



VII Congresso **CONSAD**
de Gestão Pública

Centro de Convenções Ulysses Guimarães
Brasília/DF – 25, 26 e 27 de março de 2014

PORQUE ATENTAR À GESTÃO DE PESSOAS NAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS? REFLEXÕES A PARTIR DO ESTADO

**DANILO CESAR FIORE
TIAGO SILVA BIRKHOLZ DUARTE**



PORQUE ATENTAR À GESTÃO DE PESSOAS NAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS? REFLEXÕES A PARTIR DO ESTADO

Danilo Cesar Fiore
Tiago Silva Birkholz Duarte

1 INTRODUÇÃO

Este artigo pretende contribuir com o debate acerca das Organizações Sociais (OS) – modelo adotado no Estado de São Paulo desde 1998, pelo qual o Estado transfere a execução de serviços em equipamentos públicos de algumas áreas para entidades privadas sem fins lucrativos previamente qualificadas pelo Poder Público¹, mediante um contrato de gestão (CG) que define indicadores de produção, de qualidade e metas a serem alcançadas. Para além da dicotomia entre administração pública (morosa, ineficiente, focada nos meios) e administração privada (célere, eficiente, direcionada aos fins) que permeia o debate acadêmico e ideológico acerca do modelo de OS², dedicamos aqui um olhar sobre a dinâmica do funcionamento do modelo em São Paulo – suas especificidades, vantagens, dilemas e implicações decorrentes da experiência histórica. Partimos do seguinte ponto: a mudança na forma de gestão de serviços pode resolver alguns problemas, mas conseqüentemente traz à luz novas questões.

¹ No Estado de São Paulo, as áreas de saúde, cultura, esporte e atendimento ou promoção dos direitos das pessoas com deficiência foram autorizadas a firmar contratos de gestão com OS, segundo a Lei Complementar nº 846/1998 e alterações posteriores. No entanto, somente as duas primeiras qualificaram OS e assinaram contratos de gestão: a saúde desde 1998 e a cultura desde 2004.

² A literatura sobre a Nova Gestão Pública, corrente teórica que deu sustentação para o surgimento do modelo de Organizações Sociais, e o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, estratégia do governo federal que, entre outras coisas, visava criar um modelo em que associações civis sem fins lucrativos qualificavam-se como OS, trabalham majoritariamente com esses pressupostos. Um dos principais pontos valorizados por essa corrente é a contratualização de resultados. Sobre o Plano Diretor, ver Brasil (1995) e Brasil (1997). Sobre contratualização de resultados, ver Pacheco (2004, 2006), Alcoforado (2005). Para uma desmistificação da natureza das entidades da sociedade civil e uma análise sofisticada da complexa relação entre Estado e sociedade civil, em outra área de política pública, sob uma visão relacional, ver Silva (2006).



Nossa abordagem restringe-se às questões concernentes à gestão de pessoas nas OS e o que a mudança no modelo de administração pode significar para esse tema. Além disso, será focado adiante o caso da saúde, experiência mais antiga e com fontes de dados mais organizadas – logo, falaremos sobre maneira em Organizações Sociais de Saúde (OSS).

Quanto à metodologia, cabe breve comentário. Os dados apresentados na próxima seção foram coletados majoritariamente no “Sistema Gestão em Saúde”, ferramenta de monitoramento da Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde (CGCSS/SES), unidade responsável pela contratualização com OS no âmbito da saúde³. Foi selecionada, para a maior parte das análises, uma amostra de 73 equipamentos de saúde (hospitais gerais, hospitais especializados, ambulatorios médicos de especialidades – AME, centros de referência do idoso – CRI e de reabilitação da Rede Lucy Montoro – RLM), cujo recorte temporal restringe-se aos últimos seis anos (2008 a 2013). Em linhas gerais, trataremos de dois grupos de serviços: hospitais (gerais e especializados) e ambulatorios (AME, CRI e unidades ambulatoriais da RLM). Destacamos que os ambulatorios hospitalares não foram considerados no grupo “ambulatorios”.

Além da análise quantitativa, na terceira e quarta seções deste artigo algumas reflexões serão elaboradas com base nos dilemas decorrentes da escolha por administrar unidades de saúde por meio de entidades privadas, cuja contratação de mão-de-obra não segue a lógica estatutária do setor público. Tais reflexões foram elaboradas a partir da experiência profissional dos autores em diversos projetos na área de gestão de Organizações Sociais e de contratos de gestão junto ao governo do Estado de São Paulo ao longo dos últimos anos.

³ Agradecemos toda a equipe da CGCSS (especialmente o Coordenador, Eduardo Ribeiro Adriano, e as diretoras Eliana Radesca Alvares Pereira de Carvalho e Lilian Helena Billi Falcão) pelo acesso às bases de dados e o auxílio para a compreensão dos mesmos, além dos muitos diálogos e conversas esclarecedores sobre diferentes aspectos do modelo de OS na saúde paulista.



2. PANORAMA DOS RECURSOS HUMANOS DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE EM SÃO PAULO

Nesta seção apresentaremos algumas tendências e comportamentos recentes das unidades de saúde geridas por OSS a partir da análise de dados quantitativos.

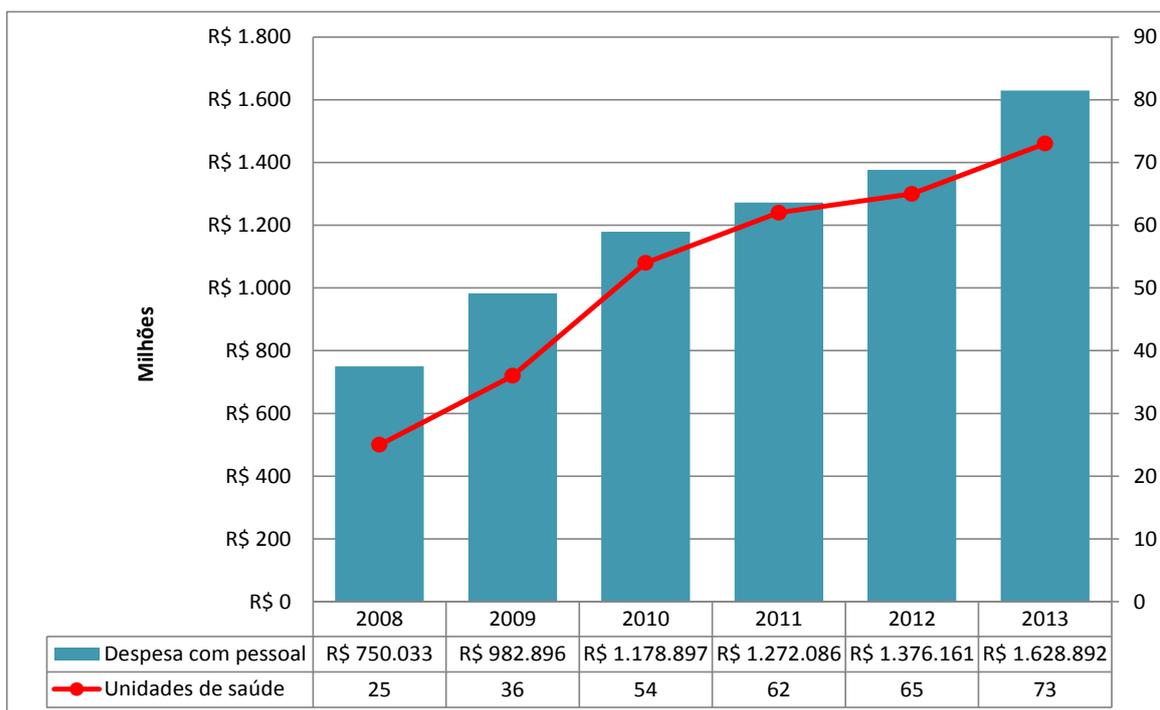
Primeiramente, um quadro atual do universo sobre o qual estamos tratando: em dezembro de 2013, 24 OSS eram responsáveis por 73 equipamentos públicos de saúde (entre hospitais e ambulatórios)⁴. Para tanto, contaram com uma força de trabalho da ordem de 47,5 mil funcionários, com unidades geridas sob este modelo em 14 dos 17 Departamentos Regionais de Saúde do Estado.

Na medida em que o modelo expandiu o número de contratos – majoritariamente por meio da inauguração de novas unidades de saúde no Estado de São Paulo –, cresceram as despesas reais com pessoal, como mostra o Gráfico 1.

⁴ Excetuam-se aqui as seguintes unidades e serviços: 3 Centros Estaduais de Análises Clínicas (CEAC), 3 Serviços Estaduais de Diagnóstico por Imagem (SEDI), o Centro de Armazenamento e Distribuição de Insumos de Saúde (CEADIS) e a Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde (CROSS). Além disso, o modelo de gestão por resultados aplicado às OSS encontra, no âmbito da CGCSS/SES, simetria nos convênios considerados “análogos” aos contratos de gestão. A lógica de contratação dos serviços de saúde e do acompanhamento é a mesma entre CGs e convênios análogos, porém não incorporamos as unidades geridas pelo segundo instrumento devido a uma escolha conceitual de debruçarmo-nos apenas sobre equipamentos e serviços administrados por OSS mediante contrato de gestão.



Gráfico 1. Despesa com pessoal nas OSS 2008-2013 (valores corrigidos pelo IPCA)

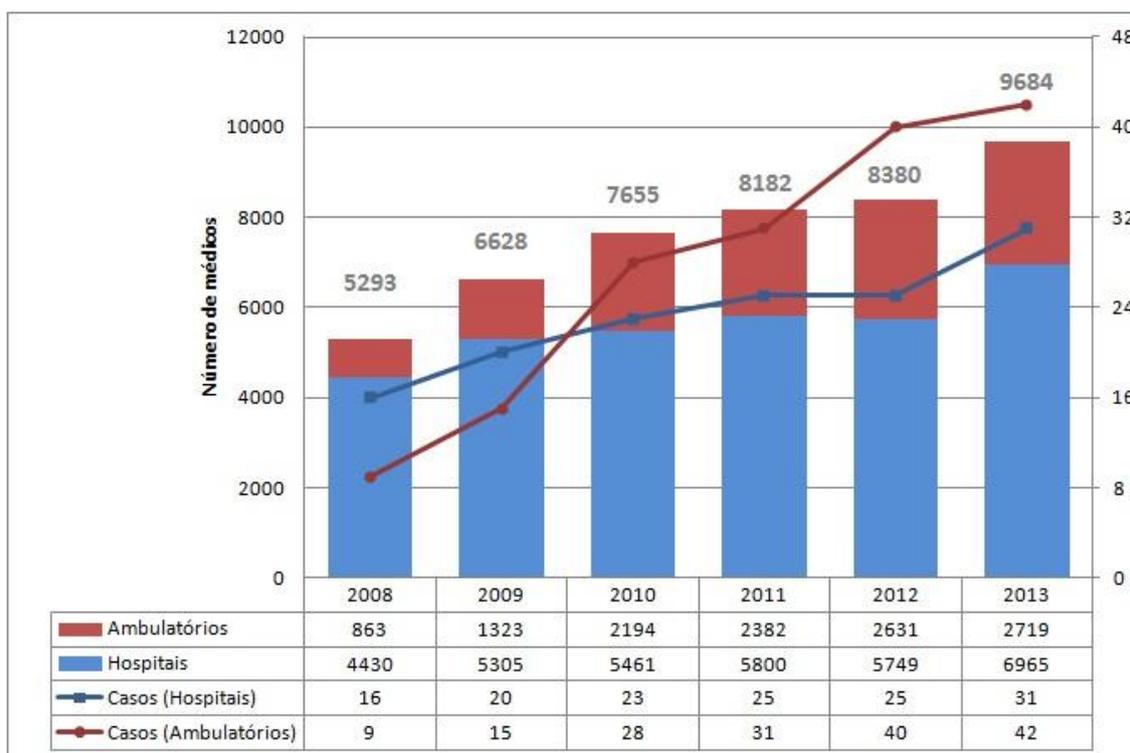


No período de seis anos, as unidades administradas por OSS aumentaram 192%, enquanto a despesa com pessoal destes parceiros cresceu 117%. A grande diferença entre as duas taxas explica-se pela maior quantidade de unidades ambulatoriais inauguradas em detrimento de unidades hospitalares – estes equipamentos contratam muito mais funcionários que os ambulatórios de especialidades. Ressaltamos ainda que o crescimento do gasto com pessoal entre 2012 e 2013 (da ordem de 18%) decorre particularmente da contratualização de seis hospitais que costumavam ser geridos por convênios e passaram para a gestão de OSS.

Um olhar sobre o crescimento do principal – e mais caro – profissional em unidades de saúde, o médico (cujos salários, inclusive, tendem a ser mais altos que dos outros profissionais da área da saúde), é apresentado no Gráfico 2.



Gráfico 2. Total de médicos nas OSS 2008-2013



Assim como as despesas com pessoal subiram no tempo, acompanhando o crescimento da oferta de serviços de saúde, o número de médicos nestes serviços cresceu. No período, o número de médicos contratados para prestar assistência à saúde em unidades públicas administradas por OSS cresceu 83%. Aqui, cabe assinalar diferença fundamental entre o modelo de OSS e a Administração Direta no que tange ao pessoal. Enquanto nesta a contratação faz-se por meio de concursos e fixa quadros sob o regime estatutário, naquela a contratação é por meio da CLT ou por outras formas comuns ao mercado de saúde. Acompanhando tendência desse mercado, muitos médicos são contratados como prestadores de serviços enquanto Pessoas Jurídicas (PJ), tanto na forma cooperada, quanto empresarial. Em que pese a discussão recente sobre terceirização da chamada atividade-fim⁵, a contratação de médicos PJ é uma realidade, particularmente quando da

⁵ Discussão suscitada pelo avanço na tramitação do Projeto de Lei Federal nº 4.330/2004, que regula a terceirização de serviços.



necessidade de certas especialidades médicas⁶. Os dados no Gráfico 2 apresentam o número total de médicos em dezembro de cada ano, ou seja, todo profissional médico contratado por OSS que atua na assistência direta aos pacientes, independentemente da forma de contratação.

A evolução aponta, como esperado, tendência de ampliação de profissionais contratados nos Ambulatórios Médicos de Especialidades (AMEs), equipamentos em constante crescimento no Estado, e a manutenção do número de profissionais nos hospitais na comparação entre 2011 e 2012. Frisamos que não houve nova unidade hospitalar contratualizadas neste período e o número de médicos atuando em hospitais foi praticamente o mesmo (5800 e 5749, respectivamente). A ampliação significativa observada em 2013 no segmento “Hospitais” (mais de 1200 médicos) decorre das seis unidades hospitalares que passaram da gestão por convênios para a gestão por OSS.

A *Demografia Médica no Brasil* (SCHEFFER, 2011) traça um retrato do mercado de trabalho médico brasileiro recente. O suplemento relativo ao Estado de São Paulo (idem, 2012) traz valiosas informações sobre o perfil e a distribuição regional desses profissionais. No que tange à regionalização, há dados sobre o número de profissionais residindo em cada Departamento Regional de Saúde (DRS) do Estado (divisão territorial administrativa da SES). A Tabela 1 indica o número de médicos contratados pelas OSS em cada DRS e o número de médicos residentes em cada uma dessas regiões.

⁶ O Estado de São Paulo tem 1,27 médicos especialistas para cada médico generalista. No Brasil, a razão é de 1,23 (SCHEFFER, 2011, p. 60). Essa preponderância de especialistas sobre generalistas, no entanto, não significa que certos serviços de saúde especializados estejam sem déficit de profissionais. Estudos nos âmbitos do Estado de Minas Gerais (EPSM, 2011) e dos hospitais privados por todo o país (EPSM, 2012) comprovam essa carência de médicos especializados. Segundo os gestores privados, é difícil contratar pediatras, intensivistas, neurologistas, anesthesiologistas e neurocirurgiões (ibidem, p. 164). O preenchimento de um posto nas especialidades pediatria, neurologia e neurocirurgia demora, em média, mais de um ano (ibidem, p. 174). A taxa de vacância (razão entre postos vagos na especialidade e quantidade de vagas ofertadas na especialidade) na Região Sudeste chega a 19,27% para neurologistas e 14,72% para neurocirurgiões (ibidem, p. 175).



Tabela 1. Médicos nos DRS do Estado de São Paulo em 2011

| Departamento Regional de Saúde | Unidade de saúde sob gestão de OSS em 2011 | Total de médicos nas OSS em 2011 (a) | Total de médicos na DRS em 2011 (b)* | Taxa de médicos OSS por DRS (a/b) | Médicos por 1.000 habitantes** |
|--------------------------------|--|--------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| DRS I Grande São Paulo | 32 | 6.540 | 56.650 | 11,54% | 2,88 |
| DRS II Araçatuba | 2 | 160 | 962 | 16,63% | 1,33 |
| DRS III Araraquara | | | 1.318 | | 1,43 |
| DRS IV Baixada Santista | 3 | 169 | 3.243 | 5,21% | 1,95 |
| DRS V Barretos | 2 | 90 | 730 | 12,33% | 1,77 |
| DRS VI Bauru | 1 | 33 | 2.741 | 1,20% | 1,69 |
| DRS VII Campinas | 1 | 56 | 9.889 | 0,57% | 2,45 |
| DRS VIII Franca | 1 | 84 | 928 | 9,05% | 1,43 |
| DRS IX Marília | | | 1.798 | | 1,68 |
| DRS X Piracicaba | | | 2.251 | | 1,59 |
| DRS XI Presidente Prudente | 4 | 518 | 1.315 | 39,39% | 1,82 |
| DRS XII Registro | | | 217 | | 0,75 |
| DRS XIII Ribeirão Preto | | | 4.212 | | 3,17 |
| DRS XIV São João da Boa Vista | | | 1.139 | | 1,47 |
| DRS XV São José do Rio Preto | 5 | 328 | 3.342 | 9,81% | 2,27 |
| DRS XVI Sorocaba | 2 | 76 | 3.291 | 2,31% | 1,47 |
| DRS XVII Taubaté | 3 | 128 | 4.348 | 2,94% | 1,93 |
| Total | 56 | 8.182 | 98.374 | 8,32% | 2,30 |

* Dados sobre médicos foram retirados do banco Cremesp de outubro de 2011.

** Indicador elaborado pelo CREMESP/CFM, 2012.

FONTE: Sistema Gestão em Saúde e CREMESP/CFM, 2012.

Podemos constatar que em certos DRS as OSS representam empregador relevante da força de trabalho médica na região. Em Araçatuba, Barretos e Grande São Paulo, mais de 10% dos médicos são contratados por OSS. Chama atenção o caso de Presidente Prudente, em que praticamente 40% dos médicos da região trabalham em OSS. Evidentemente, o médico pode residir em uma região e trabalhar em outra, contudo, para fins desta análise preliminar, descartamos essa possibilidade.

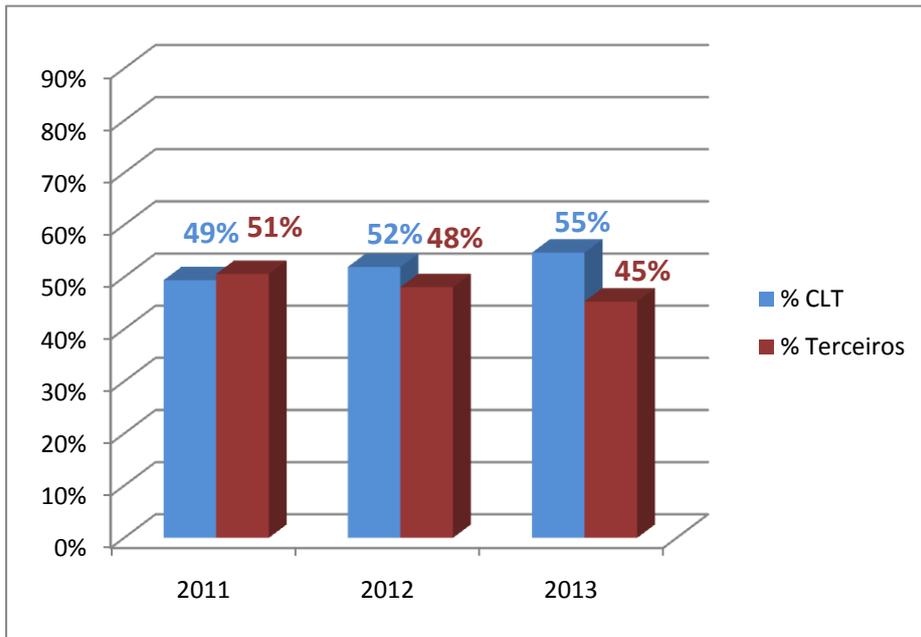
Ainda que consideremos por “médico nas OSS” o vínculo de trabalho de cada médico com uma unidade (o que pode incorrer em dupla contagem de médico, haja vista que um médico possa trabalhar em mais de um equipamento de saúde), a comparação é válida para notarmos a relevância que as OSS têm no mercado de trabalho da saúde⁷. Mais que gestores privados de equipamentos públicos, hoje o conjunto de OSS participa significativamente deste “mercado” no Estado de São Paulo (8,3% dos médicos), ainda que se trate de uma oferta de serviços públicos de saúde (cabe lembrar que o atendimento nos equipamentos de saúde estaduais administrados dessa forma é “100% SUS”).

⁷ Por exemplo, a Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina – SPDM, OSS que atualmente gerencia 11 unidades do Estado de São Paulo e tem contratos em outros estados e municípios (além de serviços próprios de assistência à saúde), era, segundo a Revista Exame Melhores & Maiores 2012, o 16º empregador do Brasil, com mais de 34 mil funcionários em 2011.



Estes médicos, como afirmado anteriormente, são contratados pelas OSS por meio de vínculos diversos. A seguir, demonstramos como o custo deste contingente médico divide-se entre as contratações CLT (que inclui ainda Residentes, Estagiários, Bolsistas e Profissionais Autônomos) e PJ⁸.

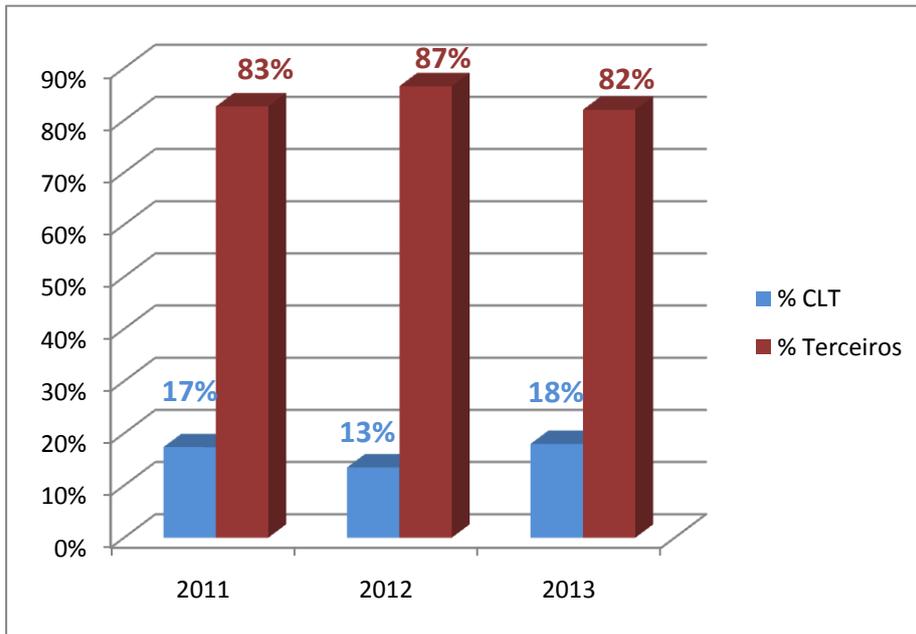
Gráfico 3. Proporção entre vínculos de trabalho no custo de médicos em hospitais OSS 2011-2013



⁸ O único dado disponível para avaliarmos as contratações é o de custo da mão-de-obra médica, adquirido pelo sistema de gerenciamento de custos por absorção plena desenvolvido pela CGCSS/SES para as unidades contratualizadas. Dessa forma, os gráficos comparam valores monetários equivalentes ao trabalho médico consumido na operação das unidades. Nada se pode afirmar sobre o perfil das contratações (quantidade de médicos, especialidades, etc.), sobretudo pela demonstração agregada de todas as unidades como a disposta nos gráficos 3 e 4.



Gráfico 4. Proporção entre vínculos de trabalho no custo de médicos em ambulatórios OSS 2011-2013



Os dados permitem afirmar que o comportamento entre hospitais e ambulatórios de especialidades no que se refere ao custo da mão-de-obra médica é bastante distinto. Enquanto nos hospitais o custo total divide-se em parcelas semelhantes de médicos celetistas e prestadores de serviços (com possível tendência de crescimento do vínculo CLT), nos AMEs o custo do médico é concentrado em contratos com terceiros. Uma explicação possível para essa variedade é a disposição geográfica dos ambulatórios: enquanto grande parte dos hospitais localiza-se na Grande São Paulo (74%), os AMEs são equipamentos distribuídos regionalmente (67% no interior). Como pode ser constatado por meio da Tabela 1, em algumas regiões a quantidade de médicos por mil habitantes é bem baixa, e a de especialistas, supomos, muito menor. Os AMEs são equipamentos de atenção especializada, e a fixação dos quadros necessários a este atendimento requer soluções. Possivelmente a contratação por hora de profissionais terceiros foi uma solução encontrada por significar menores custos de contratação e possibilidade de maior remuneração aos profissionais – em que pesem as diferenças relacionadas a direitos trabalhistas no âmbito da CLT e formas de fixação menos estáveis dos profissionais.



Na teoria da administração, um indicador clássico que mensura a saúde organizacional é a rotatividade de pessoal (*turnover*). “A rotatividade refere-se ao fluxo de entradas e saídas de pessoas em uma organização, ou seja, às entradas de pessoas para compensar as saídas de pessoas das organizações” (CHIAVENATO, 1999, p. 69). Uma organização cujo quadro de pessoal tem grandes oscilações gasta mais (crescimento dos custos de admissão, treinamento e demissão) e perde, por vezes, conhecimento organizacional com tais saídas. A Tabela 2 apresenta este indicador⁹ em uma amostra de nove hospitais administrados por OSS (amostra definida pelos autores de forma a contemplar as variedades regional e de gestor responsável). A autonomia de cada OSS para gerir seus recursos e a região em que a unidade está inserida remetem a comportamentos diferentes nesta taxa. Feitas essas ressalvas e apenas para fins de referência, a média mensal de rotatividade dos hospitais privados nacionais em 2012 foi de 2,3% (ANAHP, 2013, p. 45).

Tabela 2. Índice de rotatividade de pessoal em hospitais

| Hospital | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | MÉDIA | MEDIANA |
|-----------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|---------|
| CARAPICUÍBA | 2,26% | 2,63% | 1,81% | 2,37% | 2,23% | 2,63% | 2,32% | 2,32% |
| DIADEMA | 2,51% | 1,91% | 1,90% | 1,98% | 1,84% | 1,99% | 2,02% | 1,95% |
| GRAJAÚ | 2,14% | 1,92% | 2,01% | 1,82% | 1,43% | 1,74% | 1,84% | 1,87% |
| GUARULHOS | 1,45% | 1,61% | 1,50% | 1,64% | 1,71% | 1,86% | 1,63% | 1,63% |
| ICESP | | 5,84% | 2,47% | 2,19% | 2,14% | 2,04% | 2,21% | 2,17% |
| ITAIM PAULISTA | 1,58% | 1,53% | 1,57% | 1,19% | 1,31% | 1,49% | 1,45% | 1,51% |
| PORTO PRIMAVERA | 1,59% | 1,90% | 0,78% | 1,09% | 1,59% | 1,64% | 1,43% | 1,59% |
| SANTO ANDRÉ | 2,57% | 2,04% | 4,25% | 4,47% | 2,04% | 1,81% | 2,86% | 2,31% |
| VILA ALPINA | 2,84% | 3,04% | 2,76% | 3,76% | 3,06% | 4,22% | 3,28% | 3,05% |

Pode-se verificar que há grande variedade na rotatividade de pessoal entre esses hospitais. Uma comparação entre unidades não cabe devido aos fatores de porte, localização e perfil dos serviços contratados em cada hospital, porém faz-se útil um acompanhamento temporal do comportamento desse indicador por unidade.

⁹ Chegamos aos valores anuais desta tabela por meio da média simples do índice de rotatividade mensal de cada equipamento: $\text{Índice de rotatividade mensal} = \frac{\sum \text{Admissões} + \sum \text{Demissões}}{2 \cdot \text{Total de funcionários no mês anterior}}$. Ressaltamos que a alta rotatividade no Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (Icesp) em 2009 refere-se ao primeiro ano de funcionamento do equipamento; logo, sua equipe estava em vias de composição. Portanto, o dado de *turnover* em 2009 para este equipamento é pouco significativo e foi expurgado do cálculo da média e da mediana.



À primeira vista, as OSS, na condição de administradoras da unidade de saúde, deveriam ser as únicas a se preocuparem com mudanças nesse quadro. Entretanto, o acompanhamento desse indicador por parte do Estado (especialmente se combinado ao monitoramento de outras variáveis, como o custo dos serviços e a eficácia dos resultados contratados) pode servir de alerta para os casos em que uma OSS utiliza de maneira ineficiente os recursos públicos repassados ou para um problema maior relacionado à estrutura do mercado de trabalho da saúde em certa região.

3 DIFERENTES ABORDAGENS SOBRE QUESTÕES TRABALHISTAS NO MODELO DE OS

Feito este panorama geral quantitativo, nesta seção abordaremos de maneira sucinta determinadas questões de gerenciamento dos contratos de gestão com Organizações Sociais no que tange à gestão da força de trabalho.

Primeiramente, tratemos da questão da sucessão trabalhista. Se teoricamente é possível imaginar a manutenção indefinida de um equipamento sob gestão de uma mesma OS, na realidade é comum a troca de gestores por distintas razões (decisões político-administrativas por parte da OS ou do Poder Público, encerramento das atividades da OS, baixo desempenho da OS, entre outros). A ocorrência de situações desse tipo enseja a questão dos trabalhadores vinculados ao objeto de contrato (hospital, ambulatório ou equipamento público de qualquer outro tipo): sendo funcionários de uma determinada OS, como deverão ser absorvidos pela nova entidade gestora? Ou ainda: o quadro de funcionários anterior deveria ser absorvido pelo novo administrador do equipamento?

Com efeito, a CLT, em seus artigos 10 e 448, prevê a sucessão de empregadores sem quaisquer ônus aos contratos de trabalho vigentes desde que cumpridos dois requisitos: a transferência do “negócio” de um titular a outro e a continuidade da prestação de serviços pelos funcionários (SARAIVA, 2009, pp. 144-145). Tendo em vista a manutenção das atividades previstas, por exemplo, para um hospital ao longo do tempo, vê-se que, do ponto de vista formal, não há maiores dificuldades para a sucessão de empregadores.



Resta, porém, a questão dos passivos trabalhistas. As fontes consultadas (Ibidem; RESENDE, 2011) apontam para a responsabilidade do sucessor para com o passivo trabalhista herdado da sucedida, com as seguintes exceções: desde que haja acordo prévio entre as partes, mediante contrato, que estabeleça a não responsabilidade da sucessora nos passivos prévios à sucessão (denominada “cláusula de não responsabilização”, segundo Saraiva (2009)); em casos de intenções dolosas da sucedida (quando a sucessão teve o intuito apenas de lesar direitos trabalhistas, por exemplo); ou quando da incapacidade financeira da sucessora para a quitação de compromissos prévios. Nesses dois últimos casos, a sucedida pode vir a integrar subsidiariamente o polo passivo de eventuais reclamações trabalhistas.

Ocorre que, em se tratando de contratos de gestão, os recursos despendidos para a quitação de eventuais passivos trabalhistas são oriundos essencialmente do orçamento repassado pelo órgão público para custeio das atividades do equipamento – ou seja, recursos do Tesouro. A equação, assim, torna-se mais complexa e foge do campo estritamente jurídico. Em situações como essa, como lidar com a “troca de guarda” no equipamento público?

No Estado de São Paulo, a mudança de OS gestoras é acompanhada, via de regra, pela sucessão trabalhista. Os eventuais passivos, assim, são assumidos pelas novas entidades gestoras no âmbito de um novo contrato. Há experiências distintas em outros entes federativos. No Estado da Bahia, por exemplo, à “troca” de gestores segue-se a demissão coletiva de todos os funcionários então vinculados ao equipamento e contratação de novos trabalhadores¹⁰.

Em ambos os casos, não há qualquer óbice legal. Trata-se sobretudo de escolha gerencial do Estado e da OS sucessora, ainda que com implicações importantes para o custeio das atividades. Resta claro que a opção pela demissão coletiva traz um dispêndio financeiro imediato (para além do impacto emocional para o corpo de funcionários, somadas às dificuldades inerentes a uma transição

¹⁰ As informações referentes à Bahia foram transmitidas aos autores por gestores públicos de órgãos do governo daquele Estado em ocasião de visita técnica ocorrida em outubro de 2012. Nesta oportunidade, os autores agradecem mais uma vez a prestatividade dos servidores baianos, sobretudo da Coordenadoria de Programas e Parcerias de Gestão (CPPG) da Secretaria de Administração do Estado da Bahia (SAEB).



gerencial de tal envergadura), que deverá ser previsto em contrato – e, portanto, onerará adicionalmente o Estado. Por outro lado, tal opção tende a “zerar” o estoque de passivos trabalhistas de determinado equipamento, legando à sucessora e ao próprio Estado situação mais confortável, em termos financeiros, para a gestão de pessoal do equipamento no curto prazo.

Como forma de lidar com esse impacto financeiro, muitos entes federativos estipulam um fundo de contingência para eventuais despesas trabalhistas. Novamente, no Estado da Bahia os contratos de gestão preveem a reserva de 10% dos recursos repassados apenas para este fim. Em São Paulo, não há tal reserva de recursos no âmbito do contrato com esta finalidade, de forma que a gestão de eventuais passivos trabalhistas é específica para cada situação.

Se a reserva de recursos do contrato de gestão para eventuais despesas trabalhistas dá maior segurança financeira ao Estado e à OS parceira, por outro lado “imobiliza” soma considerável de recursos que poderiam ser aplicados diretamente no serviço público. Além disso, pode criar eventual desincentivo à gestão diligente dos recursos humanos por parte da OS parceira, dado o aporte garantido de recursos para passivos trabalhistas. De acordo com cálculos efetuados pela Secretaria de Gestão Pública, a constituição de tal fundo (10% por contrato) pelo Estado de São Paulo nos contratos de gestão vigentes em 2012 somaria recursos da ordem de R\$ 280 milhões (SGP, 2012) – valor de custeio de três grandes hospitais na Grande São Paulo em 2012 (Pedreira, Itaim Paulista e Carapicuíba). Percebe-se, assim, que a mitigação de riscos¹¹ pode ser encarada sob diferentes estratégias gerenciais por parte do Poder Público.

Outro elemento de custo considerável quando se refere às OS (neste caso, especificamente na área da saúde) são os encargos trabalhistas. De acordo com a Lei Federal nº 12.101/2009, as pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos e que prestem serviços na área da saúde poderão ser certificadas como entidades beneficentes de assistência social. Com este certificado (CEBAS), concedido e/ou renovado pelo Ministério da Saúde¹², as entidades fazem jus à

¹¹ Para uma definição básica do conceito, ver IBGC (2007; pp. 11-12)

¹² De acordo com a mesma lei (art. 21), as entidades voltadas à educação e à assistência social serão certificadas pelos respectivos ministérios (a saber, Ministério da Educação e Ministério do Desenvolvimento Social). Sobre a certificação na área da saúde, ver os artigos 3º a 11 da referida lei.



isenção das contribuições à seguridade social definidas pela Lei Federal nº 8.212/1991. Assim, tornam-se isentas de pagamento da cota patronal à Previdência Social (20% da folha salarial) e de outros tributos, tais como Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins), Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL) e Programa de Integração Social (PIS).

Como se vê, a quantidade de isenções previstas tem um impacto financeiro significativo. Um exemplo hipotético ilustra essa situação. Uma OSS gerencia um hospital público por meio de contrato de gestão no valor de R\$ 100 milhões anuais. Sua folha salarial corresponde a algo em torno de 70% de seu orçamento, ou seja, R\$ 70 milhões anuais. Sua cota patronal seria, assim, de R\$ 14 milhões ao ano. Logo, percebe-se que a certificação permitiria, em sete anos, uma economia de recursos (apenas em contribuições patronais) da ordem de R\$ 98 milhões¹³ – em outras palavras, praticamente um ano adicional de financiamento deste equipamento de saúde.

Atualmente, das 33 entidades qualificadas como Organizações Sociais de Saúde paulistas, 31 são certificadas¹⁴. Seria oportuna, tendo em vista o volume expressivo de recursos envolvidos, a exigência de certificação para assinatura dos contratos de gestão na área da saúde? Antes com o fim de suscitar o debate do que responder de forma tempestiva à questão, vale aqui a referência a um tema que tangencia o debate exposto neste artigo. No momento, as Parcerias Público-Privadas têm sido apontadas como solução importante para investimentos públicos. Na área da saúde, já há algumas experiências de funcionamento de equipamentos por essa modalidade de gestão (tais como o Hospital do Subúrbio na Bahia, já em funcionamento, e o projeto para a construção de três complexos hospitalares no

¹³ É certo que esta conta é de extrema simplificação. Não leva em conta, por um lado, o caráter “giratório” das contribuições sociais (despesas em termos de contribuições patronais podem tornar-se receitas em termos do Orçamento da Seguridade Social); por outro, não se aprofunda no debate sobre as relações entre público e privado na saúde, tema no qual as entidades filantrópicas (e, conseqüentemente, as OS) estão essencialmente envolvidas. Ver os diferentes trabalhos apresentados em SANTOS e AMARANTE (2010).

¹⁴ Fontes: Ministério da Saúde (disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/CEBAS_Publ_24_09_2013.pdf; acesso em 25 de setembro de 2013), Portal da Transparência do Estado de São Paulo (<http://www.portaldatransparencia.saude.sp.gov.br/>; acesso em 25 de setembro de 2013) e CGCSS/SES (informação repassada aos autores pelos gestores públicos do órgão).



Estado de São Paulo, cujo edital foi recentemente lançado). Nesses casos, há elemento lucrativo envolvido na parceria com o setor privado e, portanto, as contribuições trabalhistas deste serão custos inerentes da prestação dos serviços – devem ser incluídos, assim, nas projeções financeiras estimadas pelo Poder Público.

4. OUTROS ASPECTOS RELEVANTES

A implementação de novas modalidades organizacionais para a prestação de serviços que não a Administração Direta encerra ainda questões significativas no que se refere à gestão de pessoal. Com efeito, tais questões não se circunscrevem apenas ao âmbito das OS, mas sim aos diferentes tipos de arranjos organizacionais de execução de políticas públicas hoje vigentes (tais como Parcerias Público-Privadas, Fundações Estatais, OSCIP e até mesmo entidades da Administração Indireta, como Autarquias e Empresas Públicas). Esta multiplicidade de arranjos reflete-se em modalidades distintas de formas de contratação de pessoal (estatutários, celetistas “privados”, celetistas “autárquicos”, entre outros), com características diversas em uma série de aspectos.

Um deles refere-se à remuneração. Sendo empregadoras privadas (ainda que sem fins lucrativos) e com contratos de trabalho regulamentados pela CLT, as OS estão sujeitas a convenções, acordos coletivos e datas-bases de reajustes salariais para as categorias de profissionais integrantes de seus quadros de pessoal (SARAIVA, 2009, pp. 384-394). Como apontamos na segunda seção deste artigo, o número de funcionários contratados por OSS cresce expressivamente a cada ano. Portanto, é mister a previsão pelo Estado de recurso para esses ajustes futuros nos contratos de trabalho com funcionários – dispêndio “extra” decorrente da escolha pelo modelo privado de administração de pessoas –, sob pena de descontinuidade de serviços ou corte de outros itens de despesa. Na Administração Direta, todavia, o fluxo de reajustes salariais de servidores públicos responde à lógica distinta, cuja periodicidade depende de negociações *ad hoc* ou direitos trabalhistas distintos¹⁵.

¹⁵ No Caso do Estado de São Paulo, por exemplo, o Estatuto dos Servidores Públicos Civis (Lei nº 10.261/1968) prevê dentre os direitos e vantagens pecuniárias dos funcionários o adicional por tempo de serviço, conhecido como quinquênio (arts. 127 e 128), e o acúmulo da sexta-parte dos vencimentos após vinte anos de efetivo exercício (art. 130).



Para além do componente financeiro, a diversidade de modelos de gestão possui consequências significativas no campo gerencial. Se, por um lado, possibilita à Administração Pública a oportunidade de contar com formas distintas de execução de políticas públicas – adaptáveis a contextos específicos –, por outro, traz desafios significativos em termos regulatórios para o gestor público (que lidará com distintas realidades administrativas para a prestação do mesmo serviço)¹⁶.

Ademais, há ainda a questão da continuidade da prestação dos serviços públicos. Se, por determinada razão (política, administrativa ou financeira), o Poder Público pretender executar diretamente serviços outrora gerenciados por OS, a transição de modelo de gestão não poderá prescindir de análise acurada dos cenários e questões expostos anteriormente – a saber, a estrutura do mercado de trabalho e as diferentes normas que regulam a contratação de pessoas no serviço público. Esta hipótese do “retorno” da administração de uma unidade gerida por parceiro OS ao Estado permanece no horizonte da Administração Pública, haja vista a tramitação, no Supremo Tribunal Federal, de Ação Direta de Inconstitucionalidade contra a instituição de Organizações Sociais desde 1998¹⁷. Ainda que os últimos debates na Suprema Corte sugiram julgamento pela legalidade do modelo, a apreciação não conclusa da matéria se traduz em insegurança jurídica e necessidade de atenção, por parte do Estado, para eventuais consequências de possível decisão contrária à legislação vigente.

¹⁶ Há também a questão da presença, no mesmo equipamento público, de servidores públicos estatutários vinculados à Administração Pública e celetistas contratados pela OSS gestora – situação prevista pela Lei Complementar nº 846/1998 (art. 16). Por ser residual no Estado de São Paulo (de acordo com informações da CGCSS/SES, tal situação ocorre apenas no âmbito de um contrato de gestão e, ainda assim, o quadro estatutário é relativamente muito menor que o quadro contratado pela OSS), não abordaremos esta situação neste artigo – a despeito da inequívoca relevância do tema. Outro ponto que não trataremos é a obrigação de limitar o gasto de pessoal a até 70% do orçamento, regra cujo espírito remonta à Lei de Responsabilidade Fiscal. Tal imposição, geral e homogênea para contratualizações dos serviços mais distintos, pode ter consequências pouco racionais, mas por questão de espaço não nos aprofundaremos neste tema.

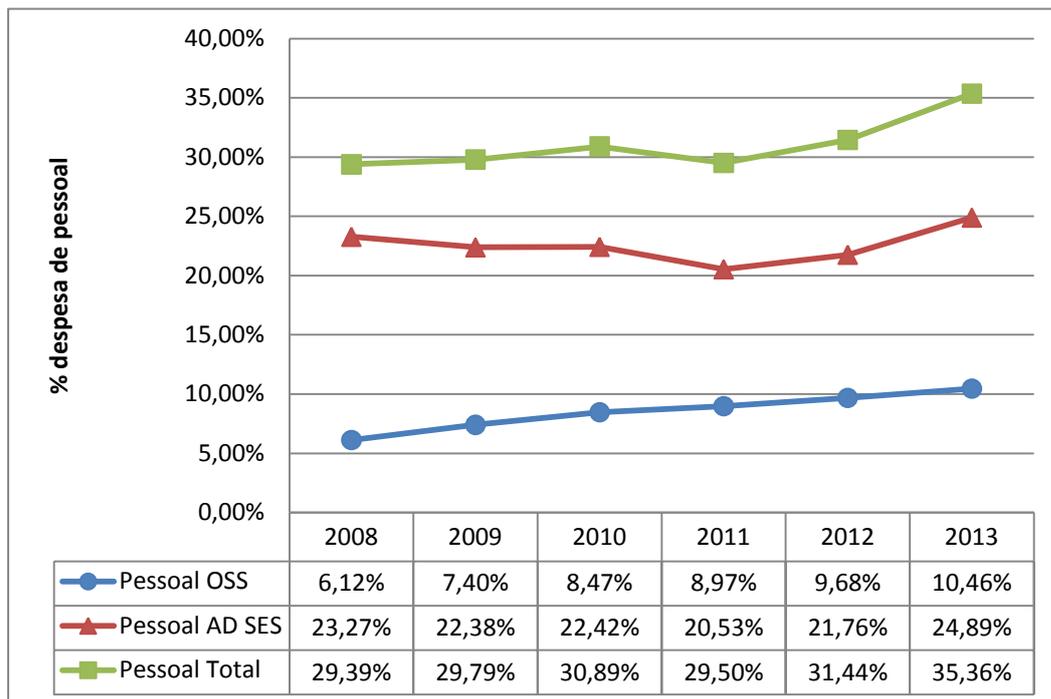
¹⁷ Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 1923, de 1998.



5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cabe, por fim, um último exercício para elucidar a importância de se atentar para novas questões no modelo de OSS – no caso, a dimensão “pessoal”. No gráfico abaixo, apresentamos as despesas de pessoal em relação ao orçamento realizado da Secretaria Estadual de Saúde em cada exercício.

Gráfico 5. Porcentagem de despesa com pessoal no orçamento da SES 2008-2013



Nota-se que, paulatinamente a despesa com pessoal nas OSS ganha peso no orçamento geral da SES – entendemos aqui “pessoal” como o conjunto de profissionais que atua no serviço público, independentemente do modelo de gestão, ou seja, funcionários da Administração Direta da Pasta¹⁸ e funcionários contratados por OSS para as unidades públicas de saúde contratualizadas. Apesar de estarmos diante de dados meramente orçamentários, podemos sugerir – enquanto hipótese – que há uma tendência de o serviço estadual de saúde ser, cada vez mais,

¹⁸ Ressaltamos que estes funcionários são todo o quadro da SES, incluindo aqueles que não trabalham diretamente com assistência à saúde (servidores das áreas administrativas, de regulação em saúde, de vigilância à saúde, do gabinete da SES, etc.).



executado por funcionários não contratados diretamente pelo Estado. O crescimento abrupto da despesa com pessoal na Administração Direta em 2013 pode ser entendido pelo impacto das mudanças decorrentes de leis promulgadas neste ano que afetam diretamente os trabalhadores da SES – particularmente os médicos, cuja carreira foi reorganizada recentemente pela Lei Complementar nº 1.193, de 02 de janeiro de 2013.

Neste contexto, procuramos abordar alguns elementos referentes ao modelo de gestão por Organizações Sociais comumente negligenciados na literatura. Com efeito, grande parte das referências bibliográficas relativas ao tema analisa aspectos conceituais do modelo e, sobretudo, com foco nos instrumentos de pactuação entre Estado e OS: o contrato de gestão. As análises de experiências com a implementação do modelo estão centradas ora nos resultados alcançados vis-à-vis as metas pactuadas (podemos falar em uma “endoavaliação”, isto é, avalia-se o modelo como bem-sucedido utilizando um critério de eficácia cujas regras foram estipuladas pelo próprio modelo), ora nas características “formal-jurídicas” dos contratos de gestão e dos marcos regulatórios do modelo, ora na tentativa de comprovar que unidades de saúde gerenciadas por OS são mais eficientes e eficazes do que unidades administradas diretamente pelo Estado¹⁹. Ainda não é expressivo o volume de produções acadêmicas ou de avaliações de política pública centradas nas experiências dos gestores (públicos ou privados); nos dilemas não previstos decorrentes do histórico da vigência do modelo de OS; na interação entre este modelo e o ambiente que o cerca; nas implicações de sua implementação para as políticas públicas nas respectivas áreas temáticas (saúde, cultura, entre outros²⁰); na comparação entre unidades similares administradas por OSS com características distintas (é mister recordar que as entidades qualificadas como OSS não são iguais);

¹⁹ Conforme mencionado na Introdução, muitas análises sobre o modelo são carregadas de forte caráter normativo, seja em tom elogioso ou depreciativo. É conhecida a alta voltagem ideológica dos debates políticos acerca das Organizações Sociais – debate este saudável, natural e bem-vindo em um ambiente democrático. Não se trata, portanto, de buscar a superação de tais controvérsias, mas, contrariamente, trazer novos elementos para discussão e crítica para além das dicotomias simplistas usualmente propostas.

²⁰ Com referência à área da saúde, há gama considerável de trabalhos sobre as complexas relações entre o setor público e as distintas formas de prestação privada de serviços (complementar ou suplementar, lucrativa ou filantrópica, entre outros). Ver a coletânea de SANTOS e AMARANTE (2010) supracitada.



e na interação complexa entre Estado e mercados, na qual as OS possuem papel significativo enquanto sujeitos e objetos²¹.

Sendo antes uma abordagem preliminar do que uma pesquisa abrangente, foge ao escopo deste trabalho analisar as razões teóricas e epistemológicas dessa constatação. Nesse sentido, buscamos tão somente apresentar dados inéditos, apontar para elementos preliminares de avaliação e discutir questões trazidas pela experiência histórica – mais como sugestões e hipóteses para futuros roteiros de pesquisa, acadêmica ou governamental.

É essencial, assim, aprofundar-se na fundamentação teórica sobre os temas abordados, com o intuito de tornar o tratamento dos mesmos mais robusto e comparável, bem como servir de informação qualificada para o Poder Público decidir melhor sobre os instrumentos de gestão ao seu alcance. Mais uma vez, resta o desafio de superar a visão conceitual do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (BRASIL, 1995; idem, 1997) – estabelecida na tríade Estado / Contrato de Gestão / Organização Social – para construir novos olhares sobre o modelo de OS. Quinze anos após seu surgimento, é natural uma atualização de agenda que permita incorporar questões não previstas anteriormente.

Se enxergada sob o prisma dos marcos conceituais clássicos, concluir-se-á que a ideia de analisar o tema de gestão de pessoas nas OS do ponto de vista do Estado é inconcebível, tendo em vista ser essa responsabilidade única e exclusiva do parceiro privado. Os dados e os pontos discutidos neste artigo ensejam perspectiva que vai de encontro a afirmações desta natureza.

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 consequências do modelo paulista 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.

²¹ Alguns trabalhos importantes que compõem a bibliografia sobre Organizações Sociais em São Paulo – e parte de nossas críticas – são Ibañez et al. (2001), Ferreira Junior (2003), Sano (2003), Gomes (2005), World Bank (2006), La Forgia et al. (2008), Sano e Abrucio (2008), TCE-SP (2011), Costin (2005), Ferraz (2008), Fiore et al. (2011).



REFERÊNCIAS

- ALCOFORADO, Flávio. “Contratualização e eficiência no setor público: as organizações sociais”. In: **Anais do X Congresso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública**. Santiago: 2005.
- ANAHP. **Observatório ANAHP**. Edição 5/2013. São Paulo: ANAHP, 2013. Disponível em: <<http://www.anahp.com.br/produtos/revista-observat%C3%B3rio/observat%C3%B3rio-anahp-2013>>.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA ADMINISTRAÇÃO FEDERAL E REFORMA DO ESTADO. SECRETARIA DA REFORMA DO ESTADO. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília: MARE, 1995.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA ADMINISTRAÇÃO FEDERAL E REFORMA DO ESTADO. SECRETARIA DA REFORMA DO ESTADO. **Organizações Sociais. Cadernos MARE da Reforma do Estado, v. 2**. Brasília: MARE, 1997.
- CHIAVENATO, Idalberto. **Gestão de Pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações**. Rio de Janeiro: Campus, 1999.
- COSTIN, Claudia. “Organizações sociais como modelo para gestão de museus, orquestras e outras iniciativas culturais”. In: **Revista Administração em Diálogo, 7 (1)**: 107-17. São Paulo: 2005.
- EPSM - ESTAÇÃO DE PESQUISA DE SINAIS DE MERCADO, OBSERVATÓRIO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE DO NESCON/UFMG. **Monitoramento da Demanda por Especialidades e Residências Médicas no Brasil**. Relatório Final de Atividades. Belo Horizonte: 2012.
- EPSM - ESTAÇÃO DE PESQUISA DE SINAIS DE MERCADO, OBSERVATÓRIO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE DO NESCON/UFMG. **Diagnóstico e Dimensionamento da Demanda por Especialidades e Residências Médicas em Minas Gerais**. Relatório Final. 2011.
- EXAME. **MELHORES & MAIORES 2012**. São Paulo: Editora Abril, julho de 2012.
- FERRAZ, Ivan Roberto. **Indicadores de desempenho das Organizações Sociais de Cultura do Estado de São Paulo**. Dissertação de Mestrado. São Paulo: PUC/SP, 2008.
- FERREIRA JUNIOR, Walter Cintra. “Gerenciamento de hospitais estaduais paulistas por meio das organizações sociais de saúde”. In: **Revista de Administração Pública (RAP), 37 (2)**: 243-64. Rio de Janeiro: 2003.



FIORE, Danilo Cesar; PORTA, Rogério Haucke; DUARTE, Tiago Silva Birkholz. "Organizações Sociais de Cultura em São Paulo – Desafios e Perspectivas". In: **Anais do IV Congresso Consad de Gestão Pública**. Brasília: 2011.

GOMES, Márcio Cidade. "Organizações Sociais: A experiência da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo". In: Evelyn LEVY, E.; DRAGO, P. A. (orgs). **Gestão Pública no Brasil Contemporâneo**. São Paulo: Edições FUNDAP, 2005.

IBAÑEZ, Nelson et al. "Organizações sociais de saúde: o modelo do Estado de São Paulo". In: **Ciência & Saúde Coletiva**, 6 (2): 391-404. Rio de Janeiro: 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GOVERNANÇA CORPORATIVA. **Guia de Orientação para Gerenciamento de Riscos Corporativos**. São Paulo: IBGC, 2007.

LA FORGIA, Gerard M.; COUTTOLENC, Bernard F. **Hospital Performance in Brazil: The Search for Excellence**. World Bank, 2008. Disponível em: <<https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/6516/448330PUB0B0x3101official0use0only1.pdf?sequence=1>>.

PACHECO, Regina. "Contratualização de resultados no setor público: a experiência brasileira e o debate internacional". In: **Anais do IX Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública**. Madrid: 2004.

PACHECO, Regina. "Brasil: avanços da contratualização de resultados no setor público". In: **Anais do XI Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública**. Ciudad de Guatemala: 2006.

RESENDE, Ricardo. **Direito do Trabalho Esquematizado**. São Paulo: Método, 2011.

SANO, Hironobu. **Nova Gestão Pública e accountability: o caso das organizações sociais paulistas**. Dissertação de Mestrado. São Paulo: FGV/EAESP, 2003.

SANO, Hironobu; ABRUCIO, Fernando Luiz. "Promessas e Resultados da Nova Gestão Pública no Brasil: O Caso das Organizações Sociais de Saúde em São Paulo". In: **Revista de Administração de Empresas (RAE)**, 48 (3): 64-80. São Paulo: 2008.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (org). **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2010.

SARAIVA, Renato. **Direito do Trabalho**. São Paulo: Método, 2009.



SCHEFFER, Mário. (coord.) **Demografia Médica no Brasil. Volume I: dados gerais e descrições de desigualdades**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e Conselho Federal de Medicina, 2011.

SCHEFFER, Mário. (coord.) **Demografia Médica no Estado de São Paulo**. Suplemento da Demografia Médica no Brasil (2011). São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e Conselho Federal de Medicina, 2012.

SECRETARIA DE GESTÃO PÚBLICA (SGP). **Relatório de Visita Técnica ao Estado da Bahia – Outubro de 2012**. São Paulo: mimeo, 2012.

SILVA, Marcelo Kunrath. “Sociedade civil e construção democrática: do maniqueísmo essencialista à abordagem relacional”. In: **Sociologias, 8 (16)**: 156-79. Porto Alegre: 2006.

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO (TCE-SP). **Comparação de hospitais estaduais paulistas: Estudo comparativo entre gerenciamento da administração direta e das organizações sociais da saúde**. 2011. Disponível em: <http://www4.tce.sp.gov.br/sites/default/files/2011-10-03-Comparacao_de_hospitais_estaduais_paulistas-estudo_compara.pdf>.

WORLD BANK. **Enhancing Performance in Brazil’s Health Sector. Lessons From Innovations in the State of São Paulo and the City of Curitiba**. 2006. Disponível em: <http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2006/12/28/000020953_20061228102321/Rendered/PDF/356910BR.pdf>.

Legislação

BRASIL. Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991.

BRASIL. Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009.

BRASIL. CÂMARA DOS DEPUTADOS. Projeto de Lei nº 4.330, de 2004.

BRASIL. SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 1923, de 1998.

SÃO PAULO (Estado). Lei nº 10.261, de 28 de outubro de 1968.

SÃO PAULO (Estado). Lei Complementar nº 846, de 04 de junho de 1998.

SÃO PAULO (Estado). Lei Complementar nº 1.193, de 02 de janeiro de 2013



AUTORIA

Danilo Cesar Fiore – Bacharel em Relações Internacionais e integrante da carreira de Especialista em Políticas Públicas na Secretaria de Gestão Pública do Estado de São Paulo. Atua, desde 2010, em projetos de melhoria do gerenciamento do modelo de Organizações Sociais no Estado de São Paulo.

Endereço eletrônico: dcfiore@sp.gov.br

Tiago Silva Birkholz Duarte – Bacharel em Ciências Sociais e integrante da carreira de Especialista em Políticas Públicas na Secretaria de Gestão Pública do Estado de São Paulo. Atua, desde 2010, em projetos de melhoria do gerenciamento do modelo de Organizações Sociais no Estado de São Paulo.

Endereço eletrônico: tduarte@sp.gov.br

