneração dos profissionais médicos e de enfermagem (técnico e superior), que segue os valores estabelecidos para três níveis de escolaridade.

Quadro 1: Valores de remuneração para médicos e enfermagem com base no vínculo contratual

CARGO	GERIR		SES	
	Salário Base	Carga Horária (horas/semanais)	Salário Base	Carga Horária (horas/semanais)
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	R\$ 1670,47	44	R\$ 1842,84	30
ENFERMEIRO	R\$ 3547,25	30	R\$ 2823,67	30
MÉDICO	R\$ 6577,25	24	R\$ 2823,67	20

As médias salariais praticadas nas unidades de administração direta quando comparadas à GERIR, tomando como base a categoria de técnico de enfermagem, demonstram uma vantagem salarial de 38,20% para os valores adotados em regime estatutário. Em relação ao grupo de enfermeiros, a situação difere-se, onde os valores adotados pela OSS apresentam vantagem de 28,85% sob a administração direta. A classe médica apresentou maior discrepância salarial entre os valores adotados pelos dois modelos de gestão, apontando vantagem de 48,50% dos valores praticados pela GERIR. Para a obtenção desses dados, levou-se em consideração à carga horária contratual.

Os dados obtidos apresentam-se semelhantemente aos de Barbosa e Elias (2010). Durante estudo, os autores tinham por objetivo avaliar o padrão de remuneração de modelos de gestão público e privado em hospitais estaduais paulistas. Os valores apontam vantagens em torno de 30% para a categoria de enfermeiros, e apenas 1,4% para a classe médica à favor das OSS. Os dados obtidos por essa pesquisa, tratando-se do padrão salarial para a classe médica, demonstram números grandiosamente maiores, comparando as duas gestões

Em relação à unidade da administração direta, é preciso considerar que as condições de acesso ao cargo, que na maioria dos casos se faz mediante concurso público, aliadas à maior flexibilidade no exercício das atividades (BARBOSA; ELIAS, 2010). Além disso, servidores estaduais de saúde apresentam alguns benefícios, como férias, 13º terceiro salário, quinquênio, adicional de insalubridade e direito à gratificação de produtividade fiscal de até 50% acrescidos ao valor do vencimento. Destaca-se também o adicional de titulação e aperfeiçoamento ao servidor efetivo ao qual tenha concluído cursos relacionados com as atribuições do respectivo cargo, bem como uma progressão salarial de 3% sobre o vencimento inicial com interstício de dois anos, conforme Lei nº 18.464, de 13 de maio de 2014 ao qual dispõe sobre o Plano de Cargos e Remuneração dos servidores efetivos da Secretaria de Estado da Saúde (SES). Os trabalhadores de regime celetistas, contratados pela OSS Gerir, contam, além do salário base,

férias, 13º salário, gratificação de produtividade, adicional de insalubridade, bonificação por assiduidade/pontualidade, quinquênios, além do plano de saúde.

No Hospital HUGO, como inexiste um plano de cargos e salários, onde a política salarial é orientada pelo mercado. Deste modo, o departamento de recursos humanos realiza uma pesquisa a fim de identificar o valor médio que está sendo pago para os profissionais das categorias profissionais e assim fixar o salário dos profissionais da instituição. Deste modo, o plano de cargos e salários, é um elemento fundamental no que diz respeito à permanência e a motivação do trabalhador em uma instituição, visto que este possibilita a ascensão tanto pelo tempo de trabalho quanto pela qualificação que o trabalhador realiza: cursos, graduação, especialização, mestrado, doutorado (VIEIRA, 2013).

Estabelecer uma política salarial que seja justa em relação à estrutura interna de seus cargos e, que seja competitiva em relação às demais empresas deve ser uma preocupação das empresas que querem manter um alto grau de satisfação no trabalho. Deve ser mantido um plano de cargos e salários, onde os cargos sejam avaliados e classificados hierarquicamente, permitindo assim uma remuneração ao menos justa, evitando insatisfações que certamente são refletidas no ambiente de trabalho (PERDIGÃO et al., 2012).

3.9 Rotatividade na OSS

O ambiente hospitalar constitui um local de trabalho complexo para o exercício profissional, exigindo elevados níveis de atenção para atender diferentes demandas. Quando a instituição proporciona um ambiente de trabalho favorável, apresentará menores taxas de absenteísmos e rotatividade entre os trabalhadores, além de contribuir para a diminuição das taxas de mortalidade e elevação do índice de satisfação dos pacientes com a assistência recebida (BOARETTO et al., 2016).

Quando se usa o termo rotatividade de pessoas, vislumbra-se a relação de entradas e saídas de colaboradores em uma instituição. Todo esse processo deve ser analisado com muita cautela pelo setor de Recursos Humanos (RH). É importante que ela exista, porém em um nível razoável para que não interfira de maneira negativa nos processos e desenvolvimento das empresas. Para as empresas um alto índice de rotatividade é preocupante, pois além dos gastos para contratação e treinamento, existe uma perda significativa no que diz respeito à qualidade do serviço, uma vez que leva um tempo para o novo funcionário se engajar totalmente, o que por consequência também pode atrapalhar o desempenho dos demais colaboradores (JONOS; MACHADO, 2015). A rotatividade é um evento multifatorial, não havendo um número que defina esse índice ideal dependendo apenas da individualidade de cada instituição e associadas

mercado externo. Levando-se em consideração esses aspectos, o esperado é que a taxa de rotatividade não alcance níveis que levem ao comprometimento da qualidade, aumento dos custos e segurança do paciente (RUIZ; PERROCA; JERICÓ, 2016).

A realidade da instituição objeto deste estudo apresenta níveis de rotatividade satisfatórios (Tabela 10), comparados às taxas médias propostas por Pinheiro e Souza (2013), onde um índice de rotatividade adequado pode ser próximo ou menor que 10% ao ano, significando um índice pouco menor que 1% ao mês. Essa realidade pode estar relacionada com a flexibilização no uso de recursos oriundos da OSS destinados à gratificação de pessoal, bem como de investimentos em capacitação dos profissionais, fazendo com que os prolonguem mais suas atividades na instituição. Não foram apresentados dados por parte do RH sobre a motivação dos desligamentos. Seria interessante investigar quais fatores incidem sobre essa situação.

De acordo com a Tabela 10, a observa-se diferentes índices de rotatividade nos últimos 9 meses pesquisados. O menor índice aparece no mês de setembro de 2017, vigente ao levantamento de dados, portanto, realizado análise de apenas 20 dias. O maior índice de *turnover* foi percebido em janeiro de 2017. Segundo informações, houve terceirização por parte de um dos serviços, gerando assim desligamentos de grande parte dos funcionários lotados no setor.

Tabela 10: Índice de rotatividade do ano de 2017.

Mês	Admissão	Desligamentos	Índice de rotatividade (%)*
Janeiro/2017	15	28	1,37
Fevereiro/2017	6	30	1,13
Março/2017	3	15	0,56
Abril/2017	27	19	1,42
Mai/2017	24	11	1,08
Junho/2017	11	16	0,84
Julho/2017	3	6	0,28
Agosto/2017	4	12	0,49
Setembro/2017**	2	2	0,12

* Índice de rotatividade – mede a relação entre entrada e saídas de funcionários, segundo o período avaliado. Expresso sob a forma de percentual, com base no cálculo: média entre admissões e demissões, dividido pela média de funcionários em um determinado período, multiplicado por 100 (Barbosa, 2005).

** Resultado apresentado pelo departamento de RH referente ao período de 01/09/2017 à 20/09/2017

Fonte: Elaborado pelo autor

As taxas de rotatividade apresentadas por Barbosa e Elias (2010) são superiores às encontradas nessa pesquisa, quando comparado ao Hospital gerido por OSS em hospitais paulistas. Taxas menores são encontradas em hospitais sob Administração Direta,

relacionando-se intimamente às condições de acesso ao cargo e maior flexibilização das atividades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar, num contexto social de implantação do Sistema Único de Saúde – SUS observa-se as inúmeras dificuldades no processo de administração de políticas públicas, incluindo-se: precariedade no serviço; estagnação das políticas de saúde; bem como, dificuldade no gerenciamento de equipes de trabalho, processo de aquisição de bens e suprimentos; e sucateamento dos equipamentos nas unidades de saúde. Ganha força, neste cenário, uma perspectiva de Administração Gerencial como enfoque a ser adotado para o setor público, e nesse contexto, surgem as Organizações Sociais de Saúde - OSS's, como balizas legais que possuem como encargo a reorganização, desenvolvimento e ampliação do serviço nas unidades do sistema público de saúde.

A pesquisa realizada buscou analisar a implementação da gestão de trabalho em uma unidade de saúde, localizada no município de Goiânia - Goiás, administrada por uma Organização Social de Saúde. Essa entidade, com cunho privado e sem fins lucrativos, foi criada, para atuar em ações de fomento ao ensino, da pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, preservação do meio ambiente, cultura e saúde. Realizando uma contextualização histórica, a precarização dos serviços de saúde, foi o principal fator motivador para a implantação desses novos modelos de gestão. Tratando-se da unidade estudada, em meados de 2012, o Hospital de Urgências de Goiânia – HUGO, apresentava-se em péssimas condições de funcionamento como: queixas no atendimento; falta de manutenção e desabastecimento de materiais e medicamentos. Frente a essa realidade, e com base no sucesso de outra unidade hospitalar gerida por uma OSS no Estado, a GERIR assume o Hospital com plano de reforma da estrutura física, qualificação e capacitação dos Recursos Humanos.

Com base desse novo modelo organizacional, com parcerias e responsabilidades firmadas em contratos de gestão, houve uma mudança e maior autonomia nos processos de aquisição de bens e serviços, bem como na contratação de pessoas. A partir daí a utilização de um processo seletivo simplificado, sob o regime de Consolidação das Leis de Trabalho, passou a ser ferramenta de vínculo entre profissionais e instituição. Essa maior facilidade na contratação ocasiona também, maior simplicidade nos processos demissionais, diferentemente dos vínculos estatutários adotados pela Administração Direta. Com a mudança de gestão, a instituição passou a ter colaboradores com diferentes vínculos, como regime celetista (contratados pela OSS), estatutários (contratados pelos Regime Jurídico dos Servidores Públicos) e por fim os terceirizados (prestadores de serviço).

No intuito de compreender as relações de trabalho, bem como as condições no HUGO, aplicou-se um questionário contendo informações a fim de obter o perfil sociodemográfico dos respondentes, bem como avaliação da satisfação frente aos processos e rotinas de trabalho. Além disso, na perspectiva do trabalhador, permitiu-se também analisar os níveis de adequação em relação as condições de trabalho oferecidas pela GERIR, aos colaboradores.

Grande parte dos respondentes apresenta titulação de nível superior. Acredita-se que o conhecimento sobre a importância da pesquisa científica demonstrou uma maior adesão e conseqüentemente, maior participação desse grupo. Ainda que, pelos padrões éticos rigorosamente seguidos, garantam o sigilo e anonimato nas respostas, não se pode deixar de apontar a baixa adesão à pesquisa ou ao excesso de respostas satisfatórias, possivelmente ocasionadas pelo desconforto de emitir opinião desfavorável, esse profissional, posteriormente, sofrer qualquer tipo de retaliação. Na tentativa de minimizar esse fato, sugere-se a importância da realização de treinamentos e elevação do conhecimento geral sobre pesquisas científicas.

Outro ponto a ser ressaltado foi a dificuldade encontrada para a obtenção de informações generalizadas, pelo setor de recursos humanos. A ausência de explicações concretas durante a realização das entrevistas inviabilizou a utilização das respostas no decorrer do trabalho. Sabe-se que o setor de recursos humanos é crucial para o desenvolvimento de políticas públicas, visto que com a adoção de estratégias eficientes, configurará em uma melhor qualidade no serviço prestado ao paciente. Seguindo os desfechos encontrados na literatura, associados aos resultados encontrados nessa pesquisa, observa-se que os hospitais geridos por OSS, tanto no geral quanto a implantada no HUGO, têm buscado melhorar o desempenho dos colaboradores, incluindo o bem-estar, a fim de alcançar as metas planejadas.

Ao longo da pesquisa foi possível observar que, sob os aspectos gerais, os funcionários apresentavam-se, na sua grande maioria, satisfeitos em relação as condições de trabalho, além de acreditarem que a gestão de processos e pessoas estabelecidos pela OSS são adequadas. A adequação e satisfação pode ser mensurada a partir dos resultados apresentados em cada relatório trimestral de desempenho, onde a OSS, vem crescendo e expandindo as variáveis de qualidade, evidenciando assim o referido ganho gradativo de eficiência da GERIR. Acredita-se que a satisfação, bem como a organização da Instituição, associadas aos bons salários pagos pela OSS quando comparados à outras unidades de saúde, são responsáveis pelos baixos índices de rotatividade.

Espera-se que essa pesquisa possa servir de base e incentivo na realização de novos estudos, contribuindo assim para a geração de conhecimentos acerca dos modelos de gestão em saúde. Espera-se também, que os resultados tragam contribuições para as organizações, como

o desenvolvimento de novas maneiras de captar e reter os novos talentos, melhorando também o desempenho individual e coletivo, agregando valor aos serviços prestados.

REFERÊNCIAS

AGIR, Associação Goiana de Integralização e Reabilitação. **Quem Somos: A Agir**. Disponível em: <http://www.agirgo.org.br/>; acesso em 02 de fevereiro de 2016.

ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho**. 5ª edição. São Paulo, 2001.

AZEVEDO, M. C.; TONELLI, M. J. **Os diferentes vínculos de trabalho entre trabalhadores qualificados brasileiros**. RAM, Rev. Adm. Mackenzie, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 191-220, 2014.

BACHA, A. M. et al. **Satisfação no trabalho da equipe de enfermagem em um hospital universitário**. Rev Bras Enferm, v.68, n.6, p.1130-1138, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria da Vigilância Sanitária**. Portaria nº 4279, de 30 de maio de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf; acesso em 02 de fevereiro de 2017.

_____. Lei n. 8080 de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em 04 de dezembro de 2016.

_____. Constituição 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil** de 5 de outubro de 1988. Disponível em <http://www.senado.gov.br>. Acesso em 10 de abril de 2017. Brasília, 1988.

_____. **Norma Operacional Básica - NOB/SUS/96**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm>. Acesso em 05 de dezembro de 2017.

_____. Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. **Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html acesso em 14 de outubro de 2016.

_____. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. **Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS)**. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html> Acesso em 16 de fevereiro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 4.279/GM de 30 de dezembro de 2010. **Diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial da União, Brasília/DF, 31 dez. 2010.

BRASIL, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Pesquisa de informações básicas estaduais, perfil dos estados brasileiros 2013. Rio de Janeiro, 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portal da saúde, gestão e regulação do trabalho na saúde**. 2007. Anais eletrônicos, disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sgtes/sgtes-gestao-do-trabalho>>, acesso em 30.06.2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Inter federativa. **Painel de indicadores do SUS nº 9 – temático, gestão do trabalho em saúde**. Brasília, vol. VI, 2014.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. **Caderno MARE: organizações sociais**. Vol. 2. Brasília: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1997.

BRASIL. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Presidência da República / Câmara da Reforma do Estado, 1995.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes/ de Atenção à Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2015.

BRASIL, Ministério da Casa Civil, **Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998, das Organizações Sociais**. Dispõe sobre a criação, na Presidência da República, do Conselho de Desenvolvimento Econômico e da Secretaria de Planejamento, sobre o desdobramento do Ministério do Trabalho e Previdência Social e dá outras providências. Anais eletrônicos, disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9637.html>, acesso em 26 de junho de 2016.

BRASIL, **Lei complementar nº 846, de 04 de junho de 1998**. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e dá outras providências. Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo. Disponível em: <<http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei.complementar/1998/lei.complementar-846-04.06.1998.html>>, acesso em 14 de abril de 2017.

BARBOSA, K. P., et al. **Processo de trabalho em setor de emergência de hospital de grande porte: a visão dos trabalhadores de enfermagem**. Rev. Rene. Fortaleza, v.10, ed.4, p.70-76, 2009.

BARBOSA, N. B. **O modelo de administração direta e as organizações sociais de saúde – um estudo comparado** [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, 2005.

BARBOSA, N. B.; ELIAS, P. E. M. **As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado**. Disponível em <http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/9502/art_ELIAS_As_organizacoes_sociais_de_saude_como_forma_2010.pdf?sequence=1> Ciência & Saúde Coletiva, v.15, n.5, 2010.

BARBOSA, N. B. et al. **As organizações sociais de saúde como forma de gestão público-privado em Goiás – o caso Huana**. Revista do Serviço Público. Brasília, v.1, n.6, p121-144, 2015.

BENJAMIN, A. F.; SILVA, K. B.; TANAKA, O. Y. **Direito à saúde e integralidade: uma discussão sobre os desafios e caminhos para sua efetivação**. Revista Comunicação Saúde Educação. Botucatu: v. 16, n 40, 2012.

BOARETTO et al. **Contexto de ambiente de trabalho entre enfermeiras Assistenciais em hospital universitário**. Cogitare Enferm, v. 21, ed. 2, p.01-10, 2016.

BORBOREMA, E. A. et al. **Influência da cultura organizacional na adoção de práticas de gestão do conhecimento pelo Tribunal de Contas da União**. 2003. Disponível em: <file:///C:/Users/Camila/Downloads/2055800.PDF> acesso em 22 de abril de 2017.

BORGES, J. L. **Satisfação profissional de enfermeiros de um hospital da rede pública de Goiânia** [dissertação]. Universidade Federal de Goiás, Mestrado em saúde coletiva, 2013.

BRANDÃO, H. et al. **Gestão de desempenho por competências: integrando a gestão por competências, o *balanced scorecard* e a avaliação 360 graus**. FGV, Revista de Administração Pública, v.42, ed.5, p.875-898, 2008.

CASTRO, J. L.; LIBERALINO, F. N.; VILAR, R. A. **Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. EDUFRN, ed.1, 2014.

CARVALHO, L. **Margareth Thatcher**. Brasil Escola, 2015. Disponível em <<http://brasilecola.uol.com.br/historia/margareth-thatcher.htm>>. Acesso em 17 de janeiro de 2017.

CARISSIMI, E. A. **A gestão estratégica de pessoas e sua evolução**. 2008. Disponível em: <<http://www.rh.com.br/Portal/Mudanca/Artigo/5198/a-gestao-estrategica-de-pessoas-e>

sua-evolucao.html#> acesso em 21 de abril de 2016.

CHERCHIGLIA, M. L. **Remuneração do trabalho médico: um estudo sobre seus sistemas e formas em hospitais gerais de Belo Horizonte.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 67-79, 1994.

CHIAVENATO, I. **Gerenciando com as pessoas: transformando o executivo em um excelente gestor de pessoas.** Rio de Janeiro: Elsevier, Campus, 2005.

COHN, A.; ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços.** CEDEC, ed. 6, 2005.

COSTA JUNIOR, A. G.; COSTA, C. E. M.. **Breve Relato Histórico das Políticas Públicas de Saúde no Brasil.** 2014 Disponível em <<http://www.historiaehistoria.com.br/materia.cfm?tb=professores&id=170>>, acesso em 28 de novembro de 2016.

CUNHA JÚNIOR, L. A. P.; GONÇALVES, R. D.; KNOPP, G. C. **A inovação na gestão da saúde pública municipal: o modelo de organização social de saúde (OSS) do município de Itabira/MG.** CONSAD, p.1-25, 2015.

DERMACHI, T. M. **Gestão por processos como ferramenta da qualidade em um hospital-maternidade público do município de São Paulo.** RAS, v.14, n.54, 2012.

DUARTE, I. G. **Características dos modelos de gestão das organizações sociais contratadas pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo para o gerenciamento de hospitais** [tese]. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo, 2009.

ELAINA, J. **Frederick W. Taylor: o mestre da produtividade.** Disponível em: <<https://www.portal-gestao.com/artigos/6650-frederick-w-taylor-o-mestre-da-produtividade.html>>, acesso em 13 de abril de 2017.

FERREIRA JUNIOR, W. C. **Gerenciamento de hospitais estaduais paulistas por meio das organizações sociais de saúde.** RAP Rio de Janeiro, v.37, ed.2, p.243-264, 2003.

FIGUEIREDO, M. L.; D'INNOCENZO, M. **Dificuldades encontradas pelos gestores de instituição de saúde na utilização da metodologia gestão por processos.** RAS, v.13, n.50, p.45-52, 2011.

IORE, D. C. DUARTE, T. S. B. **Porque atentar à gestão de pessoas nas Organizações Sociais? Reflexões a Partir do Estado.** In: CONGRESSO CONSAD DE GESTÃO PÚBLICA, v.7, 2014.

FISCHER, A. L. **Um resgate conceitual e histórico dos modelos de gestão de pessoas**. In: As pessoas na organização. São Paulo: Editora Gente, v.1, p.11-34, 2002

FREITAS, E. **"A Crise do Petróleo"**. Brasil Escola. 2016. Disponível em <<http://brasilecola.uol.com.br/geografia/a-crise-do-petroleo.htm>>. Acesso em 22 de abril de 2017.

FREITAS, S.; GUARESCHI, H. **Padronização de processos no serviço público através do uso de manuais, a viabilidade do manual de eventos da UTFPR – Campus de Francisco Beltrão**. Revista Organização Sistêmica, v.2, n.1, 2012.

GAMA, C. M. A. **Crise: A primeira década perdida**. 2012. Disponível em: <<http://www.administradores.com.br/artigos/economia-e-financas/crise-a-primeira-decada-perdida/61010/>> Acesso em 19 de abril de 2017.

GARCIA, S. D. et al. **Gestão de material médico-hospitalar e o processo de trabalho em um hospital público**. Rev. bras. enferm. [online], vol.65, n.2, p.339-346, 2012.

GERIR. **Estatuto consolidado do Instituto Gerir**. 2016. Disponível em: <<http://gerir.org.br/wp-content/uploads/2016/05/estatuto-social-consolidado-do-instituto-gerir.pdf>> Acesso em 12 de outubro de 2017.

GERIR. **Regulamento de contratação de pessoal**. 2017. Disponível em <<http://www.gerir.org.br/wp-content/uploads/2015/02/regulamentacao-de-contratacao-de-pessoal.pdf>> Acesso em 14 de outubro de 2017.

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

GIMENEZ, A. M. et al. Qualidade de vida no ambiente de trabalho: fatores decisivos no desempenho organizacional de uma empresa. FANEESP [Revista Eletrônica], v.28, 2015.

GODOY, A. S. **Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais**. Revista de Administração de Empresas, São Paulo, v.35, n. 3, p. 20-29, 1995.

GOIÁS, Secretaria da Saúde. **OSS Transparência**. 2012. Disponível em: <http://www.saude.go.gov.br/page/185/hospital-de-urgencias-de-goiania-gerir/>, acesso em 01 de abril de 2017.

GOIÁS, Secretaria da Saúde. **Superintendência de Controle, Avaliação e Gerenciamento das Unidades Assistenciais de Saúde – SCAGES**. 2017. Disponível em: Disponível em: <<http://www.saude.go.gov.br/wp-content/uploads/2017/04/sintese-contrato-gestao-crl.pdf>> Acesso em 16 de outubro de 2017.

GOMES, F. G. **Conflito social e Welfare State: Estado e Desenvolvimento Social no Brasil**. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro: FGV, v. 40, n.2, 2006.

GOMES, J. R. A. A., MELANDA, V.S. **Elaboração de rotinas para uma enfermagem de excelência em Centro Cirúrgico**. Rev SOBECC, v.17, ed.2, p.48-55, 2012.

JESUS, I. L. S. **Organizações Sociais de Saúde: Relato de experiências em gestão hospitalar em três estados brasileiros**. 2013. Disponível em <http://bdm.unb.br/bitstream/10483/5643/1/2013_IasmineLorenaSilvadaJesus.pdf> acesso em 24 de outubro de 2016.

JONOS, D. C.; MACHADO, O. A. **Rotatividade de pessoal: estudo em uma empresa de terceirização de serviços**. Revista Hórus, v.10, n.1, p. 41-59, 2015.

KOSTER, I. **A Gestão do Trabalho e o contexto da flexibilização no Sistema Único de Saúde** [dissertação]. 2008. Mestrado em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2008.

LAKATOS, E. M; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2001.

LEITE, P. P. **Impacto da globalização na saúde global**. 2015. Disponível em <<http://globalherit.hypotheses.org/2304>> Acesso em 26 de novembro de 2016.

LITWINSKI, G. I. S. **O acolhimento como uma ferramenta para a melhoria da qualidade do atendimento nas unidades básicas de saúde** [monografia]. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva . Belo Horizonte, 2011.

MACEDO, E. **A Evolução Histórica do RH – do Departamento de Pessoal à Gestão de Pessoas**. 2008. Disponível em: <<http://www.tce.ce.gov.br/imprensa/artigos/787-a-evolucao-historica-do-rh-do-departamento-de-pessoal-a-gestao-de-pessoas>> Acesso em 12 de abril de 2017.

MACHADO, E. A. S.; BARBOSA, E. C. **Operacionalização da gestão em saúde: da Administração Direta para a administração por Organizações Sociais – o caso do Hospital Geral de Goiânia**. Anais do III SINGEP e II S2IS, São Paulo, 2014.

MAFRA FILHO, F. S. A. **Primeiras Noções de Organizações Sociais: histórico, tendências e legislação**. Conteúdo Jurídico, Brasília-DF: 05 fev. 2009. Disponível em: <<http://www.conteudojuridico.com.br/?artigos&ver=2.22991&seo=1>>. Acesso em: 04 dez. 2016.

MAIA, A. C. N. **Representações da crise de 1929 na imprensa brasileira: relações entre história, mídia e cultura**. Varia hist. [online], v.29, n.49,pp.217-245, 2013.

MAIA, W. V. **A história da Saúde Pública no Brasil e o nascimento do Sistema Único de Saúde (SUS)**. 2014. Disponível em <<http://www.cafecomnoticias.com/2014/03/a-historia-da-saude-publica-no-brasil-e.html#.WDh9INUrLIU>> acesso em 28 de novembro de 2016.

MÂNICA, F. B. **Participação privada na prestação de serviços públicos de saúde** [tese] Curso de Pós-Graduação em Direito. Universidade de São Paulo, São Paulo. 2009.

MARINELA, F. **Direito administrativo**. Niterói: Impetus, ed.5, 2011.

MARQUES, L. S. **A História da Saúde Pública no Brasil**. 2003. Disponível em: <<http://www.viajus.com.br/viajus.php?pagina=artigos&id=1837&idAreaSel=16&seeArt=yes>> acesso em 13 de novembro de 2016.

MARQUES, V. R. B. **Natureza em boiões. Medicinas e boticários no Brasil Setecentista**. São Paulo, Editora da Unicamp, 1999.

MASCARENHAS et al. **Qualidade de vida em trabalhadores da área de saúde: uma revisão sistemática**. Revista Espaço para a Saúde, v. 14, n. 1 e 2, p. 72-81, 2013.

MATTOS, R. A.; PINHEIRO, R. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 2001.

MEAULO, M. P.; PENSUTTI, M. **A gestão de estoques em ambientes hospitalares - analisando a utilização de ferramentas de gestão de materiais em ambientes hospitalares públicos e filantrópicos no município de Santa Bárbara D'Oeste**. VIII Convibra Administração – Congresso Virtual Brasileiro de Administração. São Paulo, p. 1-12, 2011.

MEDICI, A. C. et al. **O mercado de trabalho em saúde no Brasil: estrutura e conjuntura**. Rev Bras Enferm, v. 46, n. 2, p.177, 1993.

MENDES, E. V. **A Modelagem das Redes de Atenção à Saúde**. Secretaria de Estado da Saúde/Minas Gerais, 2007.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENDONÇA *apud* OLIVEIRA, H. R. **Princípio da eficiência na administração pública**. João Pessoa, 2012.

MAURO, M. Y. C. et al. **Condições de trabalho da enfermagem nas enfermarias de um hospital universitário**. Rev Enferm, v.14, ed.1, p.13-18, 2010

MEDEIROS, J. M. **A vivência do ambiente hospitalar pela equipe de Enfermagem** [dissertação]. Pontifícia Universidade Católica de Goiás, 2011.

MOYSES, N. M. N. **Políticas de Gestão do Trabalho no SUS: O Desafio Sempre Presente**. Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n. 45, p. 33-41, 2010.

NEWMAN, J. ; CLARKE, J. **Gerencialismo**. Educação & Realidade. Porto Alegre: v. 37, n.2, p. 353-381, 2012.

NIKOSKI, G. **Administração Científica de Taylor**. 2017. Disponível em: <<http://www.ebah.com.br/content/ABAAAkPAAJ/adminstracao-cientifica-taylor?part=2>> Acesso em 21 de abril de 2017.

NOGUEIRA, R. P. **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.

NUNES, C. M. et al. **Satisfação e insatisfação no trabalho na percepção de enfermeiros de um hospital universitário**. Rev. Eletr. Enf. [Internet], v.12, n.2, p252-2577, 2010.

OLIVEIRA, L. T. **A higiene e a segurança do trabalho aplicada em estabelecimentos de saúde**. Percurso Acadêmico, Belo Horizonte, v. 5, n. 10, p. 515-525, 2015.

OLIVEIRA JUNIOR, R. G. et al. **Condições de trabalho das Equipes de Saúde da Família do município de Petrolina-PE: percepção dos profissionais de saúde**. O Mundo da Saúde, São Paulo, v.37, ed.4, p.433-438, 2013.

PAULA, G. M. **Estruturas Organizacionais: o Papel do Gestor de Nível Intermediário**. [dissertação] FUMEC, Belo Horizonte, 2007.

PERDIGÃO, J. G. L. et al. **Avaliação dos aspectos da satisfação no trabalho na percepção dos colaboradores da Indústria Granfuji S/a em Campina Grande – Pb**. In: Anais do IX Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia, Resende, 2012.

PIERANTONI, C. R.; VARELLA, T. C.; FRANÇA, T. **Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática**. Cadernos RH Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, v.3, n.1, 2006.

PINHEIRO, A. P.; SOUZA, D. A. **Causas e efeitos da rotatividade de pessoal / turnover: estudo de caso de uma microempresa do setor de educação**. X Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia – SEGeT, 2013.

REMOR, L. C. **Auditoria de Conhecimento em Saúde**. Florianópolis-SC: Universidade Federal de Santa Catarina, 2009.

RIBEIRO, A. C. E. **Gestão de Recursos Humanos e relações de trabalho frente à adoção de novos paradigmas na gerência da produção**. In: SIMPEP - SIMPÓSIO DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 2006.

RIBEIRO, J. M.; SCHRAIBER, L. B. **A autonomia e o trabalho em medicina**. Cadernos de Saúde Pública, v.10, p.190-199, 1994.

- RODRIGUES, L. B. B. et al. **A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v.19, n.2, p.343-352, 2014.
- RODRIGUES, C. T.; SPAGNUOLO, R. S. **Organizações Sociais de Saúde: potencialidades e limites na gestão pública.** *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v.16, n.3, p.549-57, 2014.
- RUIZ, P. B. O.; PERROCA, M. G.; JERICÓ, M. C. **Custo da rotatividade da equipe de enfermagem em hospital de ensino.** *Rev Esc Enferm USP*, v.50, n.1, p.104-111, 2016.
- SANO, H.; ABRUCIO, F. L. **Promessas e resultados da Nova Gestão Pública no Brasil: o caso das organizações sociais de saúde em São Paulo.** *Rev. Adm. Empres.*, São Paulo, v.48, n.3, p. 64-80, 2008.
- SANTOS, G. E. O. 2013. **Cálculo amostral:** calculadora on-line. Disponível em: <<http://www.calculoamostral.vai.la>>. Acesso em: 06 de abril de 2017.
- SARAIVA, R. **Direito do Trabalho.** São Paulo: Método, 2009.
- SILVA, C. M. **Revista de Direito Administrativo.** Rio de Janeiro: Renovar Ltda, 2002.
- SIQUEIRA, V. T. A; KURCGANT, P. **Satisfação no trabalho: indicador de qualidade no gerenciamento de recursos humanos em enfermagem.** *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 151-157, 2012.
- SOUZA, H. S; MENDES, A. N. **A terceirização e o "desmonte" do emprego estável em Hospitais.** *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 50, n. 2, p. 286-294, 2016.
- SOUZA, P. C.; SCATENA, J. H. G. **Condições de Trabalho em Hospitais do Mix Público-Privado do Sistema Único de Saúde no Estado de Mato Grosso.** *RAS*, V. 16, n.62, p.33-40, 2014.
- TEIXEIRA, C. **Os princípios do sistema único de saúde.** 2011. Disponível em <www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf> Acesso em 18 de janeiro de 2017.
- TORRES, R. C. L.; BALTAR; F. **Sinopses para concursos. Direito administrativo.** Revista ampliada e atualizada, 2016.
- TURATO; E. R. **Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa.** *Rev Saúde Pública.* Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil. 2005.
- TURINO, F. et al. **Organizações Sociais de Saúde nos hospitais públicos do estado do Espírito Santo.** *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, v. 18, p. 96-101, 2016.
- VERSA, G. L. G. S.; MATSUDA, L. M. **Satisfação profissional da equipe de enfermagem intensivista de um hospital de ensino.** *Rev enferm UERJ*, v. 22, ed.3, p.409-415, 2014.

VIEIRA, P. S. **O Trabalho em Saúde nos Hospitais de Gestão Terceirizada: o Caso do Estado de Goiás** [mestrado] – Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Ciências Sociais, 2013.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2ª Ed. Porto Alegre. Editora: Bookman. 2001.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Tradução Ana Thorell, revisão técnica Cláudio Damacena. Porto Alegre: Bookman, 2010.

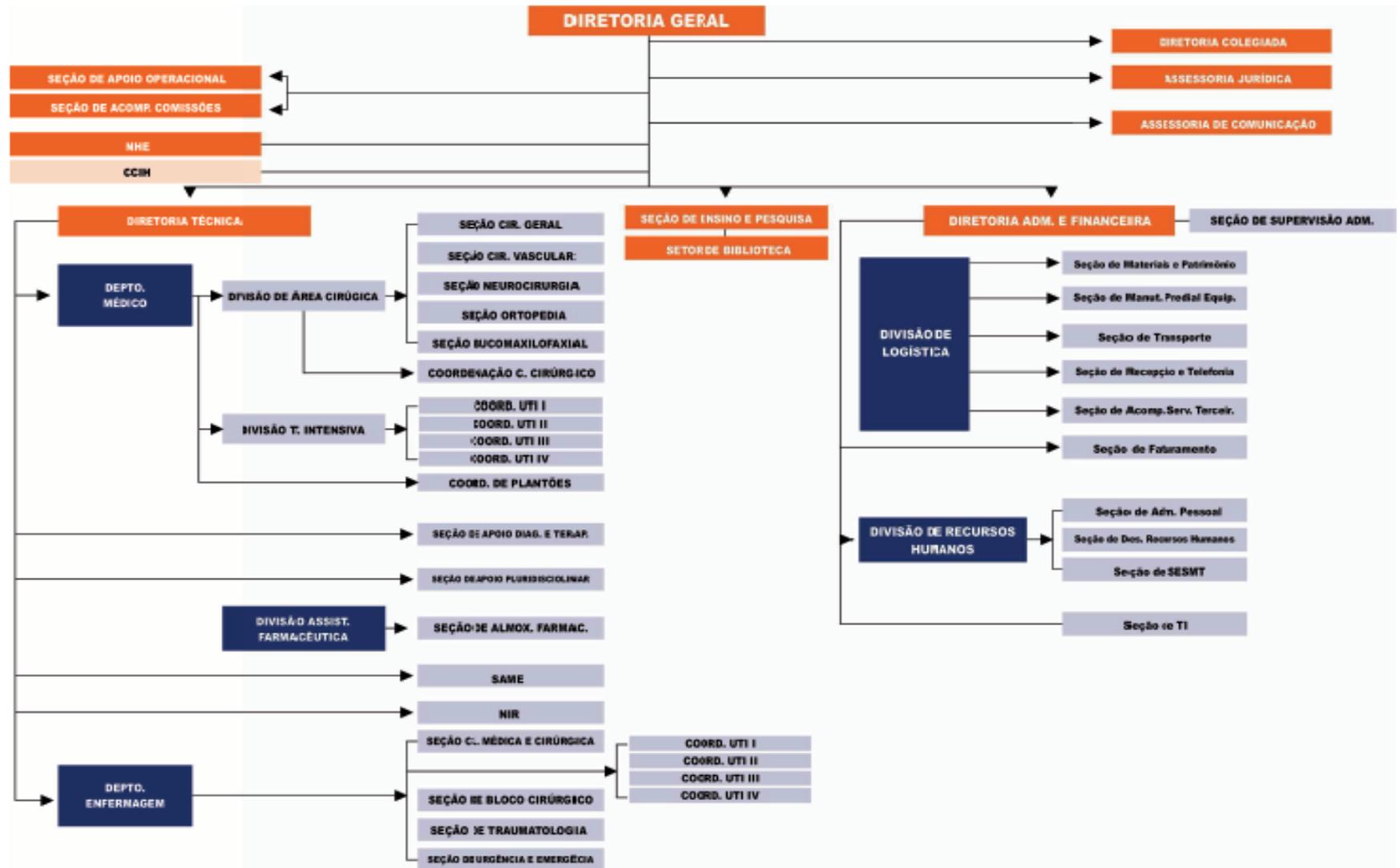
ANEXO I - TERMOS ADITIVOS DO CONTRATO DE GESTÃO Nº 064/2012-SES/GO.

DISCRIMINATIVO DOS TERMOS ADITIVOS DO CONTRATO DE GESTÃO Nº 064/2012-SES/GO					
Termo Aditivo	Vigência	Objeto	Valor Total do Termo Aditivo	Repasses (R\$)	
				Mensais	Parcela única
1º Termo Aditivo	09/06/2012 a 08/05/2013	Acréscimo ao Contrato de Gestão 64/2012, de 26 (vinte e seis) novos leitos de UTI para o HUGO. (14 leitos prontos p/o funcionamento e 11 leitos a partir de 09/03/2013)	5.956.770,00	468.510,00 (por 11 meses) 401.580,00 (de 09/03/2013 a 08/05/2013)	
2º Termo Aditivo	09/05/2013 a 08/05/2014	Prorrogação do prazo de vigência do contrato de Gestão	104.810.040,00	8.734.170,00	-
3º Termo Aditivo	01/06/2013 a 08/05/2014	<p>I. Acréscimo de 46 leitos no HUGO e acréscimo no valor de repasse mensal;</p> <p>II. Alteração do plano de metas de produção;</p> <p>III. Estabelecimento da obrigação de pagamento, pelo CONTRATANTE, do valor correspondente às internações em leitos auxiliares, quando esgotada a capacidade instalada de leitos;</p> <p>IV. Estabelecimento de nova obrigação do CONTRATADO, de habilitar o HUGO como unidade captadora de órgãos e tecidos, junto ao Ministério da Saúde;</p> <p>V. Alteração da cláusula oitava, que trata do acompanhamento, fiscalização e avaliação.</p>	17.343.365,86	1.539.352,82	-
4º Termo Aditivo	09/05/2014 a 08/05/2015	<p>I. Prorrogação do prazo de vigência;</p> <p>II. Acréscimo de 70 leitos de internação cirúrgica no HUGO (a partir de 1º de Julho de 2014);</p> <p>III. Estabelecimento de repasse financeiro complementar pelas internações que eventualmente excederem a capacidade instalada do Hospital.</p>	147.331.907,65	10.273.522,82 (de 09/05/2014 a 30/06/2014) 12.616.019,62(de 1º/07/2014 a 08/05/2014)	-

5º Termo Aditivo	09/05//2015 a 08/05/2016	<p>I. Prorrogação do prazo de vigência do contrato;</p> <p>II. Acréscimo ao valor do repasse mensal;</p> <p>III. Estabelecimento de repasse de recursos financeiros complementares para custeio de internações extras à capacidade instalada;</p> <p>IV. Alteração da redação do item 8.14 e revogação do item 8.15 da cláusula oitava do CG ora aditado</p>	163.711.161,84, sendo: 12.047.126,40 estimativa anual referente a repasse de recursos financeiros complementares para custeio de internações, até o limite de 30 (trinta) leitos, que eventualmente excederem à capacidade instalada.	12.638.669,62 de repasse mensal. 1.003.927,20 para custeio de internações que <i>eventualmente</i> excederem a capacidade instalada.	-
6º Termo Aditivo	09/05/2016 a 08/05/2017	<p>I. Repasse de recursos financeiros para corrigir o descompasso financeiro do Contrato de Gestão nº64/2012-SES/GO, até o mês de junho de 2015.</p> <p>II. Repactuação dos valores do repasse mensal; referente ao período de julho a outubro de 2015.</p> <p>III. Repasse de recursos financeiros para elaboração de levantamento arquitetônico completo do HUGO.</p> <p>IV. Repasse de recursos financeiro para reforma do setor de radiologia do HUGO.</p> <p>V. Repasse de recursos financeiros oriundos dos convênios de estágio nº23/2012-SES/GO e 013/2014 GAB/SES celebrados entre a Secretaria de Estado de Saúde – SES/GO e as Fundações UNIRG/Centro Universitário e Presidente Antônio Carlos – FUPAC.</p> <p>VI. Supressão dos limites da destinação dos recursos financeiros do Contrato de Gestão (Anexo III) e da subcláusula 6.6 do contrato originário.</p> <p>VII. Inclusão de cláusula que torna obrigatória a especificação do número do contrato de gestão, nome da unidade hospitalar, nome e CNPJ da organização social nas notas fiscais ou faturas referentes às aquisições de bens e serviços.</p> <p>VIII. Quarta prorrogação do prazo de vigência do Contrato de Gestão nº064/2012-SES/GO.</p> <p>IX. Alteração do item 7.12 da Cláusula Sétima do Contrato de Gestão.</p> <p>X. Apresentar nova formatação do Contrato de Gestão aprovada pela SES/GO para o Sexto Termo Aditivo.</p> <p>XI. Alteração da razão social da Organização Social.</p>	200.631.400,65, sendo: 176.277.034,20 ref. a prorrogação do Contrato de Gestão, e 24.354.366,45 para investimentos, convênios de estágio e para corrigir o descompasso financeiro.	03 parcelas de 800.255,27 07 parcelas de 2.051.083,23 01 parcela de 546.955,53 14.689.752,85 (09/05/2016 1ª a 08/05/2017)	140.000,00 – para elaboração de projeto arquitetônico; 671.398,19 para reforma do setor de radiologia; 77.912,24 ref. a contrapartida dos convênios de estágios nº023/2012-SES/GO. 6.159.752,07 ref. Descompasso financeiro do Contrato de Gestão nº 064/2012-SES/GO. Até o mês de junho de 2015.

<p>7º Termo Aditivo</p>	<p>09/05/2017 a 08/05/2018</p>	<p>I. Prorrogar a vigência do contrato por um período de 12 meses, conforme Ofício Circular nº 111/2016-GAB/SES-GO.</p> <p>II. Aporte de Recursos Financeiros para custeio dos Programas de Residência Médica e em área de saúde do HUGO.</p> <p>III. Revogar o item 7.15 da Cláusula Sétima do Contrato nº 064/2012-SES/GO.</p> <p>IV. Aporte de recursos financeiros visando incorporar ao repasse mensal o valor a ser glosado referente a integralidade da folha de pagamento dos servidores cedidos ao GERIR para o HUGO.</p> <p>V. Nova redação para o 7º Termo Aditivo com adequação à minuta padrão disponibilizada pela Procuradoria Geral do Estado de Goiás – PGE/GO face ao art. 7º da lei 15.503/2005, alterada pela lei 19.324 de 30/05/2016.</p>	<p><i>215.809.568,64. Sendo: 213.363.008,52</i></p> <p><i>Prorrogação por um ano de contrato;</i></p> <p><i>2.446.560,12 de Aporte de Recursos Financeiros para Residência Médica;</i></p>	<p>12 parcelas de 17.780.250,71</p> <p>Prorrogação do contrato por 12(doze) meses.</p> <p>12 parcelas de 203.880,01</p> <p>Aportes Financeiros para custeio de Residência Médica e área de saúde do HUGO.</p>	<p>-</p>
--------------------------------	--------------------------------	--	--	---	----------

ANEXO II - Organograma HUGO



APÊNDICE I

Questionário – Profissionais

Questões sobre perfil sociodemográfico:

1. Sexo

- Masculino
- Feminino

2. Idade

- Menor que 20 anos
- Entre 20 a 24 anos
- Entre 25 a 29 anos
- Entre 30 a 34 anos
- Entre 35 a 39 anos
- Entre 40 a 44 anos
- Entre 45 a 49 anos
- Entre 50 a 54 anos
- Entre 55 a 59 anos
- 60 anos e mais

3. Escolaridade

- Fundamental completo
- Ensino Médio Incompleto
- Ensino Médio Completo
- Superior Incompleto
- Superior Completo

4. Se for o caso, informar maior título a nível de Pós-graduação

- Especialização
- Mestrado
- Doutorado

5. Cargo que ocupa:

- Administrativo
- Enfermeiro (a)
- Médico (a)
- Técnico de Enfermagem
- Farmacêutico
- Odontólogo
- Nutricionista
- Fisioterapeuta
- Outro _____

6. Tempo de formação profissional

- Menos de 1 ano
- Entre 1 a 4 anos
- Entre 5 a 9 anos
- Entre 10 a 14 anos
- Entre 15 a 19 anos
- Entre 20 a 24 anos
- Entre 25 a 29 anos
- Entre 30 a 34 anos
- 35 anos e mais

7. Tempo de trabalho em unidades hospitalares

- Menos de 1 ano
- Entre 1 a 4 anos
- Entre 5 a 9 anos
- Entre 10 a 14 anos
- Entre 15 a 19 anos
- Entre 20 a 24 anos
- Entre 25 a 29 anos
- Entre 30 a 34 anos
- 35 anos e mais

Questões sobre as condições de trabalho:

8. Do ponto de vista da provisão de materiais e medicamentos, as condições para desenvolver as atividades do dia-a-dia são consideradas:

- Totalmente adequadas
- Bastante adequadas
- Adequadas
- Pouco adequadas
- Totalmente inadequado

9. O processo de contratação de bens e serviços, considerando a qualidade e celeridade, pode ser avaliado como:

- Excelente
- Bom
- Regular
- Ruim
- Péssimo

10. A organização do processos e rotinas de trabalho, considerando aspectos como normatização de condutas e distribuição de tarefas, pode ser avaliado como:

- Totalmente satisfatória
- Satisfatória
- Pouco satisfatória
- Insatisfatória
- Altamente insatisfatória

11. Caso tenha indicado as alternativas “Totalmente satisfatória e Altamente insatisfatória”, favor indicar os motivos desta avaliação:

12. Em relação ao ambiente de trabalho, as condições estruturais, de higiene e de segurança são:

- Totalmente adequadas
- Bastante adequadas
- Adequadas
- Pouco adequadas
- Totalmente inadequadas

13. A cerca das condições de trabalho citadas houve alterações significativas por conta do processo de transição da gestão, por administração direta para o modelo vigente (Organizações Sociais):

- Sim
- Não

14. No caso da escolha afirmativa, como você avalia estas mudanças:

- Sensivelmente melhores
- Melhores
- Piores
- Sensivelmente piores

Questões sobre as relações de trabalho:

15. Qual a forma do vínculo profissional?

- Estatutário
- Celetista
- Comissionado
- Terceirizado
- Contrato temporário
- Outros

16. Em relação ao padrão de remuneração praticado na unidade, este pode ser considerado:

- Totalmente satisfatória
- Satisfatória
- Pouco satisfatória
- Insatisfatória
- Altamente insatisfatória

17. O padrão de remuneração instituído na unidade segue algum parâmetro estabelecido:

- Sim
- Não
- Não sei

Qual parâmetro é utilizado _____

18. Quanto ao processo de recrutamento, seleção e contratação de profissionais, estabelecido na gestão OSS. Como você avalia:

- Totalmente adequado
- Bastante adequado
- Adequado
- Pouco adequado
- Totalmente inadequado

Favor explicitar, em uma frase, a razão principal para a alternativa escolhida:

Porque é adequado _____

Porque é inadequado _____

19. Considerando o seu tipo de vínculo contratual, a observância de direitos trabalhistas como, 13º salário, férias, etc. Pode ser avaliada como:

- Totalmente satisfatória
- Satisfatória
- Pouco satisfatória
- Insatisfatória
- Altamente insatisfatória

APÊNDICE II

Roteiro de entrevista para os representantes da Diretoria do Hospital.

Código de identificação: _____

1. Identificação do informante quanto à formação, trajetória profissional, titulação etc.
2. Como é realizado o gerenciamento da unidade?
3. Quais as estruturas de suporte gerencial existentes e/ou contratadas?
4. Existem práticas gerenciais inovadoras na unidade quanto a gestão do trabalho? Quais são? E o que define seu caráter inovador?
5. De que forma essas práticas gerenciais são implementadas na unidade?
6. Qual a repercussão que essas estruturas e práticas têm sobre os serviços ofertados pela unidade?
7. Quais são os principais objetivos e metas da organização quanto a gestão do trabalho? Existem mecanismos de monitoramento e avaliação quanto ao cumprimento desses objetivos e metas? Como é realizado? Quais os limites e possibilidades desta forma de controle e avaliação?

Roteiro de entrevista para os representantes do Setor Administrativo do Recursos Humanos.

Código de identificação: _____

1. Identificação do informante quanto à formação, trajetória profissional, titulação etc.

2. Existe Política de RH na instituição? Qual é essa Política? Quais os problemas e as oportunidades que esta Política oferece?
3. Quais as formas de seleção, contratação e progressão funcional adotadas?
4. Qual é a configuração da distribuição de pessoal, considerando categoria e tipo de vínculo trabalhista? (Solicitar documentos que apresentem de forma detalhada essa situação).
5. Qual o grau de autonomia existente em relação à admissão, demissão, progressão funcional, lotação, remanejamento de função.
6. Qual o índice de rotatividade de pessoal, considerando as diversas categorias? Quais as categorias mais atingidas?
7. Informar sobre valores médios de remuneração praticados, por categoria funcional.
8. Existe planejamento das atividades de capacitação? Como é planejado processo de capacitação? Existe avaliação sobre impacto das capacitações realizadas? De que maneira é feita?
9. Existe quadro de lotação na unidade? Quais os parâmetros adotados para sua organização? Vantagens e desvantagens em relação à utilização desses parâmetros.
10. Quais são os principais objetivos e metas da organização? E do setor de RH?
11. Existe controle sobre processos de trabalho? Como se dá?

Roteiro de entrevista para os representantes da Organização Social.

Código de identificação: _____

1. Identificação do informante quanto à formação, trajetória profissional, titulação etc.

2. Há quanto tempo trabalha na Organização Social GERIR? E na unidade HUGO?
3. De que forma é realizado o processo de recrutamento e seleção dos profissionais que atuarão na unidade hospitalar HUGO?
4. De que forma ocorre o processo de dimensionar pessoas, postos de serviços e carga horaria no HUGO?
5. Em relação as formas prevalentes de contratação dos colaboradores qual o atual percentual entre servidores sob o regime celetistas e estatutários?
6. A GERIR desenvolve algum plano de treinamento, capacitação e desenvolvimento junto aos funcionários lotados no HUGO? Cite quais e os descreva.
7. De que forma é organizado o processo de aquisição e suprimentos dos bens, materiais, medicamentos e serviços necessários às atividades assistenciais no HUGO?

Roteiro de entrevista para os representantes da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Goiás.

Código de identificação: _____

1. Identificação do informante quanto à formação, trajetória profissional, titulação etc.
2. Descrever a estrutura, atribuições da Coordenação e sua interface com outras unidades da SES;
3. Descrever o processo de construção e de adoção dos Contratos de Gestão em suas várias versões (considerar a definição de metas e indicadores e a concertação entre atores envolvidos);
4. De que forma é feita a pactuação, acompanhamento e avaliação das metas?

5. Quais os principais indicadores de Controle e Avaliação de desempenho adotados? Qual a situação da unidade investigada frente a estes indicadores? (Considerar indicadores de produção e de qualidade – número de consultas, exames, procedimentos cirúrgicos e partos // Taxa média de ocupação, taxa média de permanência, taxa de mortalidade, taxa de infecção hospitalar e taxa de cesáreas).
6. Descrever o impacto da experiência com as OSS e seus desdobramentos em relação a novas formas de gestão da rede própria da SES.
7. Quais as principais diferenças entre as OSS e unidades administradas diretamente, considerando: provisão de RH (critérios e parâmetros para lotação de pessoal), de bens e serviços (modalidades de compra e formas de abastecimento) e organização de processos de trabalho na assistência? Vantagens e desvantagens das OSS frente às unidades administradas diretamente;

Roteiro de entrevista para os representantes dos Sindicatos relacionados as classes lotadas no HUGO.

Código de identificação: _____

1. Identificação do informante quanto à formação, trajetória profissional, titulação etc.
2. Descrever a estrutura, atribuições do sindicato e sua interface com os trabalhadores e a unidade HUGO;
3. Descrever o processo de elaboração da convenção coletiva considerando a modalidade de gestão por OSS;
4. De que forma é feita o acompanhamento, avaliação e atenção aos direitos e deveres dos trabalhadores lotado nesta unidade?

APÊNDICE III

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa: intitulada “**GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE NO CONTEXTO DAS RELAÇÕES PÚBLICO / PRIVADO NO ESTADO DE GOIÁS: ESTUDO DE CASO NO HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS - HUGO**”. Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, você deverá clicar no box com a alternativa () SIM, aceito participar da pesquisa. (Continuar na próxima página). E em caso de recusa na participação você deverá clicar no box com a alternativa () NÃO aceito participar da pesquisa. (Encerrar a participação e sair). Em caso de recusa, você não será penalizado (a) de forma alguma.

Em caso de dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com o pesquisador responsável **LEANDRO SOARES DA SILVA** através do telefone: **(62) 99940-1144** ou através do e-mail **leandrosoares1982@gmail.com**. Em caso de dúvida sobre a ética aplicada a pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Urgências de Goiânia-HUGO (Av. 31 de Março esq. c/5ª Radial, s/nº 74820-300 Setor Pedro Ludovico Goiânia - GO) pelo telefone: (62) 3201 4332 ou pelo e-mail: cep@hugo.org.br.

Justificativa - Para fazer frente à enorme demanda social na área da saúde, o Estado tem buscado alternativas que visem um melhor equilíbrio entre os custos e resultados na consecução do interesse público. Diante desta realidade, as inovações e melhorias no processo gerencial das unidades hospitalares tem se mostrado uma boa solução na busca de redução de custos, bem como, na melhoria da prestação dos serviços públicos. Aliás, cabe ressaltar que a gestão do trabalho é o principal e expressivo agente gerador de despesas, posto que compreende cerca de 70% dos gastos da Unidade Hospitalar, e ativo ator na capacidade de provocar avanços e melhoria da assistência e atenção a população no âmbito da saúde pública.

Objetivos - O objetivo deste projeto consiste em analisar o processo de implementação da gestão do trabalho em uma unidade hospitalar gerida pelo modelo de organizações sociais de saúde. Descrever o processo de recrutamento e seleção de profissionais para atuarem no quadro das unidades hospitalares de saúde geridas por organizações sociais; caracterizar o processo de dimensionamento de quadro funcionários por postos de trabalho e carga horaria; analisar a situação funcional do trabalhador da saúde, considerando as formas prevalentes de contratação; descrever e analisar o processo de capacitação, treinamento e desenvolvimento humano dos funcionários lotados; analisar o processo de aquisição e suprimento de bens e serviços necessários ao desenvolvimento das atividades assistenciais.

Procedimentos - Para coleta de dados serão utilizados questionários estruturados enviados por meio da plataforma de pesquisa *online FormSus* pelo pesquisador, através dos endereços de e-mail corporativo dos profissionais da administração e assistência que trabalham no Hospital de Urgências de Goiânia – HUGO. O endereço eletrônico será fornecido pelo setor de Recursos

Humanos da unidade pesquisada sendo este exclusivamente utilizado para envio do questionário aqui descrito. Também será utilizado a distribuição de formulário físico em momento oportuno conforme agenda pré-defina e acordada com Diretoria da unidade. As bases temáticas do questionário a serem aplicadas serão subdivididas em: questões sociodemográficas; sobre as condições de trabalho e questões sobre as relações de trabalho.

Desconfortos - Existe um desconforto relacionado ao tempo de resposta ao questionário o que pode levar o respondente a interromper a operação no momento que for necessário.

Riscos - Os riscos da pesquisa inerentes a você, participante, são mínimos, podendo ser considerado o desconforto relacionado ao constrangimento em responder alguma pergunta que não saiba ou que não tenha interesse em responder, no entanto, será de livre arbítrio.

Benefícios - Os benefícios envolvidos na execução da pesquisa estão relacionados a consolidação de dados que permitirão verificar as condições e relações do trabalho e trabalhador junto ao local de estudo, a produção de conhecimento científico que possibilite contribuir para o estudo de políticas públicas na saúde e ainda a nível institucional com a sugestão de ferramenta de acompanhamento dos profissionais contribuindo com o trabalho já desenvolvido pela própria instituição.

Forma de acompanhamento e assistência - Aos participantes será assegurada a garantia de assistência integral em qualquer etapa do estudo. Você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas, com a possibilidade de realizar ligação a cobrar para o pesquisador responsável através do telefone (62) 99940-1144. Caso a pesquisa seja interrompida, o pesquisador firma o compromisso de encaminhar um comunicado a todos os envolvidos na presente pesquisa pelo endereço de *e-mail*.

Garantia de esclarecimento - Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer tempo e aspecto que desejar, através dos meios de contato citados acima.

Liberdade de recusa - Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento, sendo sua participação voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade.

Garantia de sigilo - O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo e todos os dados coletados servirão apenas para fins de pesquisa. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Haverá sigilo quanto aos dados dos participantes, as respostas são confidenciais e o resultado da pesquisa será divulgado de forma consolidada, não havendo divulgação de qualquer informação individualizada. O endereço de e-mail fornecido será estritamente utilizado para encaminhamento do questionário eletrônico e posteriormente excluído seu registro, restando o pesquisador a proibição da utilização deste para quaisquer outros fins.

Custos da participação, ressarcimento e indenização por eventuais danos - Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. No entanto, se o participante sofrer qualquer dano decorrente desta pesquisa, os pesquisadores serão responsáveis por todo e qualquer dano. É de inteira responsabilidade do pesquisador quaisquer eventualidades.

Consentimento da Participação na Pesquisa:

Eu,, inscrito (a) sob o, abaixo assinado, concordo em participar do estudo intitulado “**GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE NO CONTEXTO DAS RELAÇÕES PÚBLICO / PRIVADO NO ESTADO DE GOIÁS: ESTUDO DE CASO NO HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS - HUGO**”. Informo ter mais de 18 anos de idade e destaco que minha participação nesta pesquisa é de caráter voluntário. Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo pesquisador responsável **LEANDRO SOARES DA SILVA** sobre a pesquisa, os procedimentos e métodos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação no estudo. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade. Declaro, portanto, que concordo com a minha participação no projeto de pesquisa acima descrito.

..... de de

Assinatura por extenso do (a) participante

Assinatura por extenso do pesquisador responsável

APÊNDICE IV

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa: intitulada **“GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE NO CONTEXTO DAS RELAÇÕES PÚBLICO / PRIVADO NO ESTADO DE GOIÁS: ESTUDO DE CASO NO HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS - HUGO”**. Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, você deverá clicar no box com a alternativa () SIM, aceito participar da pesquisa. (Continuar na próxima página). E em caso de recusa na participação você deverá clicar no box com a alternativa () NÃO aceito participar da pesquisa. (Encerrar a participação e sair). Em caso de recusa, você não será penalizado (a) de forma alguma.

Em caso de dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com o pesquisador responsável **LEANDRO SOARES DA SILVA** através do telefone: **(62) 99940-1144** ou através do e-mail **leandrosoares1982@gmail.com**. Em caso de dúvida sobre a ética aplicada a pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Urgências de Goiânia-HUGO (Av. 31 de Março esq. c/5ª Radial, s/nº 74820-300 Setor Pedro Ludovico Goiânia - GO) pelo telefone: (62) 3201 4332 ou pelo e-mail: cep@hugo.org.br.

Justificativa - Para fazer frente à enorme demanda social na área da saúde, o Estado tem buscado alternativas que visem um melhor equilíbrio entre os custos e resultados na consecução do interesse público. Diante desta realidade, as inovações e melhorias no processo gerencial das unidades hospitalares tem se mostrado uma boa solução na busca de redução de custos, bem como, na melhoria da prestação dos serviços públicos. Aliás, cabe ressaltar que a gestão do trabalho é o principal e expressivo agente gerador de despesas, posto que compreende cerca de 70% dos gastos da Unidade Hospitalar, e ativo ator na capacidade de provocar avanços e melhoria da assistência e atenção a população no âmbito da saúde pública.

Objetivos - O objetivo deste projeto consiste em analisar o processo de implementação da gestão do trabalho em uma unidade hospitalar gerida pelo modelo de organizações sociais de saúde. Descrever o processo de recrutamento e seleção de profissionais para atuarem no quadro das unidades hospitalares de saúde geridas por organizações sociais; caracterizar o processo de dimensionamento de quadro funcionários por postos de trabalho e carga horaria; analisar a situação funcional do trabalhador da saúde, considerando as formas prevalentes de contratação; descrever e analisar o processo de capacitação, treinamento e desenvolvimento humano dos funcionários lotados; analisar o processo de aquisição e suprimento de bens e serviços necessários ao desenvolvimento das atividades assistenciais.

Procedimentos - Para coleta de dados será utilizado a entrevista semi-estruturada com roteiro abordando a situação relativa ao processo de gestão, com ênfase sobre as relações de trabalho que afetam as atividades dos servidores da unidade. O roteiro da referida entrevista será

fornecido previamente pelo pesquisador através de via física entregue ao entrevistado com antecedência. A entrevista será registrada através da gravação de som e imagem, com a devida autorização dos participantes. As respostas fornecidas pelo entrevistado serão transcritas para compor a base de dados da pesquisa, sendo esta fonte de informações utilizada como base comparativa ao resultado obtido com os demais instrumentos. Poderá ser utilizado, fragmentos da entrevista, na dissertação objeto deste projeto e artigos desta mesma autoria.

Desconfortos - Existe um desconforto relacionado ao tempo de resposta as perguntas o que pode levar o respondente a interromper a operação no momento que for necessário.

Riscos - Os riscos da pesquisa inerentes a você, participante, são mínimos, podendo ser considerado o desconforto relacionado ao constrangimento em responder alguma pergunta que não saiba ou que não tenha interesse em responder, no entanto, será de livre arbítrio.

Benefícios - Os benefícios envolvidos na execução da pesquisa estão relacionados a consolidação de dados que permitirão verificar as condições e relações do trabalho e trabalhador junto ao local de estudo, a produção de conhecimento científico que possibilite contribuir para o estudo de políticas públicas na saúde e ainda a nível institucional com a sugestão de ferramenta de acompanhamento dos profissionais contribuindo com o trabalho já desenvolvido pela própria instituição.

Forma de acompanhamento e assistência - Aos participantes será assegurada a garantia de assistência integral em qualquer etapa do estudo. Você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas, com a possibilidade de realizar ligação a cobrar para o pesquisador responsável através do telefone (62) 99940-1144. Caso a pesquisa seja interrompida, o pesquisador firma o compromisso de encaminhar um comunicado a todos os envolvidos na presente pesquisa pelo endereço de *e-mail*.

Garantia de esclarecimento - Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer tempo e aspecto que desejar, através dos meios de contato citados acima.

Liberdade de recusa - Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento, sendo sua participação voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade.

Garantia de sigilo - O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo e todos os dados coletados servirão apenas para fins de pesquisa. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Haverá sigilo quanto aos dados dos participantes, as respostas são confidenciais e o resultado da pesquisa será divulgado de forma consolidada, não havendo divulgação de qualquer informação individualizada.

Custos da participação, ressarcimento e indenização por eventuais danos - Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. No entanto, se o participante sofrer qualquer dano decorrente desta pesquisa, os pesquisadores serão responsáveis por todo e qualquer dano. É de inteira responsabilidade do pesquisador quaisquer eventualidades.

Consentimento da Participação na Pesquisa:

Eu,, inscrito (a) sob o, abaixo assinado, concordo em participar do estudo intitulado “**GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE NO CONTEXTO DAS RELAÇÕES PÚBLICO / PRIVADO NO ESTADO DE GOIÁS: ESTUDO DE CASO NO HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS - HUGO**”. Informo ter mais de 18 anos de idade e destaco que minha participação nesta pesquisa é de caráter voluntário. Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo pesquisador responsável **LEANDRO SOARES DA SILVA** sobre a pesquisa, os procedimentos e métodos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação no estudo. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade. Declaro, portanto, que concordo com a minha participação no projeto de pesquisa acima descrito.

..... de de

Assinatura por extenso do (a) participante

Assinatura por extenso do pesquisador responsável