

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA**

VANESSA GABRIELLE DINIZ SANTANA

**OS DIFERENTES MODELOS DE GESTÃO PÚBLICA DA SECRETARIA
ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO E AS IMPLICAÇÕES NA GESTÃO
DO TRABALHO EM SAÚDE**

**RECIFE
2015**

VANESSA GABRIELLE DINIZ SANTANA

**OS DIFERENTES MODELOS DE GESTÃO PÚBLICA DA SECRETARIA
ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO
E AS IMPLICAÇÕES NA GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.

Orientador: **Dr. Pedro Miguel dos Santos Neto**

RECIFE

2015

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

S231d Santana, Vanessa Gabrielle Diniz.

Os diferentes modelos de gestão pública da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco e as implicações na gestão do trabalho em saúde/ Vanessa Gabrielle Diniz Santana. — Recife: [s. n.], 2015.

157 p.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientador: Pedro Miguel dos Santos Neto.

1. Gestão em Saúde. 2. Recursos Humanos em Saúde. 3. Organização Social. 4. Administração de Recursos Humanos em Saúde. I. Santos Neto, Pedro Miguel dos. II. Título.

CDU 658:61

VANESSA GABRIELLE DINIZ SANTANA

**OS DIFERENTES MODELOS DE GESTÃO PÚBLICA DA SECRETARIA
ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO
E AS IMPLICAÇÕES NA GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.

Aprovada em: 03/02/2015

BANCA EXAMINADORA

Dr. Pedro Miguel dos Santos Neto
CPqAM/FIOCRUZ

Dr. Antonio da Cruz Gouveia Mendes
CPqAM/FIOCRUZ

Dr. Petrônio José de Lima Martelli
Departamento de Medicina Social/ UFPE

A Jairo, Yasmin, Estanislau e Emília

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por todas as bênçãos derramadas nesta caminhada.

Muito obrigada a toda a minha família pelo apoio incondicional e principalmente aos meus pais Emília e Estanislau por acreditarem que sempre posso ir mais longe.

Agradeço de todo o meu coração ao meu esposo Jairo por todo o amor e paciência.

Um agradecimento especial ao meu orientador Pedro por acreditar e confiar no meu trabalho, além de estar sempre disponível nos momentos em que precisei.

Tenho muito a agradecer aos professores Toinho e Petrônio por mais uma vez participarem do meu aprendizado e conquista acadêmica.

Aos meus colegas do Mestrado por todos os momentos, risadas, entusiasmo e companheirismo.

Agradeço as minhas chefias da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco Rita Tenório e Cinthia Kaline por todo o incentivo e apoio nos momentos em que mais precisei.

Agradeço a minha equipe da Secretaria Estadual de Saúde por me incentivar e dar apoio durante essa longa jornada do Mestrado Profissional.

SANTANA, Vanessa Gabrielle Diniz. **Os diferentes modelos de gestão pública da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco e as implicações na gestão do trabalho em saúde**. 2015. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2015.

RESUMO

Trata-se de um estudo de caso único com enfoque incorporado de base qualitativa e quantitativa, exploratório e retrospectivo, cujo objetivo foi analisar como a gestão do trabalho em saúde é praticada em diferentes modelos de gestão pública dos serviços de saúde, sob a responsabilidade do Estado de Pernambuco. O estudo foi realizado em dois hospitais do Estado, o Hospital Metropolitano Norte Miguel Arraes de Alencar gerenciado por uma Organização Social de Saúde (OSS) e o Hospital Otávio de Freitas sob gestão direta. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com dois gestores da Secretaria Estadual de Saúde e dois gestores de cada unidade estudada, além da análise documental de dados referentes à Política de Gestão do Trabalho em Saúde e às Organizações Sociais no período de 2007 a 2013. Para a análise do conteúdo das entrevistas semi-estruturadas, utilizou-se o método de análise de políticas de Walt e Gilson (1994). O estudo apontou que o modelo de gestão pública se deu a partir da crise dos hospitais estaduais e também da necessidade de expansão da folha de pagamento sem ultrapassar o limite imposto pela Lei de Responsabilidade Fiscal. Esse modelo foi viabilizado porque existe arcabouço jurídico no Sistema Único de Saúde e recursos financeiros instituídos em nível Estadual e Nacional. No hospital gerenciado pela OSS, evidenciaram-se maior flexibilidade na contratação de profissionais de saúde, alta rotatividade, como também melhores salários ofertados quando comparados com os servidores estatais. Nos hospitais sob gestão direta foi diagnosticado as formas de inserção/reposição dos servidores públicos além de que existe uma Política de Educação Permanente ativa e avaliações periódicas de desempenho. Diante do exposto, percebe-se que existe uma Política de Gestão do Trabalho implantada na Secretaria Estadual de Saúde, porém com disparidade quando comparadas as duas unidades estudadas. Sugere-se que sejam incorporados nos Contratos de Gestão: planos de trabalho para os trabalhadores bem definidos com a incorporação de progressões baseadas em tempo de serviço e avaliações de desempenho periódicas; política de recrutamento e de educação permanente; avaliações que incorporem a valorização e desenvolvimento dos servidores na instituição inclusive com a diminuição da rotatividade desses funcionários; entre outras ações pertinentes.

Palavras Chave: Organização Social. Recursos Humanos. Gestão em Saúde

SANTANA, Vanessa Gabrielle Diniz. **Os diferentes modelos de gestão pública da secretaria estadual de saúde de Pernambuco e as implicações na gestão do trabalho em saúde**. 2015. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2015.

ABSTRACT

This is a single case study with embedded approach to qualitative e quantitative, exploratory and retrospective basis, whose aim was to analyze how the health work management is practiced in different models of public management of health services under the State's responsibility Pernambuco. The study was conducted in two state hospitals, the Northern Metropolitan Hospital Miguel de Alencar Arraes managed by a Social Health Organization (OSS) and the Freitas of Octavian Hospital under direct management. Semi-structured interviews with two managers of the Department of Health and two managers of each unit studied were carried out in addition to the documentary analysis of data on Labor Management Policy in Health and Social Organizations from 2007 to 2013. For the analysis of content of semi-structured interviews, we used the method of analysis of Walt and Gilson policies (1994). The study found that the public management model was from the crisis of state hospitals and also the need to payroll expansion without exceeding the limit imposed by the Fiscal Responsibility Law. This model was made possible because there is legal framework in the National Health System and financial resources in place on State and National level. At the hospital managed by the OSS, they showed a greater flexibility in hiring health professionals, high turnover, as well as higher wages offered when compared with state servers. In hospitals under direct management was diagnosed forms of insertion / replacement of civil servants beyond that there is a Permanent Education Policy active and periodic performance evaluations. Given the above, we can see that there is a Labor Management policy implemented in the State Department of Health, but with disparity compared the two units studied. It is suggested to be incorporated into management contracts: work plans for workers laid out with the incorporation of progressions based on length of service and periodic performance evaluations; recruitment and continuing education policy; assessments that incorporate the appreciation and development of servers in the institution including the decrease in turnover of these employees; among other relevant actions.

Keywords: Social organization. Human Resources. Health Management

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Regionais de Saúde e Hospitais da Secretaria Estadual de Saúde.	16
Quadro 2 - Perfil das unidades de saúde estudadas, agosto, 2013.	45
Figura 1 - O triângulo de análise de políticas de saúde.	51
Figura 2 - Distribuição dos leitos complementares SUS segundo natureza. Pernambuco, jul. 2014.	55

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos leitos por tipo, segundo natureza do estabelecimento. Pernambuco, Mar. 2014.	56
Tabela 2 - Quantitativo de profissionais lotados no Hospital Otávio de Freitas, dezembro de 2014.	57
Tabela 3 - Produção ambulatorial do Hospital Otávio de Freitas por procedimento segundo ano de competência, 2010 a 2013.	58
Tabela 4 - Quantitativo de profissionais do Hospital Miguel Arraes, junho de 2014.	60
Tabela 5 - Número de internações e produção ambulatorial do Hospital Miguel Arraes no período de 2010 a 2013.	60
Tabela 6 – Quantitativo de projetos industriais, investimentos e geração de empregos no período de 2007 a 2013.	63
Tabela 7 - Percentual de receitas correntes líquidas aplicadas em saúde em Pernambuco, no período de 2010 a 2013.	64
Tabela 8 - Total de Recursos com Contrato de Gestão para o ano de 2014.	81

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD	Avaliação de Desempenho
CEDES	Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social
CES	Conselho Estadual de Saúde
CIES	Comissão de Integração Ensino Serviço
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
COOPAGRESTE	Cooperativa Médicos Anestesiologista em Caruaru
COOPANESTE	Cooperativa Médicos Anestesiologista
CREMEPE	Conselho Regional de Medicina de Pernambuco
DGMMAS	Diretoria Geral de Modernização e Monitoramento de Assistência à Saúde
DATASUS	Sistema de Informação do Sistema Único de Saúde
FIAT	Fábrica Italiana Automobili Torino
GERES	Gerencia Regional de Saúde
HGOF	Hospital Otávio de Freitas
HMNMAA	Hospital Metropolitano Norte Miguel Arraes de Alencar
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
IMIP	Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira
MARE	Ministério da Administração e Reforma do Estado
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
NOBRHSUS	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
OS	Organização Social
OSCIP	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
OSS	Organização Social de Saúde
PCCV	Plano de Cargos Carreiras e Salários
PCCV	Plano de Cargos Carreiras e Vencimentos
PIB	Produto Interno Bruto

PJ	Pessoa Jurídica
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PSB	Partido Socialista Brasileiro
RAG	Relatório Anual de Gestão
RMR	Região Metropolitana do Recife
SAD	Secretaria de Administração
SAD-RH	Sistema de Folha de Pagamento
SADT	Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
SEAS	Secretaria Executiva de Atenção à Saúde
SEGTES	Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde
SES/PE	Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Pernambuco
SIMEPE	Sindicato dos Médicos de Pernambuco
SINDSAÚDE	Sindicato dos Trabalhadores em Saúde e Seguridade Social no Estado de Pernambuco
SIOPS	Sistema de Informação Sobre Orçamento Público
SUDENE	Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste
SUS	Sistema Único de Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UPAE	Unidade Pernambucana de Atenção Especializada
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 PROBLEMA	18
3 PERGUNTA NORTEADORA.....	19
4 JUSTIFICATIVA.....	20
5 OBJETIVOS.....	21
5.1 Objetivo Geral.....	21
5.2 Objetivos Específicos	21
6 MARCO TEÓRICO CONCEITUAL	22
6.1 Modelos de Gestão Pública.....	22
6.1.1 <u>Terceiro Setor</u>	26
6.1.2 <u>Organizações Sociais de Saúde</u>	29
6.2 Gestão do Trabalho em Saúde	31
6.3 Análise de Políticas	37
7 METODOLOGIA	40
7.1 Desenho do estudo	40
7.2 Área do estudo	42
7.3 Período estudado	45
7.4 Análise dos dados.....	45
7.5 Técnicas qualitativas utilizadas no estudo	47
7.6 Limites do estudo.....	48
8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	49
9 RESULTADOS E DISCUSSÃO	50
9.1 Contexto	52
9.1.1 <u>Contexto Social</u>	52
9.1.1.1 <i>O Estado de Pernambuco</i>	52
9.1.1.2 <i>Unidades de saúde estudadas</i>	54
9.1.1.2.1 <i>Descrevendo a Gestão do Trabalho em saúde no Hospital Otávio de Freitas</i>	56

9.1.1.2.2 <i>Descrevendo a Gestão do Trabalho em saúde no Hospital Metropolitano Norte Miguel Arraes de Alencar</i>	58
9.1.2 <u>Contexto Econômico</u>	61
9.1.3 <u>Contexto Político</u>	64
9.2 Conteúdo	67
9.2.1 <u>Conteúdo da Política de Gestão do Trabalho em Saúde</u>	67
9.2.2 <u>Conteúdo do modelo de gestão implantado com o gerenciamento das Organizações de Sociais de Saúde</u>	69
9.2.3 <u>Apresentando o Contrato de Gestão</u>	76
9.3 O Processo da Política	82
9.3.1 <u>Suprimento - Recrutamento e Seleção</u>	83
9.3.2 <u>Reposição de Profissionais</u>	88
9.3.3 <u>Desenvolvimento (Educação em Saúde)</u>	89
9.3.4 <u>Avaliação de Desempenho</u>	93
9.4 Posicionamento dos atores envolvidos	96
10 CONSIDERAÇÕES FINAIS	102
REFERÊNCIAS	105
APÊNDICES A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Gestores)	118
APÊNDICES B - Roteiro de Entrevista Proposto	120
ANEXO A - Carta de Anuência	122
ANEXO B - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP-CPQAM	123
ANEXO C - Relatório de Visita do Hospital Metropolitano Norte Miguel Arraes de Alencar	124
ANEXO D - Contrato de Gestão Nº 001/2009 entre a Secretaria Estadual de Saúde e o Hospital Metropolitano Norte Miguel Arraes de Alencar	126

1 INTRODUÇÃO

A gestão do trabalho em saúde é uma questão que tem merecido relevância em todas as instituições que buscam a correta adequação entre as necessidades da população usuária e os seus objetivos institucionais (ARIAS, 2006). Pensar em gestão do trabalho, como eixo da estrutura organizacional dos serviços de saúde, significa pensar estrategicamente, uma vez que a produtividade e a qualidade do serviço oferecido à sociedade serão, em boa parte, reflexos da forma e das condições com que são tratados os que atuam profissionalmente na organização (MACHADO, 2000).

Conforme expresso na Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS (NOB/RH-SUS), a área de gestão do trabalho em saúde passou a ser considerada como a questão mais complexa do Sistema Único de Saúde. A norma enfatiza a centralidade do trabalho, afirmando a necessidade da valorização profissional e da regulação das relações de trabalho para o fortalecimento dos ideais da Reforma Sanitária e identifica a necessidade de um resgate da gestão do trabalho em saúde como política pública; além disso, retoma a expectativa de que os trabalhadores atuem como agentes de mudança da prática no setor público (BRASIL, 2002).

A gestão do trabalho em saúde é um tema central, por causa do papel fundamental que a força de trabalho desempenha na produção e utilização dos serviços de saúde. Trata-se também de um tema complexo, por não ser uma ciência exata e os resultados serem dependentes de um grande número de fatores. O sucesso das ações de saúde depende, portanto, da organização do trabalho, ou seja, de definições sobre a quantidade, competências, distribuição, treinamento e condições de trabalho dos profissionais da saúde (DUSSAULT; SOUZA, 1999).

A gestão do trabalho em saúde incorpora na responsabilidade do Estado a função de regular o trabalho no setor saúde, incluindo componentes ideológicos e tendo o trabalhador da saúde como ator social no processo de desenvolvimento e consolidação do Sistema Único de Saúde (ALVES; ASSIS, 2011).

As questões relativas aos trabalhadores de saúde no Brasil vêm sendo discutidas do ponto de vista político desde 1986, com a realização da I Conferência Nacional de Recursos Humanos para Saúde. O mundo da modernidade realça a questão de recursos humanos em todas as instituições que buscam a correta

adequação entre as necessidades da população usuária e os objetivos institucionais. Pensar recursos humanos como eixo da estrutura organizacional significa pensar estrategicamente, pensar modernamente. A gestão de recursos humanos em organizações modernas prioriza aquele que dirige e concebe políticas institucionais voltadas para esta área, uma vez que a produtividade e a qualidade do serviço oferecido à sociedade serão, em boa parte, reflexos da forma e das condições com que são tratados os recursos humanos que lá atuam profissionalmente (MACHADO, 2000; NOGUEIRA, 1987).

O mundo contemporâneo vem experimentando inovações nos processos de gestão, horizontalizando as funções de gerência, (re) nomeando e (res) significando a gerência de recursos humanos para a gestão de pessoas no sentido de humanizar a área e valorizar o capital humano e, ao mesmo tempo, buscar qualidade, produtividade e competitividade. Ou seja, desenvolver novos estilos gerenciais, visto que as formas tradicionais já não respondem as exigências de competitividade no mercado. Ao trabalhador são imputados novos atributos via ampliação de seus conhecimentos e busca pela polivalência funcional, para garantir espaços no mundo cada vez mais restrito de oportunidades de emprego (PIERANTONI *et al.*, 2008).

A formulação e implementação de políticas relativas aos trabalhadores do Sistema único de Saúde (SUS) organizam-se em torno de duas questões principais que, ao longo dos anos, vêm sendo tratadas em espaços institucionais específicos: a gestão dos processos que asseguram a presença dos trabalhadores no sistema; e os processos de qualificação dessa força de trabalho, para adequá-la às necessidades impostas pela oferta de ações e serviços à população usuária do sistema (ALVES; ASSIS, 2011).

De acordo com La Forgia e Couttolenc (2009), para que se promova a responsabilização da gestão na utilização dos recursos, são necessários arranjos contratuais sólidos e monitoramentos. Os contratos de gestão ou contratos de serviço, forma clássica para tornar autônoma a gerência dos serviços de saúde, surgiram na França, em fins dos anos 60. Essa forma de gestão se baseia na negociação da autonomia de um estabelecimento ou de uma rede de serviços de saúde, mediante determinadas cláusulas contratuais. Por estas cláusulas, os serviços de saúde deixam de ter meios controlados pelo Estado e passam a ser independentes para usar o orçamento que lhe foi conferido. No entanto, o

estabelecimento se vê obrigado a negociar e cumprir metas finalísticas de quantidade/qualidade dos serviços fixadas, de forma negociada com o Estado.

O grande desafio que se impõe hoje ao setor de recursos humanos é a necessidade de superar os obstáculos econômicos, políticos e éticos quanto à qualidade dos serviços prestados à população usuária do Sistema Único de Saúde. Crescer com qualidade, prestar serviços com ética e compromisso social são os grandes e verdadeiros desafios. Apesar de a saúde ser uma área de proteção, regulação e controle do Estado, a realidade brasileira oferece farto material empírico que aponta para uma inadequada e perigosa desarticulação entre saúde como bem público e aqueles que produzem este bem (MACHADO, 2000).

Este estudo foi realizado na Secretaria Estadual de Saúde do estado de Pernambuco que conta com um quadro de 22.183 profissionais de saúde, tem uma área de 98.311.616 Km² e conta com uma população de 8.796.032 habitantes, contém 185 Municípios. A rede de saúde está distribuída conforme o Quadro abaixo:

Quadro 1 - Regionais de Saúde e Hospitais da Secretaria Estadual de Saúde.

	REGIONAIS DE SAÚDE	HOSPITAIS ESTADUAIS PRÓPRIOS	HOSPITAIS GERENCIADOS PELA OSS	HOSPITAIS METROPOLITANOS
REGIONAIS DE SAÚDE E HOSPITAIS ESTADUAIS	I	Hospital Agamenon Magalhães, Barão de Lucena, da Restauração, Otávio de Freitas, Getúlio Vargas, Correia Picanço, Geral de Areias, Policlínica Jaboatão Prazeres, Ulysses Pernambucano, Colônia Professor Alcides Codeceira, São Lucas, Sanatório Padre Antonio Manuel (Mirueira)	João Murilo de Oliveira	Miguel Arraes de Alencar, Pelópidas Silveira e Dom Helder Câmara
	II	Regional José Fernandes Salsa	Ermírio Coutinho	
	III	Colônia Vicente Gomes de Matos	Regional Silvio Magalhães	
	IV	Regional do Agreste, Jesus Nazareno		Mestre Vitalino
	V	Dom Moura		
	VI	Regional Ruy de Barros Correia, Regional de Itaparica (Jatobá)		
	VII	Regional Inácio de Sá		
	VIII		Hospitais Dom Malan	
	IX		Fernando Bezerra	
	X	Regional Emília Câmara		
	XI	Professor Agamenon Magalhães		
	XII	Belarmino Correia		
TOTAL	12	23	5	4

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Pernambuco (2013a).

O Estado é dividido em 04 macrorregiões de saúde: Macrorregião 1 - Metropolitana; Macrorregião 2 - Agreste; Macrorregião 3 - Sertão e Macrorregião 4 - Vale do São Francisco e Araripe; 12 Gerências Regionais de Saúde (GERES); 23 hospitais da rede própria; 05 hospitais gerenciados por Organizações Sociais de Saúde; 04 novos hospitais metropolitanos também gerenciados por Organizações Sociais de Saúde, além de 14 Unidades de Pronto Atendimento (UPAS) e 09 Unidades Pernambucana de Atenção Especializada (UPAE) (PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde, 2013a).

A rede hoje se encontra de forma que hospitais antigos estão sendo geridos alguns pela própria SES/PE e outros por OSS. A partir de 2006, com a Gestão do Governador Eduardo Campos, foi proposta a construção de 04 Hospitais, dos quais já foram todos inaugurados. Para a construção e a aquisição dos equipamentos destas unidades foi utilizado recurso financeiro do governo estadual. No entanto, o gerenciamento hospitalar destes serviços é das OSS contratualizadas, além de que os profissionais de saúde também são contratados pelas OSS conforme a Consolidação das Leis Trabalhistas. Uma dificuldade existente hoje é o fator dos hospitais antigos, passarem a serem gerenciados pelas OSS, com a contratação de profissionais de saúde no regime CLT, e os profissionais estatutários permanecerem na unidade sendo gerenciados por pessoas distanciadas da administração pública.

Neste trabalho foram estudadas 02 (duas) unidades de saúde: o Hospital Otávio de Freitas de alta complexidade cuja gestão é estadual e o Hospital Metropolitano Norte Miguel Arraes de Alencar também de alta complexidade, que foi implantado em 2009 já sendo gerido pela OSS Fundação Martiniano Fernandes/IMIP Hospitalar.

Também foi estudado o universo da gestão do trabalho em saúde e os diferentes impactos decorrentes dos modelos de gestão pública empregados. Além de contribuir com o debate da política de gestão do trabalho em saúde dentro da SES/PE e da investigação sobre o modelo de gestão pública estatal e não estatal atualmente vigente no Estado.

2 PROBLEMA

O tema estudado foi escolhido, pois o modelo de gestão implantado na Secretaria Estadual de Saúde a partir da inserção das Organizações Sociais de Saúde no gerenciamento das unidades de saúde sob gestão estadual, ainda está sendo pouco discutido no que se refere à gestão do trabalho em saúde. Assim como não se sabe como esse modelo interfere diretamente na política de recursos humanos e no planejamento institucional no que se refere à gestão de recursos humanos.

Muitos autores que estudam temas referentes à administração pública se preocupam com a baixa capacidade operacional, irracionalidade e desperdício de recursos. Citando Santos (2006), “apesar dos avanços significativos do SUS a administração pública brasileira continua com baixa capacidade operacional, fraco poder de decisão, além de sofrer influências de políticas externas [...]”.

Nesse contexto, os hospitais integrantes do sistema enfrentam desafios como o subfinanciamento, a baixa capacidade gerencial e a ineficiência de escala. O subfinanciamento é um tema largamente discutido, e pode ser constatado mediante o pagamento insuficiente de alguns procedimentos, para os quais são pagos valores muito abaixo de seus custos. Além dos desafios financeiros, o sistema funciona com baixa capacidade gerencial. Na área de Recursos Humanos, a baixa capacidade gerencial está diretamente relacionada à dificuldade de monitoramento e avaliação dos resultados individuais e dos gastos com pessoal (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2006).

A Secretaria Estadual de Saúde a partir da Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho (SEGTES) tem a função de agente regulador e ordenador de recursos humanos em saúde, através da formação em saúde, qualificação profissional, avaliação de desempenho, gestão da carreira e formas de inserção na rede. Desta forma a SEGTES tem a necessidade de obter e analisar informações para o gerenciamento e planejamento de recursos humanos em saúde nos diferentes modelos de gestão pública hospitalares.

No dia a dia da SES/PE acontece o gerenciamento de profissionais de saúde com cargo estatutário efetivo, pertencentes à Administração Pública Estadual sendo geridos por modelos privados, a partir de práticas não circunscritas à administração pública direta.

3 PERGUNTA NORTEADORA

Quais as implicações para a área de gestão do trabalho em saúde decorrentes da adoção dos diferentes modelos de gestão pública da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco?

4 JUSTIFICATIVA

Esse estudo pretendeu conhecer e analisar a política de gestão do trabalho, e como a mesma está inserida nos diferentes modelos de gestão implantados na Secretaria Estadual de Saúde especificamente nos hospitais públicos estaduais.

Para Dussault (1992), a dificuldade da gestão no setor saúde é dada pela complexidade dos problemas a serem resolvidos e pela natureza dos serviços a produzir. Para que a gestão dos serviços de saúde seja eficiente, são necessárias que sejam criadas condições organizacionais congruentes com as peculiaridades e as exigências da produção de serviços profissionais no contexto público.

Com a municipalização que ocorreu a partir da implantação do Sistema Único de Saúde, algumas unidades que eram gerenciadas pelo Estado foram incorporadas aos municípios. Em 2009 a Secretaria Estadual de Saúde iniciou as Parcerias Público Privadas com a contratualização das Organizações Sociais de Saúde (OSS) para gerenciar alguns hospitais da rede própria.

Entende-se que este estudo é importante para a SES e para o aprofundamento da análise do tema, pois pode contribuir para a reflexão da gestão do trabalho, tanto porque não existem trabalhos que abordem este tema na Secretaria de Saúde, como também por ser um tema extremamente novo no panorama da mesma, a partir do modelo de gestão ainda em processo de construção e consolidação.

O presente trabalho justifica-se, também, pela relevância social, econômica e política da saúde pública do Estado. Além de existirem poucos estudos da área de gestão do trabalho em saúde que discutam suas características e implicações a partir dos modelos de gestão pública estatal e não estatal.

Outro fator importante a ser considerado na formulação deste trabalho são as formas de contratação dos profissionais de saúde distanciadas dos modelos públicos ofertados, já que nas unidades geridas pelas OSS os profissionais são contratados por regime de Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT).

5 OBJETIVOS

5.1 Objetivo geral

Analisar como a Gestão do Trabalho em Saúde é praticada nos diferentes modelos de gestão pública nos serviços de saúde que estão sob a responsabilidade do Estado de Pernambuco.

5.2 Objetivos específicos

- a) Descrever diferentes modelos de gestão pública praticados na Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco;
- b) Delimitar as atribuições da área de gestão do trabalho em saúde na Secretaria de Saúde e nos hospitais estudados;
- c) Analisar as diferenças de prática da gestão do trabalho em saúde considerando os modelos de gestão pública direta e de Organização Social de Saúde empregados em duas unidades de saúde da SES/PE.

6 MARCO TEÓRICO CONCEITUAL

A partir do delineamento do problema anteriormente explicitado e do objeto deste estudo, o referencial teórico escolhido para o estudo se agrupará em três recortes: modelos de gestão pública, gestão do trabalho em saúde e análise de políticas, que serão explicitados de maneira mais objetiva a partir de agora. Vale destacar que não serão esgotados todos os conceitos a respeito destes três temas em questão.

6.1 Modelos de gestão pública

O pensamento liberal do final do século XX, comumente denominado de neoliberalismo, reapareceu logo após a Segunda Guerra Mundial, em contraposição às políticas keynesianas e sociais - democratas, que estavam sendo implementadas nos países Centrais. Inicialmente surgiu de forma tímida, contudo, com a crise global, iniciada com a crise do petróleo, em 1973, e a onda inflacionária que se seguiu na década de 1980, levando ao declínio do Estado de Bem-Estar Social, associado ao colapso do socialismo real, simbolizado pela queda do muro de Berlim em 1989, permitiu uma ampla ofensiva do pensamento liberal, traduzido no projeto neoliberal (RIZZOTTO, 2009).

Ainda de acordo com Rizzotto (2009):

A essência do pensamento neoliberal baseia-se na defesa do livre curso do mercado, colocando-o como mediador fundamental das relações societárias e no Estado mínimo como alternativa e pressuposto para a democracia na qual a existência de normas deve estar limitada à segurança pública e à manutenção da propriedade privada.

A mudança no cenário político e ideológico que ocorreu a partir de 1989, no mundo e também no Brasil, provocou grandes implicações no debate acerca da crise do Estado e a direcionalidade dos processos de reforma, inclusive na área de saúde. Ao discurso sobre participação e democratização sobrepõe-se a preocupação com racionalização e eficiência (PINTO, 2009).

Nesse contexto, no Brasil em 1995, foi criado o Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE) e lançada a Reforma Gerencial no Brasil. Seu titular, Luiz Carlos Bresser Pereira, estava afinado com o pensamento crítico internacional

na área de administração pública. Aliado político de Fernando Henrique Cardoso de longa data, Bresser teve plena liberdade para montar sua equipe ministerial, o que lhe permitiu a formulação de uma proposta inovadora cujos temas da agenda política incluíram: a) ajuste fiscal, com redução do gasto público; b) reformas econômicas orientadas para o mercado, com ênfase na privatização de empresas estatais; c) reforma da previdência social; d) reforma do aparelho do Estado e maior capacidade de governo ou governança (BRESSER-PEREIRA; SPINK, 1998).

Para Bresser - Pereira (2010), a Reforma Gerencial modificou a forma de administrar a oferta dos serviços, tornando os gerentes dos serviços responsáveis por resultados, ao invés de obrigados a seguir regulamentos rígidos; premiando os servidores por bons resultados e os punindo pelos maus; realizando serviços que envolvem poder de Estado através de agências executivas e reguladoras; e mantendo o consumo coletivo e gratuito, mas transferindo a oferta dos serviços sociais e científicos para Organizações Sociais, ou seja, para provedores públicos não estatais que recebem recursos do Estado e são controlados através de contrato de gestão.

Essa transição da administração burocrática para a gerencial que ocorre a partir de meados dos anos 1980 foi uma resposta à necessidade de maior eficiência, ou menor custo, dos novos serviços sociais e científicos que o Estado passara a exercer. Por outro lado, ao significar, do ponto de vista administrativo, a transição do Estado Burocrático para o Estado Gerencial, revelou-se um instrumento fundamental das sociedades modernas para neutralizar a ideologia neoliberal que buscava diminuir o tamanho do Estado na medida em que, ao tornar mais eficiente a provisão dos serviços sociais públicos ou coletivos, legitima o próprio Estado Social, e garante seu aprofundamento futuro (BRESSER-PEREIRA, 2010).

A Reforma trouxe novas orientações estratégicas para a administração pública, entre as quais, a possibilidade de introdução de inovações gerenciais nas organizações de saúde. No contexto heterogêneo de implementação do SUS, várias experiências de mudanças nas formas de gestão de organizações de saúde foram introduzidas, apresentando-se como alternativas diante de problemas relacionados com a baixa eficiência, produtividade e qualidade dos serviços públicos do setor (PINTO, 2009).

O caráter liberal seria garantido pela desestatização da economia, ou seja, pela redução do papel do Estado produtor e subsidiador, que cederia lugar ao Estado

regulador *Stricto Senso*, que formula a política econômica visando ao desenvolvimento econômico e à estabilidade de preços, e ao estado de bem-estar, que promove a justiça social (BRESSER-PEREIRA, 1985).

Conforme Correia (2008), a administração dos serviços públicos de saúde passou a se pautar por medidas de flexibilização, visando maximizar a relação custo/benefício, resultando na privatização e na terceirização dos serviços de saúde, e também no repasse de serviços e recursos públicos para Organizações Sociais, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPS), fundações de apoio e cooperativas de profissionais de medicina. O resultado foi a ampliação da oferta de serviços de saúde no setor privado. O autor cita ainda:

O ministro Bresser Pereira, utilizando estratégias de convencimento, procurava legitimar medidas restritivas que acabaram por quebrar o princípio da universalidade e integralidade do SUS e instauraram a prevalência de políticas focalizadas e a adoção da pobreza como critério de inclusão no sistema (CORREIA, 2008).

Questiona-se, portanto, até que ponto o Estado deve se responsabilizar pelo financiamento e provisão ou regulação da produção desses bens e serviços ou se deve transferir a responsabilidade ao setor privado e Organizações não Governamentais, também chamado Terceiro Setor (DUPAS, 1998).

O Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com Rezende (2004), é uma estratégia consistente de reforma democrática do Estado. Tem como princípios, a Universalidade, a Integralidade e a Equidade no acesso aos serviços de saúde; a Hierarquização do Sistema e das ações e serviços de saúde; a Descentralização da Gestão, Ações e Serviços; a Participação da População na definição da política de saúde; o Controle Social da implementação da política de saúde e a Autonomia dos Gestores (gestão única em cada esfera de governo com a utilização de Plano e Fundo de Saúde para a gestão dos recursos orçamentários, financeiros e contábeis).

É importante considerar que todo modelo de gestão implantado deve ser executado conforme a necessidade da população, e não apenas os interesses privados e econômicos devem ser respeitados, os princípios e diretrizes do SUS no campo da saúde. Conforme o autor afirma abaixo:

Há que se considerar o limite de qualquer reforma gerencial ou do modelo de gestão; em geral, o desempenho das organizações depende de um complexo de fatores, entre eles, o contexto político, econômico e cultural e

não somente de alterações técnico gerenciais, ainda que estas interfiram no desempenho dos serviços. Mesmo assim, é importante complementar-se a Lei Orgânica da Saúde, criando novas modalidades de organização para os serviços próprios do Estado e nova forma de relação entre entes federados e prestadores privados ou filantrópicos (CAMPOS, 2007).

Para Campos (2007), a discussão sobre o modelo de gestão para o SUS tem sido marcada por posições polares de defesa do *status quo* da administração pública (estatistas) ou de privatizações em diferentes modalidades (privatistas), com fundamentação bastante ideológica e principista. Há necessidade de se construir proposta com amplo consenso, forte o suficiente para romper com a inércia da última década. Seria conveniente inverter-se esta lógica, construindo-se um modelo indutivo; isto é, compor um desenho organizacional a partir de um conjunto de características consideradas importantes para o bom desempenho de hospitais e dos centros especializados do SUS. Isto, óbvio, composto com as diretrizes e leis fundantes do sistema: respeitar o fato de que estes serviços fazem parte de um sistema público, hierarquizado e que devem funcionar em rede com outros serviços.

A Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Pernambuco adotou um modelo de gestão que comporta hospitais da rede própria, sendo gerenciados pela Secretaria e outros que são gerenciados por Organizações Sociais de Saúde. De acordo com Campos (2007), este novo desenho para a administração direta deveria resolver alguns dos entraves já identificados e decorrentes da atual legislação, que simplesmente estendeu para o SUS o modelo de gestão do Estado brasileiro, sem considerar as especificidades do campo da saúde e do SUS em particular. Assim, estes hospitais e organizações do SUS poderiam incorporar, entre outras, as seguintes características: maior autonomia e integração ao sistema, mediante contratos de gestão; financiamento misto (parte fixa e outra variável); conselho gestor; direção executiva composta mediante critérios técnicos e seleção pública, com mandato e não como cargos de confiança; nova política de pessoal com a possibilidade de alguma modalidade de contratação do tipo emprego público, com carreiras e avaliação de desempenho (remuneração mista); políticas de recrutamento e de educação continuada estaduais e nacional.

Conforme descrito na Constituição da República Federativa do Brasil no art. 197 são de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros, e, também, por

pessoa física ou jurídica de direito privado. Também está escrito no Art. 199 “as instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos” (BRASIL 1998).

Logo adiante será pontuado o Terceiro Setor devido a inserção do mesmo na administração pública estadual de Pernambuco, a partir da inclusão das Organizações Sociais de Saúde no gerenciamento de algumas unidades de saúde.

6.1.1 Terceiro setor

Existem diversas tentativas de definição do terceiro setor, motivo de intenso debate e polêmica. O conceito mais aceito atualmente é o de uma esfera de atuação pública, não-estatal, formada a partir de iniciativas privadas, voluntárias, sem fins lucrativos, no sentido do bem comum (BANCO NACIONAL DO DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL, 2001).

Lee et al. (1997) propõe que o terceiro setor seja definido “como o conjunto de atividades das organizações da sociedade civil fora do aparato do estado e do setor privado que têm por objetivo a prestação de serviços ao público (saúde, educação, cultura, direitos civis, proteção do meio ambiente, desenvolvimento do ser humano, etc.) antes de competência exclusiva do estado”.

A antropóloga Ruth Cardoso, presidente do Conselho da Comunidade Solidária¹, chama a atenção para o objetivo do terceiro setor, que define como sendo a reinstitucionalização do público, compreendida como sinônimo de processo de organização da sociedade civil em defesa de seus próprios direitos. Ela enfatiza, entretanto, a importância da participação do estado na viabilização desse processo (CARRION, 2000).

A emergência do terceiro setor representa uma mudança de orientação profunda e inédita no Brasil no que diz respeito ao papel do Estado e do Mercado e, em particular, à forma de participação do cidadão na esfera pública. Isto tem levado

¹ O Programa Comunidade Solidária definiu como áreas prioritárias da ação governamental, no que se refere ao terceiro setor: a definição do marco legal, a promoção do voluntariado e a produção de conhecimento e informação. Para tanto está apoiando a criação de uma rede de informações sobre as ONGS e a criação de núcleos de voluntariado em todas as cidades. O Conselho da Comunidade Solidária tem ainda parceria com diferentes programas e atividades específicas voltados a atividades de promoção social entre os quais o Universidade Solidária, que tem mobilizado recursos e competências das Universidades Brasileiras, do Ministério da Educação, das Forças Armadas e de empresas privadas.

à aceitação crescente da ampliação do conceito de público como não exclusivamente sinônimo de estatal: público não-estatal (FALCONER, 1999).

A ativa participação das entidades sem fins lucrativos, na sociedade brasileira, data do final do século XIX. Já o processo de formação e consolidação das Organizações Não Governamentais (ONGs) presentes no cenário nacional, surgiu nas décadas de 60 e 70, épocas marcadas pelas restrições político-partidárias impostas pelos governos militares, concentrando-se basicamente nas décadas de 80 e 90 (século XX), período em que mais cresceram e se tornaram visíveis. Apesar da evolução, as ONGs tiveram papel relevante enquanto catalisadoras dos movimentos e aspirações sociais e políticas da população brasileira (BANCO NACIONAL DO DESENVOLVIMENTO, 2001).

As Organizações não Governamentais (ONG) são entidades com finalidades culturais, artísticas, políticas etc., sem ligações com membros ou órgãos do governo (ORGANIZAÇÃO, 2009). O processo de formação e consolidação das Organizações Não Governamentais. Foi representado principalmente pelas Santas Casas tendo a Igreja Católica responsável pela maior parte dessas entidades. Essa associação entre Estado e Igreja Católica, mostrou-se presente e predominante na assistência das questões sociais durante todo o período colonial, até o início do século XIX (BANCO NACIONAL DO DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL, 2001).

Já as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) é regida pela lei Nº 9.790 de 1999, “lei do terceiro setor”; entidades civis sem fins lucrativos, instituídas por iniciativa de particulares, qualificada pelo poder público, não estando submetida às normas do direito público: as obrigações são estabelecidas pelo termo de parceria; objetivos: ampliar o universo de entidades com possibilidade de parceria com o setor público fora daquelas definidas como utilidade pública e fortalecimento do terceiro setor para o fomento de projetos relevantes; o termo de parceria substitui as formas de contratos regidos pela lei 8666 e os convênios; não é um modelo próprio para desenvolver atividade pública; têm sido instituídas com frequência na área cultural (IBAÑEZ; VECINA NETO, 2007). Compreende desde igrejas evangélicas, hospitais, universidades e colégios privados (LEE et al., 1997), os quais, ainda que realizem atividades de caráter social, não raro, visam o lucro, até outras, como escolas de samba e terreiros de umbanda. Ou seja, um lote de organizações, entre as quais, algumas desenvolvem atividades que pouco, ou nada, agregam para o equacionamento dos problemas sociais (CARRION, 2000).

Nas Fundações Públicas de direito privado o regime jurídico dos empregados é a Consolidação das Leis do Trabalho; não está sujeita às disposições da Lei de Responsabilidade Fiscal (prevê que a despesa total com pessoal, em cada período de apuração no Estado não poderá exceder 54% da receita corrente líquida), especialmente no que tange a limites de despesas com pessoal; as normas de controle e fiscalização são previstos nos estatutos, através do Conselho Externo de Administração; Supervisão do Ministério da Saúde e demais instâncias de contratação regional e/ou municipal; Tribunal de Contas; Ministério Público; subordinação ao controle social em saúde exercido pelos Conselhos de Saúde local e regional/estadual em decorrência da inserção do hospital no sistema loco-regional são monitoradas pelo Contrato de Gestão; Estrutura Organizacional: Conselho Curador de Administração (órgão de direção superior, controle, fiscalização e avaliação); Comissão ou Conselho Fiscal (órgão de assessoramento ao conselho curador na área de gestão contábil, patrimonial e financeira); Conselho de Direção (direção executiva, responsável pela gestão técnica, patrimonial, administrativa e financeira) (IBAÑEZ; VECINA NETO, 2007).

As Fundações são criadas para desenvolver um tipo específico de atividade da qual devem prestar contas periodicamente. Muitas delas “são empresas de grande porte e alta rentabilidade, que adotaram a forma jurídica legal de fundações apenas como meio formal e lícito de se protegerem das exigências fiscais e tributárias” (FISCHER; FALCONER, 1998). Além disso, não se pode esquecer das situações em que são utilizadas como instrumento de marketing para promover a imagem da empresa (RODRIGUES, 1999).

De acordo com Vasconcellos e Oliveira (2011), a perspectiva de ampliação do terceiro setor, no cenário de desemprego estrutural, agrega um elemento inédito da dinâmica de reprodução e acumulação de capital. As atividades sem fins lucrativos não impedem que haja uma capitalização de ativos financeiros poupado em fundos próprios cujo investimento é pouco sujeito ao crivo fiscal. A capacidade de criar lucro com atividades não lucrativas é escassamente avaliada. Não se sabe por quanto o Estado dispõe e onde, nessa dinâmica de fluxos financeiros, para suprir o financiamento de políticas sociais.

Outra forma são as Organizações Sociais de Saúde citadas logo adiante.

6.1.2 Organizações Sociais de Saúde

As Organizações Sociais (OS) foram criadas através da Medida Provisória Nº 1.591 de 9 de outubro de 1997, reeditada sete vezes, convertida na Lei Nº 9.637 de 15 de maio de 1998, que dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais. Poderão ser qualificadas como OS, pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde (BRASIL, 1997a,1998).

De acordo com Ruthes e Cunha (2006), as Organizações Sociais caracterizam-se por ser organizadas com algum grau de lucro; serem privadas, institucionalmente separadas do governo; não fazerem distribuição de lucros e serem autogovernáveis; terem algum grau de participação voluntária, mesmo que apenas no conselho diretor.

A Medida Provisória que cria as Organizações Sociais de Saúde é de outubro de 1997, mas de acordo com Franco (1988), foi notório que a proposta iria ter impacto efetivo, pois várias entidades hospitalares públicas já na primeira hora buscaram se habilitar à gestão de uma Organização Social.

O contrato de gestão é o instrumento firmado entre o Poder Público e a entidade qualificada como Organização Social, com vistas à formação de parceria entre as partes, para fomento e execução de atividades relativas à área contratada, nesse caso a saúde. No Contrato constam os recursos a serem repassados, assim como metas a serem alcançadas e formas de avaliação de desempenho das OS. Os Contratos de Gestão surgiram à primeira vez na França, no final dos anos 60, como instrumento que define a relação entre entidades públicas, estabelecendo petições e compromissos entre as mesmas. Foi adotado por diversos países da Europa e no Brasil foi introduzido em 1992, quando o Governo Federal assinou Contrato de Gestão com a Companhia Vale do Rio Doce (FALCONER, 1999).

Na condição de entidades de direito privado, as Organizações Sociais tenderão a assimilar características de gestão cada vez mais próximas das praticadas no setor privado, o que deverá representar, entre outras características: a contratação de pessoal nas condições de mercado; a adoção de normas próprias para comparas e contratos; e ampla flexibilidade na execução do seu orçamento (BRASIL, 1997a).

Mesmo sendo relevante o trabalho desenvolvido por muitos organismos do terceiro setor, auxiliando no provimento de políticas sociais, a questão é saber que estimativa de resolutividade se faz a médio e longo prazo, com a transferência de responsabilidade do Estado a esses organismos, cuja capacidade de captação de recursos depende do mercado (VASCONCELOS; OLIVEIRA, 2011).

Conforme Ruthes e Cunha (2006), a administração do terceiro setor é complexa, pois ao mesmo tempo em que é uma organização não lucrativa, depende de verbas para subsistir e realizar seus projetos e ações. Essas ações envolvem não só conhecimentos administrativos, mas também a utilização da tecnologia e dos conceitos do mundo globalizado, para que se possa chegar às metas propostas.

Em relação às Organizações Sociais dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), observa-se que no Brasil, a legislação do SUS construiu instrumentos para o controle a ser feito pela sociedade organizada nos Conselhos e Conferências de Saúde, no entanto, não existem instrumentos eficazes para o controle da sociedade sobre entidades de direito privado, como são as OS, e este modelo se distancia dos princípios da Reforma Sanitária, ao propor a adoção de idéias e de recomendações oriundas da administração empresarial privada, compatíveis com as recomendações do Banco Mundial e do Fundo Monetário Internacional (BRASIL, 1995).

Corroborando com a afirmativa acima, Campos (2007), cita que ao longo dos anos, gestores inventaram alternativas para contornar algumas dificuldades, como a rigidez exigida na execução orçamentária e emperramento na administração de pessoal, na administração da gestão hospitalar e serviços especializados de saúde. Para contornar essa situação apareceu a alternativa de delegar a gestão destes serviços a entidades civis privadas, criando-se leis e normas que permitiram a existência de Organizações Sociais ou OSCIP(s) integradas à rede do SUS. Esta última linha de mudança indica uma desistência da administração direta, já que investe em modalidades de gestão com base em contratos entre o gestor – restrito ao papel de regulador – e entes privados sem fim lucrativos. Esta alternativa tem antecedentes no país, uma vez que há anos existem convênios entre o SUS e Santas Casas, com problemas que se acumulam tanto em decorrência da insuficiência de financiamento, mas também de problemas gerenciais, ocorrendo também inúmeros casos de degradação organizacional.

6.2 Gestão do Trabalho em Saúde

A área que discute a gestão dos trabalhadores, denominada também Recursos Humanos, passou por uma revisão de conceito, incorporando conhecimentos da sociologia e política econômica, face às necessidades de adequação às modificações do trabalho em saúde, e hoje tem sido denominada de gestão do trabalho em saúde. A formulação e implementação de políticas relativas aos trabalhadores do Sistema Único de Saúde organizam-se em torno de duas questões principais que, ao longo dos anos, vêm sendo tratadas em espaços institucionais específicos: a gestão dos processos que asseguram a presença dos trabalhadores no sistema; e os processos de qualificação dessa força de trabalho, para adequá-la às necessidades impostas pela oferta de ações e serviços à população usuária do sistema (ALVES; ASSIS, 2011).

A gestão de recursos humanos em saúde é um tema central, por causa do papel fundamental que a força de trabalho desempenha na produção e utilização dos serviços de saúde. Entende-se que o sucesso das ações de saúde depende, portanto, da organização do trabalho, ou seja, de definições sobre a quantidade, a combinação de competências, a distribuição, o treinamento e as condições de trabalho dos profissionais da saúde (DUSSAULT; SOUZA, 1999).

A gestão do trabalho em saúde passou a ser uma questão estratégica no sistema, o que significa dizer que pensar e formular na área da gestão assume a dimensão de um complexo e vasto mundo do trabalho no qual, os que produzem estes serviços e os que os gerenciam estão em permanente processo de interação e negociação. Assim, a gestão do trabalho implica atuar em diversas áreas do conhecimento e da prática gerencial, e envolve, nos processos de trabalho, tudo aquilo que diz respeito ao trabalho e ao trabalhador: planos de carreira, desprecarização do trabalho, negociação, regulação, organização e estruturas de gestão, formação e capacitação dos trabalhadores (MACHADO; OLIVEIRA, 2012).

Pierantoni, Varella e França (2004), apontam alguns desafios no cenário internacional, referentes à gestão do trabalho: a baixa remuneração e a motivação das equipes, a desigualdade na distribuição da força de trabalho, o desempenho e a responsabilização – prestação de contas. Além desses problemas que já vem se acumulando ao longo dos anos, emergem outros, tais como migração entre os países, a baixa capacidade de preparação e fixação dos profissionais e o impacto

das epidemias nos trabalhadores de saúde, o que culmina em absenteísmo e sobrecarga de trabalho.

De acordo com Machado (2000) a gerência de recursos humanos em organizações modernas prioriza aquele que dirige e concebe políticas institucionais voltadas para esta área, uma vez que a produtividade e a qualidade do serviço oferecido à sociedade serão, em boa parte, reflexos da forma e das condições com que são tratados os recursos humanos que lá atuam profissionalmente.

O século XXI impõe grandes desafios em todas as esferas da sociedade, nos campos da ciência, da economia, da política ou no campo social. O desafio do setor saúde será esclarecer e superar alguns mitos, na construção de uma agenda que formule políticas de recursos humanos para este setor de prestação de serviços (MACHADO, 2000).

Machado (2000) cita que a descentralização e a municipalização não podem ser consideradas símbolos de desobrigação institucional do poder federal. Repor mão-de-obra qualificada, manter as instituições públicas de alta complexidade, especialmente os hospitais gerais, em bom estado de conservação e de funcionamento, garantindo o acesso e a qualidade da assistência à população, não são tarefas de que o governo federal poderá se omitir. A minimização do poder público federal nas questões do SUS deverá ser denunciada e reconsiderada em aliança com os poderes municipal e estadual.

Machado (2000), ainda reforça a idéia de que o SUS não precisa de reformas é falsa. A realidade dos serviços de saúde aponta para a necessidade de reestruturação do SUS, adequando-o às necessidades municipais, que exigem mudanças. Os novos programas divulgados e difundidos pelo Ministério da Saúde, especialmente a Estratégia de Saúde da Família, são uma resposta a estas questões. No entanto, devem ser vistos com cautela, uma vez que a assistência simplificada não responde à complexidade das necessidades humanas de uma sociedade de fim de século. A especialização não é uma evidência empírica dispensável ou supérflua. No entanto, é necessário que se definam modelos assistenciais compatíveis com a população usuária. Estes modelos precisam se adequar à diversidade de nosso país, ajustando simplificação com especialização.

Apesar dos avanços do SUS a precarização² ainda se constitui como um problema relevante para a maior parte dos municípios brasileiros, sobretudo em relação aos médicos. Segundo Kalleberg (2009), a expansão do trabalho precário em todo o mundo está relacionada ao crescimento da globalização e do neoliberalismo, às mudanças tecnológicas e ao arrefecimento da ação sindical. No Brasil, o aumento da precarização resultou em grande parte das reformas liberais que acompanharam a privatização e a desregulação do trabalho, bem como da crise econômica ocorrida nos anos de 1990, em que se assistiu pouco dinamismo do mercado de trabalho, acentuado desemprego e ampliação dos níveis de informalidade (MATTOSO; POCHMANN, 1998).

Pode-se afirmar que a política de regularização se transformou numa vertente autônoma do governo federal e vem se juntar a uma estratégia mais ampla de valorização e modernização das carreiras no setor público. Essa orientação política do governo federal fornece uma indicação precisa de qual o caminho a seguir para aperfeiçoar a gestão do trabalho no SUS. Não por acaso, a questão dos recursos humanos ganhou fama ao ser comumente considerada o nó górdio da gestão do SUS (MACHADO; OLIVEIRA; MOYSES, 2010).

Alves e Assis (2011) destacam que o vínculo e cuidado entre o trabalhador e o usuário do SUS encontra-se fragilizado, em parte, pela rotatividade dos profissionais nas equipes e às dificuldades de fixá-los, principalmente nos pequenos municípios, aliados a instrumentos normativos que busquem a valorização do trabalhador do SUS. Com o avanço dos dispositivos e estratégias necessárias para a ampliação da atenção à saúde nos municípios, faz-se necessário o aumento do número de trabalhadores de saúde. Essa questão tornou-se fundamental para a oferta dos serviços, porém é preciso uma efetiva solução para as dificuldades de contratação de trabalhadores, que devem ser superadas pela realização de concurso ou seleção pública, com valorização da experiência e da formação técnica e política, articuladas com o ideário do SUS.

Paim (2007) destaca entre outros problemas no SUS, a fragmentação do processo de gestão e o marcado amadorismo que geram a insuficiência de quadros

² Este termo tem sido utilizado para designar perdas nos direitos trabalhistas ocorridas no contexto das transformações do mundo do trabalho e de retorno às idéias liberais de defesa do estado mínimo, que vêm surgindo, especialmente, nos países capitalistas desenvolvidos a partir da terceira década do século passado. Em termos genéricos refere-se a um conjunto amplo e variado de mudanças em relação ao mercado de trabalho, condições de trabalho, qualificação dos trabalhadores e direitos trabalhistas, no contexto do processo de ruptura do modelo de desenvolvimento fordista e de emergência de um novo padrão produtivo (Mattoso, 1995).

profissionalizados e à reprodução de práticas clientelistas e corporativas na indicação dos cargos de direção em todos os níveis.

Machado (2000) destaca que da mesma forma que devemos ser atentos e críticos com a forma autista e pouco generosa como as instituições acadêmicas se relacionam com as instituições prestadoras de serviços de saúde, precisamos também estar atentos e críticos com a forma predatória como estas instituições tratam aqueles que lá trabalham, ou seja, nos serviços, de modo geral, não se tem infra-estrutura que permita o desenvolvimento de programas elementares de educação continuada em qualquer nível de complexidade. Da mesma forma, não há nessas instituições uma efetiva política de desenvolvimento de recursos humanos que contemple as necessidades técnico-científicas dos que lá trabalham.

Machado (2000), ainda cita que a reivindicação sindical por um Plano de Cargos e Carreiras e Salários (PCCS) não pode continuar sendo considerado o alçôz do sistema, responsável pelo engessamento da gestão. Esta questão não deve continuar sendo tratada com tão pouca seriedade pelos gestores públicos. Da mesma forma, é incorreto associar o PCCS à noção de atraso gerencial, à inoperância administrativa, como muitos modernos administradores tentam nos passar. Ao contrário, o PCCS, se bem-estruturado e corretamente executado, com a devida flexibilidade que a realidade impõe, é uma garantia de que o trabalhador terá o direito de vislumbrar uma vida profissional ativa, na qual a qualidade técnica e a produtividade sejam variáveis-chave para a construção de um sistema exequível.

Um fator importante para a política de recursos humanos é a necessidade de criar espaços permanentes de negociação, em que se coloque a participação do trabalhador da saúde como sujeito constituído de saber técnico e ativo no processo de construção do sistema público de saúde brasileiro. Em contrapartida, instituir espaços de negociação requer o envolvimento dos sujeitos no processo de construção e legitimação da participação cidadã, com a descentralização do poder decisório e incorporação do ideário da Reforma Sanitária Brasileira (ALVES; ASSIS, 2011).

Machado (2000) destaca que o mito de que Recursos Humanos (RH) é coisa da política e de políticos deve ser definitivamente desfeito. RH precisa ser considerado peça fundamental da estrutura do SUS, como uma questão técnica essencial na agenda política dos que governam. Não se concebe e não se estrutura o SUS sem profissionais adequados, qualificados, satisfeitos, para executarem os

serviços. Da mesma forma que a saúde é um bem público, seus produtores também o são. Fazer política de RH é uma necessidade prioritária dos gestores e sindicalistas, que são, direta ou indiretamente, responsáveis pela mão-de-obra que atua nos serviços de saúde.

Para esse trabalho utilizaremos como indicadores o ciclo do subsistema da Administração de Recursos Humanos, destacado por Malik (1998) quando da análise do Processo da Política, que é dividido em *suprimento, recrutamento e seleção, a aplicação, o desenvolvimento e a avaliação*, essas atividades são chamadas de Ciclo do Subsistema da Administração de Recursos Humanos. A autora destaca que o importante é ter em mente que essas quatro atividades devem ser realizadas, sabendo que o momento da sua realização é indicado pela própria vida organizacional. Utilizaremos esse ciclo para fazer a comparação no que se refere a Administração de Recursos Humanos nos dois hospitais estudados.

Para obter o *suprimento* de trabalhadores, a organização possui duas funções tradicionalmente concebidas: *recrutamento e seleção*. Recrutamento significa, teoricamente, buscar o trabalhador ideal, esteja ele onde estiver, e interessá-lo em tornar-se um membro da organização e pode ser dividido em recrutamento interno e externo (MALIK, 1998).

A próxima atividade é a *aplicação* cuja finalidade básica é subsidiar as decisões a respeito do lugar mais adequado para um dado trabalhador, em uma determinada organização, tendo em vista sua eficiência, eficácia e efetividade. Uma maneira de desencadear esse subsistema é a socialização do indivíduo na organização, com a análise de suas reações ao conhecê-la como um todo e cada área em particular (MALIK, 1998).

Após o indivíduo ser recrutado, selecionado, socializado, aceito e ter começado a trabalhar na organização, por uma série de motivos, passa a ser necessário mantê-lo dentro dela. Entre as condições de operação (condições que a organização oferece para o trabalhador) há aquilo que os teóricos da motivação chamam de fatores higiênicos do trabalho. Entre esses fatores, encontram-se os aspectos salários e benefícios, mas há uma série de outras variáveis a considerar: tipo de tarefa, tipo de chefia e/ou condições físicas de acesso e até de trabalho (como calor ou frio excessivo, nível de ruído, etc.). Por vezes, as pessoas procuram trabalho no setor público não para servir ao público, mas em busca de benefícios considerados como importantes (MALIK, 1998).

Após a contratação dos melhores profissionais, selecionados entre eles os que satisfazem as necessidades e os desejos da organização, inseridos em seu contexto, colocados para trabalhar nas unidades que mais deles necessitam e onde desempenharão mais a contento suas atividades, de maneira que se sintam o mais satisfeitos com suas condições de trabalho (ou qualquer situação menos satisfatória que esta e talvez mais condizente com a realidade das organizações de nosso meio), é o momento de se pensar em aprimorar as suas possibilidades de atuação. Para isso entra em questão a atividade *desenvolvimento*, que pode ter caráter de desenvolvimento pessoal e profissional do indivíduo e até de desenvolvimento organizacional (MALIK, 1998).

O desenvolvimento profissional é definido por meio das atividades de treinamento técnico e de reciclagem. Para ter bons resultados nas organizações, não basta serem bons profissionais – precisa desempenhar suas tarefas de acordo com as determinações ou com os padrões da organização (partindo da premissa de que ela os tenha). A idéia subjacente ao treinamento é oferecer ao profissional mais uma habilidade, seja devido às inovações tecnológicas em suas áreas de atuação, seja pela necessidade de incorporar uma nova atividade entre aquelas desenvolvidas na organização, seja ainda pela constatação de um desempenho insatisfatório do técnico. Em qualquer caso, o sistema de desenvolvimento deve estar atento ao que ocorre na sua organização, pois deve tomar conhecimento, da *avaliação* do desempenho dos trabalhadores, das inovações introduzidas. É somente dessa maneira que os Recursos Humanos de uma organização podem trabalhar com um conceito mais contemporâneo: a avaliação de desempenho (MALIK, 1998).

Corroborando com Malik, Albuquerque (1987) considera classicamente cinco subáreas de caráter técnico: suprimento/provisão (recrutamento e seleção), aplicação (análise e descrições de cargos, plano de carreiras e avaliação de desempenho), manutenção (remuneração e benefícios, medicina e segurança do trabalho), desenvolvimento (treinamento e desenvolvimento) e controle (auditoria, banco de dados e sistema de informações).

Este estudo analisou os diferentes modelos de gestão pública praticados na SES/PE e as implicações na gestão do trabalho em saúde, considerando as fases do desenvolvimento no dia-a-dia organizacional da instituição, quais sejam,

recrutamento/seleção, aplicação/lotação, desenvolvimento e avaliação, segundo a abordagem de Malik (1998).

6.3 Análise de Políticas

Viana (1996) compreende política pública como um conjunto de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e orientam as atividades do governo que estão relacionadas às tarefas de interesse público, atuando e influenciando sobre as realidades econômica, social e ambiental, e que variam de acordo com o grau de diversificação da economia, com a natureza do regime social, com a visão que os governantes têm sobre o papel do Estado no conjunto da sociedade, e com o nível de atuação dos diferentes grupos sociais.

Para Frey (2000), há quatro tipos de políticas públicas:

- a) Política distributiva – desconsidera a questão dos recursos limitados, gerando impacto mais individuais do que universais, ao privilegiar certos grupos sociais ou regiões em detrimento do todo. E são caracterizadas por um baixo grau de conflito dos processos políticos, visto que políticas de caráter distributivo só parecem distribuir vantagens e sem acarretar custos;
- b) Política regulatória – envolve burocracia, políticos e grupos de interesse, trabalham com ordens e proibições, decretos e portarias. Os efeitos referentes aos custos e benefícios não são determináveis; dependem da configuração concreta das políticas;
- c) Políticas redistributivas – atingem maior número de pessoas e impõem perdas concretas e em curto prazo para certos grupos sociais e ganhos incertos e futuro para outros. É o processo político que visa a uma redistribuição costuma ser polarizado e repleto de conflitos;
- d) Política constitutiva – lidam com procedimentos, determinam as regras do jogo e com isso a estrutura dos processos e conflitos políticos, ou seja, as condições gerais sob as quais vêm sendo negociadas as políticas distributivas, redistributivas e regulatórias.

As novas gerações de estudos e análise de política deixam claro que a política pública não se caracteriza como um fenômeno ou processo linear, com início, meio e fim. Pelo contrário, envolve um complexo produto marcado por confrontações, transações e ajustes entre os atores governamentais e sociais, que

na prática funcionam como um emaranhado processo de relações de poder ou de momentos que se interconectam e envolve distintos participantes em diferentes níveis e dimensões interdependentes (FARIAS, 2007).

De acordo com Paim (2002), como categoria teórica, a política abrange tanto questões relativas ao poder - natureza, estrutura, relações, distribuição e lutas - quanto as que se referem ao estabelecimento de diretrizes, planos e programas de governo.

Segundo Ham e Hill (1993), as políticas públicas são formadas por uma teia de decisões ou por falta de decisões. Um aspecto importante mencionado por Hecló (1972) é que o conceito de política não é auto-evidente. O autor sugere que “[...] uma política pode ser considerada como um curso de uma ação ou inação (ou não-ação), mais do que decisões ou ações específicas [...]”.

A política pública pode ser entendida como um conjunto de ações conduzidas por um ator, ou um conjunto de atores, referentes a um determinado problema que, nos modernos Estados democráticos, busca legitimidade (ARAÚJO JÚNIOR, 2000).

Segundo Arretche (2003), há um crescente interesse por estudo em políticas públicas devendo-se às mudanças da sociedade brasileira. O intenso processo de inovação e experimentação em programas governamentais, assim como as oportunidades abertas à participação nas mais diversas políticas setoriais – seja pelo acesso de segmentos tradicionalmente excluídos a cargos eletivos, seja por inúmeras novas modalidades de representação de interesses – despertaram não apenas uma enorme curiosidade sobre o funcionamento do Estado brasileiro, como também revelaram o grande desconhecimento sobre sua operação e impacto efetivo, e este contexto favoreceu a ampliação de estudos que analisem as políticas públicas em todo o território nacional.

Walt e Gilson (1994) trabalham com um modelo de análise de políticas que permite a análise de relações complexas, utilizando quatro elementos do triângulo que estão profundamente inter-relacionados: o contexto, processo, conteúdo e atores. Neste tipo de modelo, *os atores* são agentes de algum processo da política, podem desempenhar os papéis de formulação, implementação, aliados ou opositores da política e influenciam e são influenciados pelo contexto no qual vivem e atuam, além de que todos detêm alguma forma de poder; *o contexto* é o ambiente onde as mudanças acontecem e que a política é implantada sendo afetado por aspectos processuais; *o processo* dividi-se em quatro estágios: identificação dos

problemas, formulação da política, implementação e avaliação da política e é afetado e determinado pelos atores envolvidos; o *conteúdo* representa o corpo da política sendo expresso através de todos seus componentes (programas, projetos, atividades específicas, objetivos e metas) sendo influenciado pelos atores envolvidos.

Diversos autores têm utilizado o modelo de análise de políticas de Walt e Gilson em seus estudos como base para a análise (ARAÚJO JÚNIOR, 2000; ARAÚJO JÚNIOR; MACIEL FILHO, 2001; DIAS, 2010; SANTOS NETO, 2012).

Para Araújo Júnior (2000), a política pode ser entendida como um conjunto de recursos, conhecimento e pessoas inter-relacionados que interagem entre si e com outros grupos sociais, visando alterar para melhorar uma determinada situação.

Ela será desenvolvida em contexto determinado pelo ambiente político e socioeconômico, permitindo a identificação de distintos estágios de seu desenvolvimento. Já a análise política será compreendida como uma aproximação sistemática com entendimentos e explicações dos vários estágios do processo político. Assim, a seleção de problemas, a sua explicação, a formulação de propostas normativas associadas às estratégias para sua implementação, são levadas em conta com base no contexto em que o processo político ocorre e interage. A análise política dará atenção aos aspectos abrangentes da política como um todo, ou seja, os atores envolvidos, o conteúdo da política, o contexto em que se realiza e o seu processo de desenvolvimento (ARAÚJO JÚNIOR, 2000).

A partir deste entendimento, neste estudo iremos utilizar o modelo de Walt e Gilson que é um modelo analítico compreensivo e bastante utilizado em países em desenvolvimento para análise de políticas de saúde.

7 METODOLOGIA

7.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo de caso único com enfoque incorporado de base quantitativa e qualitativa, exploratório e retrospectivo.

Martins (2008) define estudo de caso único como uma estratégia metodológica de se fazer pesquisa nas ciências sociais e nas ciências da saúde. Refere-se a uma metodologia aplicada para avaliar ou descrever situações dinâmicas em que o elemento humano está presente, além de buscar apreender a totalidade de uma situação e, criativamente, descrever, compreender e interpretar a complexidade de um caso concreto, mediante um mergulho profundo e exaustivo em um objeto delimitado. Para Goode e Hatt (1969), o estudo de caso é um modo de organizar os dados em termos de uma determinada unidade escolhida.

De acordo com Yin (2001), estudo de caso trata-se de uma metodologia válida sendo aplicado nas situações quando o pesquisador tem pouco controle sobre os eventos e em situações nas quais o foco se encontra em fenômenos complexos e contemporâneos, inseridos no contexto da vida real.

Neste trabalho se utilizou o estudo de caso único já que segundo Yin (2001), ele é aplicado para testar uma teoria bem formulada, seja para confirmá-la, seja para contestá-la, seja ainda para entender a teoria. Nesse caso o estudo deve satisfazer todas as condições para testar a teoria. Outra aplicação deste estudo é quando o caso único se mostra revelador, quando o pesquisador tem a chance de observar um fenômeno anteriormente inacessível a investigação científica. Outra aplicabilidade do estudo é quando o mesmo é utilizado como introdução a um estudo mais apurado ou, ainda, como caso-piloto para a investigação. Dessa forma, nas três aplicações em questão o estudo de caso único é aplicado neste trabalho.

Ainda de acordo com Martins (2008), o estudo de caso incorporado é aquele no qual a situação é avaliada a partir de diferentes unidades ou níveis de análise, que podem ser setores diferentes de uma determinada instituição (setor de vendas e setor de produção, por exemplo), podem ser atividades (processo de planejamento e processo de implantação, por exemplo). Cada um dos níveis de análise ou unidades pode ser analisado com critérios distintos.

Segundo Minayo e Sanches (1993), a abordagem qualitativa expressa a fala cotidiana, seja nas relações afetivas e técnicas, seja nos discursos intelectuais, burocráticos e políticos. Aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas (MINAYO, 2002).

Silva (2001) avalia que na modalidade de investigação qualitativa há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números. A interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são básicas no processo de pesquisa qualitativa, não requerendo o uso de métodos e técnicas estatísticas.

Segundo Bakhtin (1986), existe uma ubiquidade social nas palavras. Elas são tecidas pelos fios de material ideológico; servem de trama a todas as relações sociais; é o indicador mais sensível das transformações sociais, mesmo daquelas que ainda não tomaram formas, atuam como meio no qual se produzem lentas acumulações quantitativas; são capazes de registrar as fases transitórias mais íntimas e mais efêmeras das mudanças sociais.

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalizações de variáveis (MINAYO, 2002).

Conforme assinala Richardson (1989), a pesquisa qualitativa possibilita descrever a complexidade de determinado problema, analisar a interação de determinadas variáveis, compreender e classificar processos dinâmicos vividos por grupos sociais contribui no processo de mudança de determinado grupo e possibilita em maior nível de profundidade, o entendimento das particularidades do comportamento dos indivíduos.

Esse trabalho trata-se ainda de um estudo exploratório que irá investigar um fenômeno pouco conhecido além de identificar e descobrir aspectos importantes deste fenômeno e gerar hipóteses para futuras pesquisas. Este tipo de pesquisa é realizado especialmente quando o tema escolhido é pouco explorado e torna-se difícil sobre ele formular hipóteses precisas e operacionalizáveis. O produto final

deste processo é um problema mais esclarecido, passível de investigação mediante procedimentos sistematizados (GIL, 1991).

Este estudo é também retrospectivo na medida em que investiga uma situação problema que teve seu início e sua evolução em momento passado.

7.2 Área do estudo

Foram estudadas duas unidades de saúde estaduais o Hospital Otávio de Freitas (HGOF) e o Hospital Metropolitano Norte Miguel Arraes de Alencar (HMNMAA), pertencentes ao Governo do Estado de Pernambuco. O HGOF é gerenciado diretamente pela Secretaria de Saúde e o Miguel Arraes de Alencar tem a sua administração gerencial centrada na Organização Social de Saúde - OSS.

A Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco (SES/PE) fundada em 1949 é o órgão gestor do Sistema Único de Saúde no Estado. De acordo com Decreto do Governador Nº 36.622 de 08/06/2011 a Secretaria de Saúde, órgão integrante da Administração Direta do Poder Executivo, tem por finalidade planejar, desenvolver e executar a política sanitária do Estado; orientar e controlar as ações que visem ao atendimento integral e equânime das necessidades de saúde da população; exercer as atividades de fiscalização e poder de polícia de vigilância sanitária; e coordenar e acompanhar o processo de municipalização do Sistema Único de Saúde (PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde, 2011).

Desde 2010 a SES/PE localiza-se no Bairro do Bongi (zona oeste do Recife), após mais de 40 anos funcionando na Boa Vista, no Centro da Capital. Esta Secretaria administra diretamente 32 hospitais, 14 Unidades de Pronto Atendimento (UPA's) já inauguradas e nove unidades da Farmácia de Pernambuco, além das redes do Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco Governador Miguel Arraes (LAFEPE), Laboratório Central de Pernambuco (LACEN), Fundação Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco (HEMOPE), Agência Pernambucana de Vigilância Sanitária (APEVISA), Central de Transplantes, Programa Nacional de Imunização e Serviço de Verificação de Óbito (SVO). Em média 30 mil trabalhadores atuam na SES/PE, dos quais 27 mil são efetivos (1,5 mil no Nível Central). As unidades e órgãos vinculados à SES/PE estão distribuídos em 12 Gerências Regionais de Saúde e beneficiam, com seus serviços, 7,5 milhões de pernambucanos – aproximadamente 88% da população do Estado – que têm no

SUS seu único plano de saúde (PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde, 2013a).

A Secretaria Estadual de Saúde está dividida em seis Secretarias Executivas, dentre as quais se destacam para este trabalho a Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SEGTES) e a Secretaria de Atenção à Saúde (SEAS).

A SEGTES tem a função de formular, coordenar, desenvolver e acompanhar a política de formação e desenvolvimento profissional à área da saúde, consonante com a Política Nacional definida para o Sistema Único de Saúde; planejar, coordenar e executar as atividades relacionadas ao trabalho e à educação na área da Saúde; propor a formulação de critérios para as negociações e o estabelecimento de parcerias entre os gestores do SUS/PE; estabelecer parcerias com os órgãos educacionais, entidades sindicais e de fiscalização do exercício profissional, movimentos sociais e entidades representativas de educação permanente e continuada; estabelecer convênios, intercâmbio e cooperação técnica com órgãos e entidades da União, Estados, Municípios, entidades que atuam no Sistema Único de Saúde e outras organizações científicas, educacionais, técnicas e culturais; planejar e promover a participação dos trabalhadores de saúde na gestão dos serviços; coordenar e desenvolver a política de gestão e regulação do quadro de pessoal; promover a valorização dos recursos humanos; identificar as necessidades de capacitação (PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde, 2011).

A SEGTES regula toda a entrada e saída de profissionais dentro das unidades, além de aprimorar as políticas de gestão de pessoas com políticas de permanência/fixação e valorização dos servidores. A finalidade desta secretaria executiva é ter profissionais de saúde em quantidade e qualidade suficiente para prestar assistência à saúde e atuar na ampliação do acesso com qualidade.

A SEAS é responsável pelos Contratos de Gestão estabelecidos entre a Secretaria e as OSS. Inclusive pelo monitoramento e avaliação destes contratos. Dentro desta secretaria está a Diretoria Geral de Modernização e Monitoramento de Assistência à Saúde (DGMMAS), que é a responsável direta pela gestão das OSS.

O Hospital Otávio de Freitas pertence à gestão estadual direta, foi inaugurado em 1956, seu diretor atual é o Dr. Antônio Barreto. Este é um hospital de alta complexidade situado na região metropolitana do Recife, referência para todo o estado, cujas especialidades são: na Emergência Cirurgia Geral, Clínica Médica,

Ortopedia, Pediatria, Pneumologia, Urologia; e no ambulatório Alergologia, Cardiologia, Cirurgia geral, Cirurgia torácica, Cirurgia plástica (reparadora), Clínica médica, Dermatologia, DST/Aids, Endocrinologia, Fonoaudiologia, Gastroenterologia, Hebiatria, Hepatologia, Medicina do trabalho, Nutrição, Ortopedia, Pediatria, Psicologia (infantil, adolescente e adulto) e Urologia. Esta é uma unidade de referência para o tratamento de doenças respiratórias, em especial a tuberculose (PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde, 2013b).

O Hospital Miguel Arraes de Alencar foi inaugurado em 15 de dezembro de 2009, sendo o primeiro grande hospital de trauma construído na Região Metropolitana do Recife em 40 anos, o último havia sido o Hospital da Restauração, em 1969. Também foi o primeiro, na rede pública de saúde, a adotar o modelo de gestão via Organização Social de Saúde (OSS). O Diretor responsável é a Dra. Amélia Lira, e o perfil de atendimento é de emergência nas especialidades de traumatoortopedia, clínica médica e cirurgia geral, contam também com um ambulatório voltado para pacientes egressos cujas especialidades são clínica médica, cardiologia, nefrologia, cirurgia geral, traumatoortopedia e cirurgia vascular (PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde, 2013c).

O objeto de estudo é a gestão do trabalho em saúde e o seu desenvolvimento nos diferentes modelos de gestão pública empregados nas unidades de saúde estudadas. Este estudo analisou a gestão do trabalho em saúde considerando as fases desenvolvidas no dia-a-dia organizacional, verificando como o recrutamento e seleção, aplicação/lotação, desenvolvimento e avaliação, são impactados pelos diferentes modelos administrativos adotados pela SES/PE.

A escolha pelas unidades foi orientada pelo fato de estarem na região metropolitana, pela facilidade de acesso às mesmas durante a pesquisa de campo e pela diferenciação em relação ao modelo de gestão das duas unidades estudadas. A escolha pelo Hospital Miguel Arraes de Alencar também foi motivada, pelo fato deste hospital ser o primeiro do Estado a adotar o modelo de gestão via OSS. Abaixo quadro com as unidades estudadas:

Quadro 2 - Perfil das unidades de saúde estudadas, agosto, 2013.

UNIDADES DE SAÚDE	HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS	HOSPITAL MIGUEL ARRAES DE ALENCAR
Inauguração	1956	15/12/2009
Modelo Gestão	Estadual	Organização Social: Fundação Martiniano Fernandes/IMIP Hospitalar
Nº de leitos	652	180
Nº profissionais estatutários	1464	0
Nº profissionais CTD	224	0
Nº profissionais CLT	2	977
Nº profissionais Comissionados	5	0
Nº profissionais total	1695	977

Fonte: Elaborado pela autora com dados da folha de pagamento da Diretoria Geral de Gestão do Trabalho da SES-PE de julho, 2014.

Durante a pesquisa de campo foi aprofundado os setores de recursos humanos das unidades, além de toda estrutura gestora e área de cobertura a partir do perfil das unidades.

7.3 Período estudado

Para o desenvolvimento da análise proposta neste estudo foram coletados dados referentes ao período de 2007 a 2013. A opção por este período ocorreu porque claramente o novo modelo de gestão implantado coincidiu com o início do governo do estado de Pernambuco, pelo Governador Eduardo Campos.

7.4 Análise dos dados

Com o intuito de contemplar as categorias de análise e suas variáveis, para obtenção dos objetivos do projeto foi necessário lançar mão de duas formas de análise de dados: análise documental e análise do conteúdo narrativo das entrevistas.

A análise documental buscou identificar nas fontes utilizadas informações relevantes para a compreensão da análise da política de gestão do trabalho em saúde, além de entender como os diferentes modelos de gestão surgiram e estão postos na Secretaria Estadual de Saúde.

Para a análise do conteúdo das entrevistas semi-estruturadas, que foram aplicadas aos informantes-chaves, utilizou-se o método de análise de políticas de

Walt e Gilson (1994) onde as categorias de análise estudadas são: contexto (político, econômico, social e serviços de saúde), conteúdo (programas, projetos, propostas e objetivos), processo (entrada na agenda, formulação, implantação e avaliação) e atores (individuais e institucionais).

A partir das entrevistas e dos documentos analisados foram identificados nos dois hospitais estudados os diferentes modelos de gestão pública e como estes modelos implicam na gestão do trabalho em saúde considerando as fases desenvolvidas no dia-a-dia organizacional, verificando como o recrutamento e seleção, a aplicação/lotação, o desenvolvimento e a avaliação, são impactados pelos diferentes modelos administrativos adotados pela SES/PE.

Foram utilizados os 04 elementos de análise. No *contexto* serão identificados a Política de Saúde e Política de Gestão do Trabalho, a legislação vigente e as unidades de saúde com seus diferentes modelos de gestão; no *processo* serão identificados como o modelo de gestão foi viabilizado, como os profissionais foram lotados nas unidades de saúde, além das formas de desenvolvimento dentro das unidades de saúde, a partir do Ciclo utilizado por Malik; no *conteúdo*, os contratos de gestão, além de o que e como a SES/PE cobra dos entes contratados para gerir as unidades de saúde; nos *atores* serão identificados os implementadores da Política de Gestão do Trabalho na SES/PE e os trabalhadores de saúde das duas unidades pesquisadas.

No Processo da Política foi utilizado como indicador as fases do desenvolvimento do dia-a-dia organizacional proposto por Malik, observando o Suprimento/recrutamento, Desenvolvimento e Avaliação. No *suprimento* foi descrito todas as formas de inserção nas unidades, formas de contratação entrada e saídas dos profissionais; no *Desenvolvimento* destacaram-se as iniciativas de capacitação, formação, educação em saúde realizada pelas unidades; na *Avaliação* foi estudado como é realizada a avaliação de desempenho dos profissionais, quais os incentivos, como sendo necessário para a Política de Gestão do Trabalho em Saúde.

Ressaltamos que estava previsto a análise de documentos referente aos atores do modelo de gestão como o Conselho Estadual de Saúde, SINDSAÚDE e SIMEPE, porém não foi possível a análise em tempo hábil para expor neste trabalho.

7.5 Técnicas qualitativas utilizadas no estudo

Foram estudados os diferentes modelos de gestão da SES/PE com a utilização da análise documental e da entrevista. Para Yin (2001), o uso mais importante de documentos é corroborar e aumentar as provas de outras fontes.

Triangulação de fontes de dados é definida quando se usa múltiplas fontes de evidências ou dados, pois permite por um lado, assegurar as diferentes perspectivas dos participantes no estudo e por outro lado, obter várias medidas do mesmo fenômeno, criando condições para uma triangulação dos dados durante a fase de análise dos mesmos. A utilização de múltiplas fontes de dados na construção de um estudo de caso permite-nos considerar um conjunto mais diversificado de tópicos de análise e em simultâneo permite corroborar o mesmo fenômeno, além disso, serve para confirmar a validade dos processos (YIN, 2001).

De acordo com Flick (2004), durante o planejamento do guia e durante a condução da entrevista semiestruturada devem ser preenchidos quatro critérios: o não direcionamento, a especificidade, o espectro, além da profundidade e do contexto pessoal revelados pelo entrevistado.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas individuais (APÊNDICE B) com gestores das unidades pesquisadas. Foi entrevistado o Secretário Executivo de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, Diretores das duas unidades estudadas além de outro gestor que foi escolhido pelo diretor da Unidade. No Hospital Otávio de Freitas foi escolhido a Gestora de Enfermagem, e no Miguel Arraes de Alencar o Diretor Médico. O Secretário Executivo de Atenção à Saúde estava previsto para ser entrevistado, porém o mesmo solicitou que a Assessoria Técnica respondesse a entrevista. A escolha pelos profissionais em questão foi definida com vistas a compreender a Política de Gestão do Trabalho nos diferentes modelos de gestão.

É importante destacar que como as entrevistas foram semiestruturadas foi possível uma adaptação das perguntas conforme a evolução das entrevistas.

As entrevistas foram nomeadas por ordem de realização, então a primeira entrevista realizada foi denominada E1, e assim conseqüentemente até a E6.

A pesquisa documental é aquela realizada com base em documentos ou com pessoas, mediante registros, atas, circulares, jornais, revistas, ofícios entre outros tipos de documentos. Nessa modalidade de pesquisa, é feito o exame e tratamento analítico desses documentos escritos (GODOY, 1995).

A pesquisa documental é quase sempre a base do trabalho investigativo, podendo se constituir em instrumento principal ou complementar do estudo. É também um meio de verificação dos dados que por ventura surjam visando acessar as fontes pertinentes. Portanto, a pesquisa documental, bem como outros tipos de pesquisa, propõe-se a produzir novos conhecimentos, criar novas formas de compreender os fenômenos e dar a conhecer a forma como estes têm sido desenvolvidos (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANE, 2009).

7.6 Limites do estudo

As limitações da pesquisa são as mesmas presentes em qualquer estudo de caso, que trabalhe com desenho de estudo qualitativo e utilize entrevistas semiestruturadas, entre elas podemos encontrar: falta de motivação do entrevistado, incompreensão das perguntas; fornecimento de respostas falsas conscientemente ou inconscientemente; influência da relação pessoal ou das opiniões do entrevistador sobre o entrevistado; recusa em responder as entrevistas assim como desistir da publicação da entrevista após respondida.

8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este projeto foi desenvolvido obedecendo aos preceitos éticos definidos na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196/96 e foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/CPQAM, sob o parecer nº 679.351 (ANEXO B). Foi realizado respeitando a integridade física e moral dos participantes, o sigilo das informações geradas através dos dados primários e secundários realizados durante o estudo. Foram utilizados os Termos de Consentimento Livres e Esclarecidos (TCLE) (APÊNDICE A) e Carta de Anuência da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Pernambuco (ANEXO A).

9 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussões presentes nesse trabalho foram distribuídos em quatro partes contexto, contudo, processo e atores, baseando-se no modelo de análise de políticas de Walt e Gilson (1994).

A análise de política é uma abordagem multidisciplinar e se constitui como um campo de conhecimento voltado para analisar as relações entre os governantes, o governo e os cidadãos, que visa explicar a interação entre as instituições, interesses e idéias no processo político. É bastante útil tanto retrospectivamente quanto prospectivamente, ajuda a compreender as falhas da política e sucessos passados e fazer planos para a implementação de políticas futuras (WALT, 2008; VIANA, 2008).

De acordo com Lyra e Araújo Júnior (2014) análise de políticas de saúde vem se consolidando no Brasil, embora com um conjunto de diferentes abordagens metodológicas, assim também afirma Bennett et al. (2012), que a análise de políticas públicas de saúde vêm se consolidando como prática nos países em desenvolvimento.

Collins (2005) define a análise de política como um termo genérico, englobando grande número de ferramentas e técnicas para estudar políticas, identificar como se definem e suas conseqüências. Essa análise pode ser parcial, focando em um aspecto específico ou abrangente, com amplo foco de análise (ARAÚJO JÚNIOR; MACIEL FILHO, 2001).

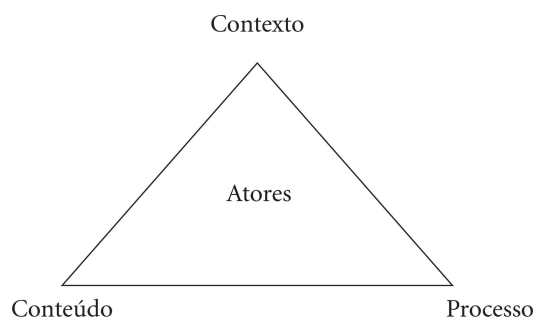
Do ponto de vista teórico-conceitual, a análise das políticas públicas é uma atividade complexa, e incorpora conhecimentos oriundos de várias áreas com as quais também interage, como a economia, a ciência política, a sociologia, a antropologia, a geografia, as ciências sociais, a saúde pública, que têm contribuído para avanços teóricos e empíricos nesse campo (GURGEL, 2007).

O modelo de Walt e Gilson (1994) ao analisar a política vai além porque enquanto se preocupa com o processo de decisão política, também há forte preocupação com o comportamento do ator na formulação e execução da política e do contexto em que as políticas são promulgadas. Oferece um quadro muito mais amplo para se pensar a política de saúde. Este modelo não é simplesmente sobre a prescrição ou descrição, e nem se desenvolvem em um vácuo social, é resultado de complexas interações sociais, políticas e econômicas. Neste modelo de análise de

políticas há aproximação dos conceitos de diversas disciplinas, com domínio da economia e política (WALT, 1996).

Utilizando-se um conceito simples de análise (Figura 1), com a incorporação do conceito de contexto, atores, processo assim como o conteúdo, os formuladores de política e pesquisadores são capazes de entender melhor o processo de mudança na saúde e planejar para uma implementação mais efetiva (SANTOS, 2010).

Figura 1 - O triângulo de análise de políticas de saúde.



Fonte: Walt e Gilson (1994).

A Figura 1 é uma maneira simples de se apresentar um intrincado sistema de interrelacionamentos e passa a impressão que devem ser vistos separadamente. Na verdade os atores são influenciados (individualmente ou como de grupos de interesse ou associação de profissionais) pelo contexto em que trabalham em ambos os níveis tanto macro governamentais quanto micro institucionais. O contexto é afetado por diversos fatores, como instabilidade ou incertezas criadas por mudanças no regime político; por ideologia neoliberal ou socialista; por experiências históricas e cultura. O processo (como os assuntos entram na agenda política) por sua vez é afetado pelos atores, suas posições na estrutura de poder, seus valores e expectativas. E o conteúdo da política engloba todas as outras dimensões. Em outras palavras, um olhar ampliado sobre o contexto, atores, conteúdo e processo pode expor por que uma determinada política alcançou ou atingirá seus objetivos e o porquê destes resultados (WALT; GILSON, 1994).

O modelo de Walt e Gilson (1994) permite a análise de relações complexas, ressaltando a inter-relação entre os quatro elementos constitutivos do triângulo de análise de política. Os atores influenciam e são influenciados pelo contexto no qual vivem e atuam. O contexto é afetado por aspectos processuais. O processo político

é afetado e determinado pelos atores envolvidos e o conteúdo da política será reflexo do conjunto de aspectos enumerados anteriormente. Políticas são resultantes de uma intensa e complexa inter-relação, social, política e econômica, e é baseado em tal constatação que o modelo foi desenvolvido (WALT; GILSON, 1994).

9.1 Contexto

O contexto no qual uma política é formulada e implementada é altamente político, influenciado por valores, princípios e posições políticas dos governantes, assim como pela sua governabilidade, destacando a importância do 'onde' a política se desenvolve (LYRA; ARAÚJO JÚNIOR, 2014).

O contexto será dividido em três partes, o contexto social, econômico e político. Neles abordaremos como se comportou o cenário nacional e local no período de 2007 a 2013.

No contexto serão identificados a Política de Saúde, a Política de Gestão do Trabalho em Saúde, a legislação vigente e as unidades de saúde com seus diferentes modelos de gestão.

9.1.1 Contexto Social

Iniciaremos com uma abordagem do contexto social, que será dividido em duas partes, a primeira para falar do estado de Pernambuco e a segunda das duas unidades estudadas, o Hospital Otávio de Freitas e o Hospital Metropolitano Norte Miguel Arraes de Alencar.

9.1.1.1 *O Estado de Pernambuco*

O Estado de Pernambuco está situado na Região Nordeste, limitando-se ao Norte com o Estado da Paraíba e Ceará, ao Leste com o oceano Atlântico, ao Oeste e ao Sul com os Estados do Piauí e Bahia e ainda ao Sul com o Estado de Alagoas. O Estado está dividido em quatro macrorregiões (Região Metropolitana do Recife - RMR, Zona da Mata, Agreste e Sertão) e 12 Regionais de Saúde.

Segundo o Plano Estadual de Saúde 2012-2015 em relação à distribuição populacional espacial, a maior concentração é verificada na Zona da Mata e RMR

que juntas respondem por 57% de todo contingente do Estado. O Agreste é onde se encontra a segunda maior concentração populacional, seguido pelo Sertão (PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde, 2012).

A população pernambucana em 2010 era de 8.796.448 habitantes, o que equivale a uma densidade demográfica de 89,63 hab/km². No que se refere à variável sexo, a população masculina do Estado totaliza 4.230.681 (48,10%) enquanto a população feminina corresponde a 4.565.767 habitantes (51,90%); dessa forma a distribuição por sexo no Estado segue a mesma tendência verificada na Região Nordeste (IBGE, 2010).

Com relação à expectativa de vida ao nascer, publicada na Síntese de Indicadores Sociais 2010 pelo IBGE, o Estado apresenta a terceira menor expectativa de vida da Região Nordeste (69,1 anos), sendo maior apenas que os estados do Maranhão e de Alagoas, apesar de ter apresentado um aumento superior (4,1%) ao observado na Região Nordeste (3,6%) e no Brasil (3,1%), comparando-se os anos de 1999 e 2009 (IBGE, 2010).

O processo de envelhecimento se concretiza quando a participação da população idosa se torna considerável em relação à população jovem. Esse processo acontece por dois movimentos demográficos demonstrados nas pirâmides populacionais: diminuição da população jovem, fruto da queda da fecundidade (envelhecimento pela base) e pelo aumento da população idosa devido à queda da mortalidade (envelhecimento pelo topo). No que se refere ao envelhecimento da população, o Estado de Pernambuco, assim como a Região Nordeste e o Brasil, encontra-se em estágio avançado na transição demográfica, variando de 28,6% para 41,6% na década de 2000 (MOREIRA, 2002).

De acordo com os dados divulgados em 2008, pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de Pernambuco foi de 0,718. Este índice serve de comparação entre os países, com objetivo de medir o grau de desenvolvimento econômico e a qualidade de vida oferecida à população, é mensurado em três dimensões básicas do desenvolvimento humano: renda, educação e saúde. O índice vai de 0 (zero) a 1(um) e quanto mais próximo de 1 mais desenvolvido é o país ou estado. O Estado ocupa a 23^o posição no ranking dos estados brasileiros e em relação à região Nordeste encontra-se na 5^o posição (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2014).

Conforme dados da SES/PE de dezembro de 2014, a rede estadual de saúde conta com 32 hospitais administrados pela Secretaria Estadual de Saúde. Desses 23 são gerenciados diretamente pela SES, 05 passaram a ser gerenciados por OSS, e 04 hospitais metropolitanos foram construídos (Hospital Metropolitano Miguel Arraes, Hospital Metropolitano Dom Helder, Hospital Metropolitano Pelópidas da Silveira, e Hospital Metropolitano Mestre Vitalino), todos também sob o gerenciamento das OSS's. Em 2015, tem a previsão de entrega do Hospital da Mulher do Agreste, que está sendo construído em Caruaru (PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde, 2013a).

No período de 2010 a 2014 foram inauguradas 14 Unidades de Pronto-Atendimento (UPAs), cada UPA atende uma média de 500 pacientes por dia, com percentual de resolatividade de aproximadamente 95% (PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde, 2013a).

Em relação à média complexidade o Estado está investindo nas Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada (UPAEs) para atender a demanda de consultas e exames de especialidades e já foram inauguradas 09 unidades (PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde, 2013a).

Segundo dados da SES em 2014 existem 10.372 leitos, o que representa uma ampliação de mais de 200% em relação a 2007, quando a rede contava com 3.844 leitos. Desses, atualmente, a rede de saúde conta com 1.118 vagas de leitos de Terapia Intensiva, em todas as regiões do Estado. Esse número representa um aumento de 400% em relação à oferta de 2007, que era de apenas 228 leitos, todos concentrados na Capital (PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde, 2013a).

Destacando o investimento na rede de urgência e emergência hoje o Estado conta com 201 ambulâncias do SAMU sendo 160 de suporte básico e 25 avançadas (equipadas como UTI) além de 16 motolâncias (PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde, 2013a).

9.1.1.2 Unidades de saúde estudadas

Quando comparamos as 02 unidades de saúde estudadas ambas são de alta complexidade. No contexto do SUS a Alta Complexidade é definida como um conjunto de procedimentos que envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais

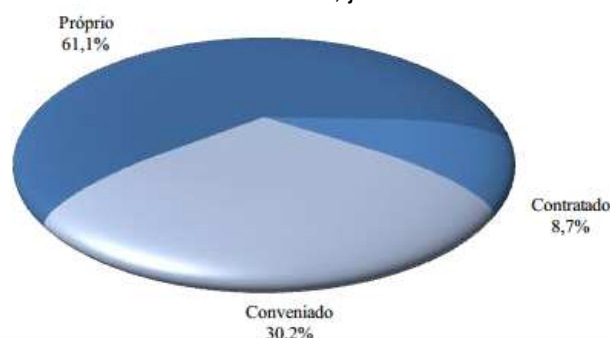
níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade) (BRASIL, 2009).

Os serviços de alta complexidade exigem ambiente de internação com uso de tecnologia avançada e pessoal especializado para sua realização, como em transplantes, cirurgias cardíacas, em queimados, em pessoas portadoras de AIDS, em pessoas com próteses de bacia e de cabeça de fêmur, etc. A Portaria SAS/MS nº. 968/2002 definiu o elenco de procedimentos considerados de Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar. Os procedimentos da alta complexidade encontram-se relacionados na tabela do SUS, em sua maioria no Sistema de Informação Hospitalar do SUS, e estão também no Sistema de Informações Ambulatorial em pequena quantidade, mas com impacto financeiro extremamente alto, como é o caso dos procedimentos de diálise, da quimioterapia, da radioterapia e da hemoterapia (BRASIL, 2002).

Na maior parte dos estados, os procedimentos foram historicamente contratados/conveniados junto aos serviços de saúde, sejam privados com fins lucrativos, sejam filantrópicos ou universitários, conforme a oferta dos prestadores, e seu acesso para a população sempre dependeu da demanda espontânea e procura voluntária dos pacientes (FARIAS, 2009).

Na rede estadual de saúde observa-se que 61,1% dos leitos são próprios, 30,2% conveniados e 8,7% contratados conforme figura abaixo a distribuição dos leitos complementares/SUS em 2014.

Figura 2 - Distribuição dos leitos complementares SUS segundo natureza. Pernambuco, jul. 2014.



Fonte: Elaborado pela autora a partir de Brasil (2014).
Nota: Dados gerados em 10/09/2014

Na Tabela 1 está discriminado o número de leitos próprios, conveniados e contratados.

Tabela 1 - Distribuição dos leitos por tipo, segundo natureza do estabelecimento. Pernambuco, Mar. 2014.

TIPO DE LEITO	PRÓPRIO	CONTRATADO	CONVENIADO	TOTAL
CIRÚRGICO	2589	507	1088	4184
CLÍNICO	4061	614	1086	5761
COMPLEMENTAR	784	110	388	1282
OBSTÉTRICO	1860	249	384	2493
PEDIÁTRICO	1617	303	482	2402
OUTRAS ESPECIALIDADES	1129	867	425	2421
HOSPITAL/DIA	123	2	49	174
TOTAL	12163	2652	3902	18717

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Brasil (2014).

Nota: Dados gerados em 08/05/2014

9.1.1.2.1 *Descrevendo a Gestão do Trabalho em saúde no Hospital Otávio de Freitas*

O Hospital Otávio de Freitas foi batizado inicialmente de Sanatório do Sancho e está localizado no bairro de Tejipió na zona oeste da cidade do Recife. O hospital começou a ser construído ainda na década de 1940, durante o governo do interventor Agamenon Magalhães, mas só foi fundado em 1956.

Foi em 1974 que ele passou a ser chamado de Hospital Otávio de Freitas, em homenagem ao médico sanitarista, administrador de saúde pública, jornalista e pesquisador José Octávio de Freitas, um dos pioneiros no combate à tuberculose em Pernambuco. Cinco anos depois, sob a direção da psiquiatra Jane Lemos, foi acrescentado o serviço de pronto-atendimento da unidade aos já existentes: psiquiatria e pneumologia, clínica médica, cirurgia geral, ortopedia e pediatria.

Atualmente, o Hospital é referência para o tratamento de doenças respiratórias, em especial a tuberculose, traumatologia, clínica médica, urologia, cirurgia geral e pediatria. Além disso, é o único hospital de Pernambuco a tratar de pacientes com tuberculose multi-drogas resistente, forma clínica da doença que não responde às principais medicações que combatem a tuberculose comum. A unidade atende a população dos bairros de Jardim São Paulo, Totó e Sancho, além dos moradores do Curado, Cavaleiro, Jaboatão dos Guararapes e Cabo de Santo Agostinho.

Cerca de 2.300 pacientes são atendidos mensalmente na emergência, onde passam pelo acolhimento com classificação de risco e são submetidos a uma triagem de acordo com a gravidade da situação. O ambulatório atende uma média de 3.000 pessoas por dia em várias especialidades e são realizadas uma média 814 cirurgias ao mês. A unidade conta ainda com o serviço de ouvidoria, por meio dos quais pacientes e acompanhantes podem fazer seus registros por telefone, e-mail ou pessoalmente. No hospital existem 652 leitos com um quadro de 1.696 profissionais (Tabela 2).

Tabela 2 - Quantitativo de profissionais lotados no Hospital Otávio de Freitas, dezembro de 2014.

VÍNCULO	TOTAL
CLT	2
COMISSIONADO	5
CONTRATO POR TEMPO DETERMINADO	224
ESTATUTÁRIO	1464
CEDIDOS À SES	1
TOTAL GERAL	1696

CARGO	TOTAL
ANALISTA EM SAÚDE	205
ASSISTENTE EM SAÚDE	682
AUXILIAR EM SAÚDE	177
MÉDICO	399
TOTAL GERAL	1464

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados da Diretoria Geral de Gestão do Trabalho, da SES-PE, dez. 2014.

Abaixo produção ambulatorial e hospitalar realizada no período de 2010 a 2013 no hospital:

Tabela 3 - Produção ambulatorial do Hospital Otávio de Freitas por procedimento segundo ano de competência, 2010 a 2013.

PROCEDIMENTO/ ANO	2010	2011	2012	2013	TOTAL
AMBULATORIAL	945.323	537.817	741.428	635.826	2.860.394
HOSPITALAR	12.981	16.403	17.535	16.264	63.183
TOTAL	958304	554220	758963	652090	2923577

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados da Diretoria Geral de Planejamento/Gerência de Informações Estratégicas, março, 2014.

O Hospital está sob a gestão direta da Secretaria de Saúde. No que tange a Política de Recursos Humanos essa é guiada pela Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Saúde e quem dá o direcionamento é a Secretaria de Administração como será abordado mais adiante.

Não existe um organograma do Hospital, vale ressaltar que a Unidade de Gestão do Trabalho está ligada à Gerência Administrativa, nesta Unidade existe 03 funcionários sendo 01 gestor de nível superior e dois profissionais de nível médio. Esse setor fica responsável por comunicar aos servidores todo o processo de gestão do trabalho referente à política instituída no nível Central e Secretaria de Administração, além de gerir toda a folha de pagamento mensalmente. As principais responsabilidades desse setor são: movimentação de pessoal (entrada e saída), gratificação de desempenho, folha de pagamento, avaliação de desempenho.

O SAD-RH é o principal Sistema de Folha de Pagamento do Poder Executivo do Estado de Pernambuco, nele contém dados de informações funcionais (trabalhistas e previdenciárias) dos Servidores/Empregados Públicos do Governo do Estado. Esse sistema é alimentado no nível central e os hospitais e GERES que tenham servidores da SES efetivos ou contratados encaminham toda a informação do servidor mensalmente via Ofício, pois esse sistema ainda não é descentralizado para os hospitais da rede própria.

9.1.1.2.2 *Descrevendo a Gestão do Trabalho em saúde no Hospital Metropolitano Norte Miguel Arraes de Alencar*

O Hospital Metropolitano Norte Miguel Arraes de Alencar foi inaugurado em 15 de dezembro de 2009, sendo o primeiro grande hospital de trauma construído na Região Metropolitana do Recife em 40 anos, o último havia sido o Hospital da

Restauração, em 1969. Também foi o primeiro, na rede pública de saúde, a adotar o modelo de gestão via Organização Social. Foi construído com verba estadual (49 milhões) e federal (16 milhões), sendo uma unidade pública, cujo patrimônio é público, porém podem ser incorporadas melhorias pela Organização Social de Saúde que gerencia.

A instituição é responsável por mais de 2.000 atendimentos de emergência mensalmente, além de 4.000 atendimentos ambulatoriais ao mês, e 530 cirurgias/mês. A unidade conta com 180 leitos, sendo 29 leitos de emergência. Oferece serviços de emergência 24 horas em clínica médica, cirurgia geral e traumatologia para adultos. No hospital há 05 salas de cirurgia, Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT), Laboratório de análise clínica, aparelhos de RX, Tomografia computadorizada, Endoscopia, Ultrassonografia e Ecocardiografia.

O ambulatório é voltado apenas para pacientes egressos, onde são ofertadas consultas em clínica médica, cirurgia geral e traumatologia. Um dos diferenciais do HMNMAA é o serviço de Endoscopia Digestiva dentro da emergência, com médico especialista de plantão. A emergência funciona com classificação de risco dentro dos parâmetros propostos pela Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde (MS) e utiliza o protocolo elaborado pelo Hospital Odilon Behrens- BH/MG, validado pelo MS (PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde, 2013c).

A unidade é gerenciada pela Organização Social de Saúde Fundação Martiniano Fernandes/IMIP Hospitalar. Sua cobertura chega a 1 milhão de pessoas que moram na área norte da Região Metropolitana do Recife e Zona da Mata Norte nos municípios de Olinda, Paulista, Abreu e Lima, Igarassu, Itamaracá, Goiana, Itapissuma, Araçoiaba, Condado e Itambé.

O hospital conta com um quadro de 1.113 profissionais desses 934 são contratados pela CLT e 179 são terceirizados, contratados como pessoas física, jurídica e cooperativa, conforme Tabela 4 abaixo:

Tabela 4 - Quantitativo de profissionais do Hospital Miguel Arraes, junho de 2014.

CATEGORIA PROFISSIONAL	TIPO	QTD
Médicos	CLT	104
Outros profissionais de saúde		582
Administrativo		248
SUBTOTAL 01 (CLT)		934
Médicos	PESSOA	104
Outros profissionais de saúde	JURÍDICA	14
Médicos	PESSOA	6
Outros profissionais de saúde	FÍSICA	16
Pessoa Física (Administrativos)	PESSOA	7
	FÍSICA	
Médicos	COOPERATIVA	32
Outros profissionais de saúde		0
SUBTOTAL 02 (TERCEIRIZADOS)		179
GERAL RH(CLT + TERCEIRIZADOS)		1113

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados da Diretoria Geral de Monitoramento e Modernização, SES/PE, junho de 2014.

A produção do Hospital está relacionada na Tabela 5.

Tabela 5 - Número de internações e produção ambulatorial do Hospital Miguel Arraes no período de 2010 a 2013.

ANO	INTERNAMENTO	PRODUÇÃO	TOTAL
2010	7.432	108.980	116.412
2011	9.917	275.591	285.508
2012	11.398	409.661	421.059
2013	9.887	353.068	362.955
TOTAL	38634	1147300	1185934

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados da Diretoria de Planejamento/ Gerência de Informações Estratégicas, março de 2014.

Para o funcionamento do Hospital Metropolitano Miguel Arraes de Alencar é repassado mensalmente para a OSS um valor fixo de R\$ 5.772.469,89 ao mês, diferentemente do Hospital Otávio de Freitas que varia mensalmente (PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde, 2014c). Quando há uma necessidade de compra de material há uma repactuação do valor financeiro e há um repasse para este fim, como exemplifica o entrevistado abaixo:

Quando se quebra um aparelho de ultrassonografia ou de raio-x, por exemplo, a OSS pode comparar e o valor é repassado pelo estado. E isso fica registrado, e se o aparelho quebrou e não havia conserto, ele vem para a manutenção do estado. Mas as unidades também têm contratos de manutenção, pelas OSS's, e tudo isso é custeado por recurso que é repassado, é por isso que às vezes você tem que ampliar o valor de repasse, uma repactuação de contrato de gestão, que tem uma serie de critério dentro do contrato que implicam nessa repactuação (E6).

9.1.2 Contexto Econômico

Do ponto de vista econômico o estado de Pernambuco vivenciou nos anos 2000, a transição de um cenário de estagnação para um ciclo de desenvolvimento econômico (ARAÚJO, 2010). De acordo com Singer (2009), esse processo teve como propulsores os investimentos públicos em infraestrutura e as políticas de incremento à renda do subproletariado³, do governo federal, a partir de 2005. Além do exposto ocorreu a ampliação de investimentos em privados, atraídos pelas oportunidades decorrentes das novas cadeias produtivas de petróleo, gás, indústria naval e logística – em fase de implantação ou reestruturação nesse período. Esse processo de dinamização da economia, a partir de meados dos anos 2000, foi denominado por Monteiro (2011) como um novo ciclo econômico de Pernambuco.

O novo ciclo de desenvolvimento, ressaltado por Monteiro (2011), pressupõe a existência de outros períodos de crescimento econômico. Lima, Sicsu, e Padilha (2007) explicam que a alternância entre ciclos de expansão e retração econômica tem sido uma marca da economia pernambucana, observada desde o período colonial. Para os autores, o mais recente ciclo de crescimento econômico aconteceu nos anos 1960 a 1970, carregado pela política de incentivo fiscal protagonizada pela Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste (SUDENE). Nesse período, entre 1970 e 1975, o estado registrou um crescimento de 10,6% ao ano.

Conforme Lima, Sicsu e Padilha (2007) nos anos 90 foi reduzida a competitividade da economia Pernambucana e se iniciou um ciclo de estagnação econômica com o fechamento de várias usinas industriais e houve também a elevação dos índices de desemprego.

³ Singer (1981) o *subproletariado* não seria a fração do movimento operário organizado nos anos 1970, mas aqueles que "oferecem a sua força de trabalho no mercado sem encontrar quem esteja disposto a adquiri-la por um preço que assegure sua reprodução em condições normais". Estariam nessa categoria, portanto, empregados domésticos, assalariados de pequenos produtores diretos e trabalhadores destituídos das condições mínimas de participação na luta de classes.

A partir de 2000, há um aumento de investimentos decorrentes da Política de atração de investimentos, bem como o aumento do dinamismo da economia local. As atividades responsáveis por uma leve recuperação foram: a expansão da fruticultura, a expansão do pólo têxtil de Caruaru, Toritama e Santa Cruz do Capibaribe, a recuperação do setor sucroalcooleiro, o incremento no turismo e, sobretudo, a atração de investimentos para o complexo industrial e portuário de SUAPE (LIMA; SICSÚ; PADILHA, 2007).

O cenário de retração da economia pernambucana começa a mudar a partir de 2007 com a consolidação de importantes investimentos públicos que potencializaram a atração de empreendimentos privados para o estado. Monteiro (2011) destaca, dentre esses investimentos, os que funcionaram como âncoras do crescimento econômico: a duplicação da BR 101, novas adutoras, ampliação da rede de gasoduto, a transposição do rio São Francisco e a ferrovia Transnordestina.

Silva (2013) destaca que a partir de 2007 há um processo de redefinição da matriz produtiva e o cenário econômico otimista deve ser visto com cautela. O Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social (CEDES) faz um diagnóstico de investimentos que aponta que as maiores restrições ao desenvolvimento eram o crescimento da violência, os sinais de desagregação social e as limitações na escolaridade e na qualificação de recursos humanos.

Como solução o documento aponta: a criação de uma forte e ampla ação de combate à violência no estado para deter a escala de desagregação social, a implantação de um programa de aceleração abrangente de qualificação da mão de obra para inserção social; e a reestruturação e reforço da educação de jovens e adolescentes (CONSELHO ESTADUAL DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL, 2007).

O PIB pernambucano cresceu 4% no primeiro trimestre de 2014, em relação ao último trimestre 2013. Quando comparado ao Brasil esse crescimento é de apenas 0,2%. Esse crescimento pernambucano foi tracionado pelo investimento, e não pelo consumo. Recebeu mais de R\$ 20 bilhões do governo federal e atraiu capital privado, como a Fábrica Italiana Automobili Torino (Fiat) um dos maiores fabricantes de automóveis do mundo, com sede na cidade de Turin na Itália. A indústria em Pernambuco expandiu 2,8% de junho 2013 a maio de 2014 (no país, só 0,2%). A principal atividade fabril do Estado, a alimentícia, foi ainda melhor: mais de 10% de março a maio de 2014 (PINTO, 2014).

De 2007 a 2013, o Programa de Desenvolvimento de Pernambuco (PRODEPE) contabilizou 714 projetos industriais para o Estado, com estimativa de geração de 68.750 vagas de empregos. O investimento nesse período chegou à casa de R\$ 18,5 bilhões e foram distribuídas em todas as regiões de desenvolvimento, conforme Tabela 6 (PANORAMA PERNAMBUCO, 2014).

Tabela 6 – Quantitativo de projetos industriais, investimentos e geração de empregos no período de 2007 a 2013.

ANO	QUANTIDADE		INVESTIMENTOS (R\$)		EMPREGOS (VAGAS)	
	RMR	INTERIOR	RMR	INTERIOR	RMR	INTERIOR
2007	41	9	1,09bi	27,3mi	3.828	1.084
2008	64	36	1,04bi	1,38bi	5.484	7.731
2009	47	29	526mi	512mi	6.785	3.474
2010	69	55	895mi	940mi	4.916	4.776
2011	71	53	6,1bi	733mi	5.539	5.637
2012	90	85	3,09bi	1,05bi	6.377	8.591
2013	32	33	516mi	569mi	1.920	2.608
SUBTOTAL	414	300	13276bi	5219bi	34.849	33.901
TOTAL	714 projetos industriais		R\$ 18,4 bilhões		68.750 vagas	

Fonte: Panorama Pernambuco (2014).

Corroborando com o texto acima Francisco Neto (2012) então Secretário Executivo de Coordenação Institucional da Secretaria da Fazenda de Pernambuco, cita:

Pernambuco vem passando por um ciclo de transformação econômico e social, que vai influenciar as próximas gerações de pernambucanos. Este processo está ancorado em três pilares: uma boa governança pública baseada em metas e objetivos claros com um sistemático monitoramento em suas execuções, uma política vigorosa de atração de novos empreendimentos para o Estado, a partir do Programa de Desenvolvimento de Pernambuco – PRODEPE e um diálogo permanente, com os principais parceiros indutores deste novo momento de Pernambuco – governo federal, empresas públicas e privadas, prefeituras e organizações públicas e privadas. Neste contexto, o fortalecimento institucional da aliança entre o setor público e privado é estratégico e a SEFAZ/PE juntamente com as demais secretarias estaduais, vem desenvolvendo um trabalho de interlocução junto aos atores econômicos, visando garantir um processo de desenvolvimento econômico equânime em todo território estadual (FRANCISCO NETO, 2012).

Na saúde os percentuais investidos pelo estado superaram o mínimo regulamentado pela Emenda Constitucional 29, de, no mínimo, 12% de toda a arrecadação estadual, definido para os Estados brasileiros, conforme Tabela abaixo:

Tabela 7- Percentual de receitas correntes líquidas aplicadas em saúde em Pernambuco, no período de 2010 a 2013.

RECEITAS CORRENTES LÍQUIDAS / ANO	2010	2011	2012	2013
% aplicado	17,64	15,73	15,74	14,96
Valor aplicado (R\$)	1.845.745.170,17	1.967.644.358,49	2.087.140.417,34	2.180.865.068,55

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), janeiro de 2014.

9.1.3 Contexto Político

Após a abordagem do contexto social e econômico do Estado de Pernambuco, destacaremos agora o contexto político.

Em 2009 o Governo Federal realizou a Conferência de Recursos Humanos e em seu relatório está posto que a gestão de pessoas pode e deve tanto incorporar quanto pautar-se pelos princípios democráticos do Estado brasileiro, não apenas em sua burocracia, mas sim em sua forma mais viva, mais dinâmica. Democratizar as relações de trabalho significa, em apertada síntese, tornar vivos os princípios democráticos já consagrados na Constituição e no cotidiano da Administração de Recursos Humanos (BRASIL, 2009).

Esse olhar vale para todas as estruturas de Estado, a gestão de trabalho em saúde deve ser viva e dinâmica e deve buscar dar respostas a todos os conflitos gerados nas relações de trabalho dentro dos serviços públicos.

Entre 2007 e 2013 houve grandes mudanças no contexto político nacional que influenciaram o processo político estadual, segundo Khan e Heuvel (2006), essas alterações no contexto político refletem as relações de poder entre diversos setores, atores e interessados. Influencia construção de agenda, formulação de políticas, implementação e avaliação, e lida com a alocação de recursos.

No mesmo período citado acima houve duas eleições presidenciais, a primeira com vitória do presidente Luís Inácio Lula da Silva que permaneceu por dois mandatos (2003-2006) e (2007-2010) e a segunda em 2011 com a vitória da presidenta Dilma Vana Rousseff.

No estado de Pernambuco o período de estudo deste trabalho (2007-2013) correspondeu aos dois mandatos do Governador Eduardo Henrique Accioly Campos (2007 a 2010) e (2011 a 2013). O governo de Eduardo priorizou a remodelação dos serviços de saúde pública com a construção de 04 novos Hospitais de grande porte, além da implantação de 14 UPAS e 09 UPAE todas implantadas com o gerenciamento das Organizações Sociais de Saúde e a passagem de 05 hospitais antigos do interior do estado, que funcionavam sob gestão estadual e hoje estão sob gerenciamento das OSS's.

Para a compreensão do cenário político do estado de Pernambuco nas eleições para o governo do estado em 2006, é fundamental considerarmos a atuação do Governo Lula (2003-2006) na região Nordeste. Atuação essa que teve impactos no quadro político da região a partir de 2006. As bases materiais que constituíram o fenômeno do lulismo e suas repercussões sociais e ideológicas ajudam a compreender o realinhamento político do eleitorado na região (SINGER, 2009).

O panorama eleitoral de 2006 em Pernambuco foi influenciado pelas políticas adotadas pelo Governo Federal – como indutor do desenvolvimento da região Nordeste – no primeiro mandato do Governo Lula (2003-2006). Segundo Araújo (2010), a partir desse período houve uma dinamização dos segmentos produtivos nessa região que tiveram como fundamentos: os investimentos em infraestrutura; que impulsionaram a geração de emprego formal; e, em consequência desta, potencializou a dinâmica da economia. Ainda segundo a autora, ao investirem na perspectiva da integração nacional, estas ações contribuíram para um novo ciclo de desenvolvimento, pois ocorreu uma mudança de estratégia do Governo do presidente Lula da Silva em relação ao governo anterior (ARAÚJO, 2010).

Para Barreto (2006), o resultado das eleições de 2006, no plano nacional, contribuiu para estreitar as relações de proximidade do governo do estado de Pernambuco com o Governo Federal. Com isso, se abriu uma possibilidade sem precedentes de fortalecimento do Partido Socialista Brasileiro (PSB) que, sob a liderança de Arraes, esteve quase sempre em condições políticas adversas.

O fato mais relevante a destacar nesse contexto político, é a importância geopolítica que o governo do PSB de Pernambuco passou a ter a partir de 2006. Em primeiro lugar, porque o partido elegeu três dos nove governadores nordestinos, o que significou uma representação importante na base política de sustentação do

Governo Lula. Em segundo lugar, porque depois do falecimento de Miguel Arraes, em 2005, Eduardo Campos assumiu a presidência nacional do partido e, a partir de 2007, na condição de governador, tornou-se a maior liderança do partido. Deste então, o modelo de gestão implementado no governo Campos passou a ser a vitrine da legenda nacionalmente, tornando-se um eixo central da plataforma de fortalecimento do partido (SILVA, 2013).

O PSB passou a construir sua referência política com a bandeira da gestão pública. Essa nova plataforma política foi estruturada a partir do modelo de gestão Todos por Pernambuco, no Governo Campos (2007-2010) em parceria com o Movimento Brasil Competitivo (MBC) e a consultoria do Instituto de Desenvolvimento Gerencial (INDG) (SILVA, 2013).

O modelo de gestão adotado pelo governo foi reconhecido por entidades do empresariado nacional e organismos internacionais comprometidos com a formação e consolidação do revisionismo neoliberal e a sustentabilidade de seu projeto hegemônico. Ao longo dos dois mandatos o governo foi premiado entre outros: o modelo de gestão todos por Pernambuco, o Programa Chapéu de Palha e o Programa Mãe Coruja.

A diretriz principal, definida pelo programa de governo de Campos, refere-se à necessidade de um novo ciclo de crescimento econômico sustentável, acompanhado da melhoria dos indicadores sociais no estado de Pernambuco. Os serviços públicos são concebidos como instrumentos para o bem-estar social, possuindo papel estratégico na superação da pobreza e na conquista da dignidade cidadão (SILVA, 2013). O então candidato Eduardo Campos apresenta o documento afirmando:

Para nós não basta crescer, será preciso crescer com qualidade. Somente a disseminação do conhecimento científico e da inovação tecnológica em todas as regiões poderá dotar o Estado de uma base de capital humano e empresarial necessária ao desenvolvimento realmente sustentado por um longo período de tempo (FRENTE POPULAR DE PERNAMBUCO, 2006).

A realização de um desenvolvimento sustentável estaria relacionada à disseminação do conhecimento científico e tecnológico necessária para a formação de capital humano e empresarial no estado. No Plano de Governo intitulado “Um novo olhar Pernambuco” (2007-2010), o argumento de que esse desenvolvimento asseguraria o aumento da qualidade de vida dos cidadãos é recorrente e aparece

como justificativa para a urgente modernização do sistema de gestão pública (SILVA, 2013).

Entretanto, essa suposta harmonia entre privado e o público, em prol de um desenvolvimento com justiça social é identificada como o pressuposto teórico e a perspectiva política presentes no plano e no programa do governo Campos. Essa parceria, com a finalidade de proporcionar um “crescimento econômico sustentável e inclusivo” (CAMPOS, 2008), constitui o eixo fundamental do que Werthein e Noleto (2003) consideram como a nova matriz conceitual do desenvolvimento. Esta nova matriz está contida no conceito de desenvolvimento social, que pode ser encontrado em termos distintos, mas que representam o mesmo princípio, da expansão do capital com justiça social.

9.2 Conteúdo

O conteúdo é o corpo da política que é expresso através de diversos componentes, como: programas, projetos, atividades específicas, objetivos e metas. De acordo com esta compreensão, analisar o conteúdo de uma política é fundamental para seu entendimento. Para Souza (2007) as políticas públicas se desdobram em planos, programas, projetos, bases de dados ou sistema de informação e grupos de pesquisa.

O conteúdo de uma política é delimitado em termos dos problemas que ele pretende mudar, seus programas, projetos, ações, metas e recursos necessários. A relevância de analisar o conteúdo é expressa na perspectiva da identificação da política, quais os impactos, além da avaliação da adequação dos recursos utilizados (ARAÚJO JÚNIOR; MACIEL FILHO, 2001).

Avaliando o conteúdo da Política dividiremos em dois blocos, no primeiro será discutido o conteúdo da Política de Gestão do Trabalho em Saúde e o conteúdo do modelo de gestão implantado a partir do olhar dos entrevistados, no segundo o contrato de gestão celebrado entre a SES e a Organização Social de Saúde.

9.2.1 Conteúdo da Política de Gestão do Trabalho em Saúde

A Política de Gestão do Trabalho em Saúde na Secretaria Estadual de Saúde está amparada pelo estatuto do Servidor Lei Nº 6.123 de 20 de julho de 1968, que

conforme o entrevistado 3 já se encontra ultrapassado necessitado de reajustes, citação abaixo.

[...] o estatuto do servidor é muito antigo e toda vez que se muda a gestão se tenta mudar esse estatuto, mas não se consegue [...] (E3).

A Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde gerencia os recursos humanos das unidades de Saúde sob gestão direta. As unidades que são geridas pela OSS estão ligadas diretamente à Secretaria Executiva de Atenção à Saúde (SEAS), inclusive com o monitoramento e avaliação de todo o serviço e dos Contratos de Gestão, sob o olhar da Diretoria Geral de Modernização e Monitoramento de Assistência à Saúde (DGMMAS) (PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde, 2014c).

Vale ressaltar que apesar das ações referentes ao servidor serem realizadas na Secretaria de Saúde, toda a Política de Recursos Humanos das unidades de saúde sob gestão direta é definida no âmbito da Secretaria de Administração do Estado de Pernambuco e não na Secretaria de Saúde.

A Secretaria de Administração (SAD) é o órgão representante do Poder Executivo Estadual nas relações e negociações com os servidores públicos e encarregado de formular as políticas de desenvolvimento de recursos humanos, de capacitação, reciclagem, aperfeiçoamento e qualificação de pessoal. A SAD está incumbida de traçar e coordenar o planejamento e desenvolvimento dos sistemas administrativos de gestão de pessoal e patrimônio no âmbito da Administração Pública Estadual. É ela quem promove, supervisiona e avalia a execução de planos e projetos de tecnologia da informação e coordena a execução das políticas de pessoal e supervisiona as ações relacionadas ao pagamento de remunerações, salários e benefícios dos servidores, militares e empregados públicos estaduais. A Secretaria também atua como órgão disciplinador dos Sistemas de Compras, Licitações e Contratos, formula e supervisiona as políticas previdenciárias e de assistência médica e social ao servidor público estadual (PERNAMBUCO. Secretaria de Administração, 2014). Entrevistado abaixo referencia:

Na gestão direta quem assume e quem define a política de Recursos Humanos no âmbito estadual é a Secretaria de Administração (SAD), a SES auxilia, imprime e negocia os princípios e as diretrizes do sistema. A secretaria consegue ter um grau de autonomia maior quando usa recursos fundo a fundo, mas quando utiliza recursos do tesouro, a exemplo do Plano de Cargos e Carreiras, que é vinculado que tem uma base, que ancora sua base no tesouro, não. Até a própria definição do concurso que também

depende do tesouro, isso aí é completamente dependente de uma decisão da SAD. A SES tem autonomia na definição de metas dos indicadores, da padronização do desempenho, isso aí compete a Secretaria de Saúde, mas valor de remuneração, valor de interstício em cada Plano, se implanta Plano para todo mundo ou só para determinada categoria, toda essa negociação ela é feita sob a liderança e a legitimidade no âmbito do Governo e da SAD. A secretaria luta para ter grau de autonomia e influência (E3).

9.2.2 Conteúdo do modelo de gestão implantado com o gerenciamento das Organizações Sociais de Saúde

Na Constituição de 1988 em seu Art. 197 que são de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros, e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado (BRASIL, 1988).

E no Art. 199 da Constituição referem que as instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos (BRASIL, 1988).

Nacionalmente foi publicada a Lei Nº 9.637 de maio de 1998 que dispôs sobre a qualificação de entidades como organizações sociais. Esta lei cita que o poder executivo poderá qualificar como Organizações Sociais de Saúde pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde (BRASIL, 1998).

Em Pernambuco, a primeira Lei que instituiu as OSS's e também as OSCIP's foi publicada em 2000, no governo de Jarbas Vasconcelos, sendo aprovada pela Assembléia Legislativa. O Modelo de gestão via OSS adotado pela Secretaria de Saúde iniciou apenas em 2010, com a inauguração do Hospital Miguel Arraes.

A Lei Estadual Nº 11.743, de 20 de janeiro de 2000, qualifica como organização social as pessoas jurídicas de direito privado, sem fins econômicos, cujas atividades sejam dirigidas à promoção ou execução das atividades públicas não-exclusivas. Nessa lei cita que as OSS's deverão adotar modelos gerenciais flexíveis, autonomia de gestão, controle por resultado e adoção de indicadores adequados de avaliação do desempenho e da qualidade dos serviços prestados, além de redução de custos, racionalização de despesas com bens e serviços e

transparência na sua alocação e utilização (PERNAMBUCO. Assembleia Legislativa, 2000).

A lei acima citada foi regulamentada pelo Decreto Nº 23.046, de 19 de fevereiro de 2001, onde está posto que a OSS deverá prestar gratuitamente à coletividade, atividades públicas não exclusivas, de natureza social. Nesse decreto é facultada ao Poder Executivo a cessão especial de servidor ou empregado público para as organizações sociais, sem ônus para o órgão de origem, pelo prazo de 02 (dois) anos, prorrogável por igual período (PERNAMBUCO. Governo do Estado, 2001).

Em 2013 foi publicada a Lei nº 15.210 que dispõe sobre as Organizações Sociais de Saúde no âmbito do Estado de Pernambuco e que rege todo o funcionamento e monitoramento dos contratos de gestão celebrados entre a Secretaria de Saúde e a OSS. Esta lei não revogou a anterior apenas dispõe que a Lei anterior não se aplica aos contratos de gestão na área de saúde. Essa nova lei descreveu passo a passo todo o funcionamento das OSS na Secretaria de Saúde, desde a qualificação, Seleção Pública, Contratos de Gestão, (acompanhamento, avaliação e fiscalização), intervenções da Secretaria de Saúde e Sanções (PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde, 2013d).

A lei acima cita que os servidores da Administração Pública poderão ser cedidos às OSS's, sendo mantido o seu vínculo com o Estado, nos termos da Lei nº 6.123, de 20 de julho de 1968, computando-se o tempo de serviço prestado para todos os efeitos legais, inclusive promoção por antiguidade e aposentadoria, esta vinculada ao desconto previdenciário próprio dos servidores públicos do Estado. A Lei ainda abrange que o servidor poderá, a qualquer tempo, mediante requerimento ou por manifestação da OSS, ter sua cessão cancelada. Além de que o servidor público cedido poderá receber da OSS estímulo remuneratório por resultados, por meio de recursos próprios da entidade, que não serão incorporados à remuneração (PERNAMBUCO. Governo do Estado, 1968; PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde, 2013d).

Ressalta-se que ambas as Leis que dispõem sobre a qualificação de Organizações Sociais no Estado de Pernambuco foram aprovadas e decretadas pela Assembléia Legislativa e sancionada pelo Governador do Estado.

Ficou evidenciado a partir das entrevistas que esse modelo de gestão foi introduzido a partir da necessidade de contratação de pessoal para além da Lei de

Responsabilidade Fiscal, da superlotação dos hospitais em 2006 e também da necessidade de expandir a rede de saúde com contratação de pessoal de forma imediata. O entrevistado 3 explicita bem o cenário em que esse modelo de gestão foi implantado:

[...] Houve um momento onde se pensou, onde se criou a fundação como alternativa, porque o que é que está na base de tudo isso: é a necessidade de expandir o sistema de saúde, uma limitação na lei de responsabilidade fiscal, com gastos, com folha de pagamento e um cofinanciamento a partir do repasse federal, onde se havia uma dificuldade de entendimento se poderia gastar esse tipo de recurso com folha de pagamento, isso era um tabu e ainda é [...] Então fazendo essa reflexão quando foi que esse modelo iniciou, esse modelo ele surge dentro de uma tensão entre a necessidade de expansão dos serviços, dificuldade de gastos dos recursos com pessoal e também de uma tensão na relação gestor trabalhador, onde eram necessários ajustes no tempo de contratação e não se podia fazer isso com a administração direta [...] Então esse modelo foi sobretudo, terceirização da gestão do trabalho, da gestão de recursos humanos (E3).

Ressalta-se que de fato há a dificuldade de contratação de pessoal devido a Lei de Responsabilidade Fiscal, Lei Complementar Nº 101 de 04 de maio 2000, que prevê que a despesa total com pessoal, em cada período de apuração no Estado não poderá exceder 60% da receita corrente líquida (BRASIL, 2000). Entrevistado abaixo corrobora:

Então a OSS veio como um modelo que atendia a essa necessidade de expansão da rede sem expandir gasto com folha de pessoal do tesouro, ela respondia a uma possibilidade de flexibilizar a contratação, foco na gestão, flexibilização no sentido da contratação (E3).

Para Elias (1999), a discussão sobre modalidades de gestão transformou-se numa das questões centrais na agenda pública brasileira, destacando-se mais do que as discussões a respeito da assistência em si. Longo (2004) corrobora este aspecto ao situar que a maior motivação para a busca dessas formas alternativas de gestão está na possibilidade de flexibilização da Gestão de Recursos Humanos.

Santos (2006) comenta que a administração pública tem baixa capacidade operacional, fraco poder decisório, controles essencialmente formais e sem qualidade e influências políticas externas. Assim, a finalidade da administração passou a ser os meios e seus processos e não os fins. Tal contexto se reflete na gestão hospitalar pública, dificultando uma política de incorporação tecnológica, informatização, modernização administrativa e gestão de recursos humanos

comprometidos com o serviço público. Na maioria dos hospitais públicos, falta gestão capaz, eficiente, moderna e humana; esses serviços, muitas vezes, têm alto custo e baixo resultado (IBAÑEZ; VECINA NETO, 2007).

Vecina e Malik (2007) apontam como principais tendências entre outras da área hospitalar no Brasil as seguintes características: reduzir número de leitos e hospitais, exceto em casos específicos; criar escalas econômicas mais adequadas para serviços com maior complexidade, com concentração de tecnologia tanto em equipamentos quanto em processos; a incorporação da integralidade nos discursos de serviços públicos e privados; buscar novas formas de financiamento, pois o modelo atual deixa todos os atores insatisfeitos.

Quando pensamos no modelo de gestão pública adotado pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco observamos que a mesma fez a opção de tanto se responsabilizar pelo financiamento e provisão da produção de bens e serviços de saúde como também, em algumas unidades de saúde apenas financiar e regular a assistência que será gerenciada pela OSS.

Esse modelo de Organização Social de Saúde foi formulado pelo Ministro Bresser Pereira em 1995 o qual buscou criar figuras novas no terceiro setor, as quais deveriam se transformar em espaço público não estatal.

Uma das críticas à chamada Reforma Bresser dos anos 90 foi a de levar muito mais para o terceiro setor, sob regulação estatal, a realização de serviços públicos, em vez de introduzir modernos processos de gestão no interior da administração públicas (SHIER, 2002).

O que se vê hoje espalhado pelo Brasil é a administração pública buscando mecanismos paralelos ao Estado para se desvincular da imobilidade burocrática, dos baixos salários e da retração de ingresso de servidor no serviço público. Na maioria das vezes, infelizmente, somente as entidades e órgãos públicos que atuaram com entidades paralelas conseguiram manter qualidade nesses serviços. É a era das fundações de apoio, das cooperativas de trabalhadores, das terceirizações ilegais, etc.; o próprio TCU, no Acórdão 1193/2006 - Plenário, reconheceu que o imobilismo e as amarras da administração pública empurraram o gestor público para aliar-se a mecanismos externos ao Estado para viabilizar-se (SANTOS, 2006).

O que se observa é que o modelo principalmente no tocante a gestão do trabalho em saúde, foi inserido no estado de Pernambuco sem o vínculo e a carreira do servidor público, além de que há uma alta rotatividade dos profissionais.

Entrevistados abaixo dão sua opinião em relação a esse modelo de gestão implantado:

Acredito que não deveria ter outra forma de inserção no serviço público, acho que serviço público tem que ser direcionado para servidor público, de concurso público. Eu ainda acredito no servidor público fazer carreira, com remuneração adequada, Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos, com as cobranças de resultados, fazer carreira na instituição. O servidor temporário, ele não abraça a causa e no plantão extra muito menos porque ele não tem nada de respaldo (E5).

A meu ver a única vantagem da gestão da OSS em relação ao público de administração direta é a celeridade das contratações. A gente sabe que se você não tem um profissional do serviço público de administração direta, você tem que esperar que se faça concurso ou que seja remanejado de outra unidade, e em geral as unidades não tem como remanejar, então o contrato direto viabiliza isso. Por exemplo, quando o Hospital Miguel Arraes foi inaugurado existia um quantitativo de pessoal que foi pensado para o nº de leitos do hospital, só que como todo serviço público nossa emergência ela supera em 300% a capacidade da emergência, então poder contratar mais profissionais para suprir o déficit para atender essa demanda, foi possível. É evidente que foi negociado isso no ano seguinte, com a secretaria de saúde para o repasse dos custos com esse pessoal, o que não é possível na administração direta. Isso é a única diferença e a única vantagem do gerenciamento via OSS (E2).

[...]Obviamente que a rotatividade de profissional é muito grande e por isso implica na qualidade da assistência (E6).

Um destaque no que se refere aos recursos humanos é a dificuldade de gerenciamento dos profissionais de saúde dentro das unidades, já que com a municipalização e estadualização existem servidores com diversos vínculos e salários, convivendo num mesmo espaço físico. Entrevistado abaixo relata essa dificuldade:

Eu ainda colocaria uma coisa, o Sistema Único de Saúde sempre conviveu com isso, em ter trabalhadores de saúde com múltiplos vínculos, em determinadas unidades, primeiro com o processo de estadualização e de municipalização e agora com processos via OSS. Dentro de cada unidade a gente faz uma divisão: trabalhadores do estado, trabalhadores contratados com carteira assinada CLT, trabalhadores colocados a disposição com vínculo MS, e isso dificulta uma política única de gestão de pessoas, porque cada profissional ele se vincula as carreiras de base, ele se vincula ao serviço e se vincula a unidade OK, a gestão dela, o vínculo com a unidade de saúde e com os usuários, mas a perspectiva de carreira profissional, a comparação de remuneração, tudo isso repercute e dificulta a gestão de recursos humanos na unidade de saúde (E3).

Observamos através das entrevistas abaixo que houve decisão política da implantação do modelo de gestão. Nas entrevistas realizadas foi pautada a questão

da decisão política da implantação do modelo de gestão e foi encontrado a pauta abaixo:

Claramente houve decisão política, com a crise grande que aconteceu nos hospitais de Pernambuco, esse foi o principal fator que levou a implantação do modelo. Mobilizou a imprensa, a sociedade, com relação a situação dos hospitais existentes, a superlotação, esse foi o principal fator para tomada de decisão (E4).

Se houve decisão política? Claro, a decisão foi totalmente política, dentro da visão do Secretário, atual governador, ele dentro das diretrizes de Pacto da Saúde, Pacto Pela Vida, era o modelo para ser seguido (E1).

[...] eu acho que há uma evolução das coisas, esse modelo já vinha em outros lugares, como no estado de São Paulo, tem algumas experiências também em outros locais, mas o mais famoso e relevante era em São Paulo. E com o aumento da assistência hospitalar, que estava clara naquela época, e havia uma dificuldade grande no próprio núcleo de gestão, a OSS foi a alternativa que se pensou na época de agilizar as ações de estrutura, para fazer com que o serviço funcionasse, e também para tentar dar celeridade aos instrumentos de gestão, considerando inclusive a complexidade do SUS, uma série de coisas que a gente tem para dar conta e que de alguma forma não consegue (E4).

Entrevistado abaixo corrobora com esse fato:

[...] Eu sei que fizeram visitas aos modelos de São Paulo e criaram um desenho de Organização Social aqui diferente, onde a OSS, sobretudo assume a gestão de recursos humanos, e com baixa autonomia, por exemplo, para aquisição de equipamentos. Existem modelos mais flexíveis. Aqui em Pernambuco a aquisição de equipamentos, a aquisição de mobília ainda ficou centralizado na Secretaria Estadual de Saúde. O que dá pouca autonomia para o gerenciamento do cotidiano de condições de trabalho nas OSS's (E3).

Observa-se a nível Nacional o modelo de gestão via Organização Social de Saúde sendo implantado através das Unidades de Pronto Atendimento (UPA). O cenário Nacional influenciou o cenário local. O Ministério da Saúde observa-se a implantação das UPAS sendo gerenciadas pelas OSS. Isso teve influência no Estado de Pernambuco que iniciou também a implantação dessas unidades.

Na Secretaria de Saúde do estado de Pernambuco existem hoje oito OSS contratualizadas: IMIP Hospitalar, Santa Casa de Misericórdia, Hospital Maria Lucinda, Hospital do Tricentenário, Fundação Altino Ventura, Hospital do Câncer, Associação de Proteção à Maternidade e à Infância de Surubim (APAMI), Instituto Pernambucano de Assistência à Saúde (IPAS). Essas OSS administram 09 hospitais, 14 UPAS, 09 UPAE, com um total de recursos investidos com contratos de

gestão no valor de R\$ 713.643.307,44 ao ano (PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde, 2004c).

Ao discutir o que mudou com a introdução desse novo modelo de gestão e conseqüentemente novo cenário na gestão do trabalho em saúde, fica evidenciado que com entrada de novos serviços de saúde como as UPAS e Hospitais Metropolitanos, estes serviços vieram para fechar uma lacuna existente na rede de urgência e emergência, as UPAS dando um suporte às unidades básicas de saúde e principalmente no período noturno e os hospitais metropolitanos vieram para servir de retaguarda aos hospitais de grande porte da rede como o Hospital da Restauração, Getúlio Vargas, Agamenon Magalhães. Porém no que se refere aos profissionais de saúde, o que aconteceu foi que com o aumento da oferta de serviços de saúde, não existe no mercado profissionais, principalmente médicos, em quantidade suficiente para toda a rede. Portanto está gerando uma competitividade dentro da própria rede estadual, vencendo a que ofertar o maior salário com as melhores condições de trabalho, e também estabilidade em alguns casos. O entrevistado abaixo descreve bem essa situação:

E algo também agora que se acompanha nesse modelo não é só o desempenho específico da unidade, mas o desempenho do sistema, porque o que mudou com a introdução dessas OSS's na rede estadual: reduziu a demanda por atendimento básico, como no caso das UPAS, e o que aconteceu com os hospitais de alta complexidade, eles realmente agora estão podendo exercer mais a sua missão que é atender pacientes mais graves diminuindo a quantidade de atendimento básico, a gente tem uma visão que isso aconteceu. Mas a SES não conseguiu expandir e manter o número de profissionais suficientes para ocupar tanto as UPA, quanto a atenção básica da mesma forma, e aí há uma preferência principalmente dos médicos em atuarem nas Unidades de Pronto Atendimento. Constatase que os dois âmbitos de atenção são necessários, urgência e emergência e atenção básica, mas por essa pequena quantidade de profissionais existentes no mercado a gente viu uma migração dos profissionais da atenção básica para as UPAS, por causa do salário e da flexibilidade da jornada de trabalho, então quase se ganha a mesma coisa para ficar 24h, dois plantões de 12h, ao invés de ficar 40h. São modelos bem diferentes, um exige do profissional vínculo, responsabilização do território, já no outro modelo você tem a estrutura física, ambiência melhor, que isso atrai, condições de trabalho, você tem mais acesso aos serviços de saúde exames básicos, que a unidade básica não dispõe em tempo oportuno, para tomada de decisão. Mas não se dispensa medicamentos na unidade, não se vincula, não se tem uma visão mais integral, é simplesmente aquela urgência, e isso não condiz com o perfil de adoecimento dos usuários que são um perfil onde predomina as doenças crônicas, não transmissíveis e que para o acompanhamento, precisa de um cuidado mais continuado que a atenção básica na nossa teoria de saúde coletiva, ela consegue manejar mais esse cuidado a longo prazo, do que as UPAs. Os hospitais Miguel Arraes e o Pelópidas da Silveira, eles vieram como suporte. O Pelópidas ele

é um hospital referência em neuro e cardio, e ele veio para dar um suporte grande ao Hospital da Restauração [...] (E3).

Campos (2007) cita que um ponto essencial na reforma da reforma é a revisão do modelo de gestão ainda empregado no SUS, tanto aquele utilizado para administrar os serviços próprios, quanto o vigente na relação com prestadores privados ou filantrópicos. Há que se considerar o limite de qualquer reforma gerencial ou do modelo de gestão; em geral, o desempenho das organizações depende de um complexo de fatores, entre eles, o contexto político, econômico e cultural e não somente de alterações tecno-gerenciais, ainda que estas interfiram no desempenho dos serviços.

O modelo atualmente vigente na administração direta para a gestão de hospitais e serviços especializados se caracteriza por rigidez na execução orçamentária, emperramento na administração de pessoal, excessiva interferência político partidário tudo isto tem levado grande número de serviços públicos à burocratização e mesmo à degradação organizacional. Ao longo dos anos, gestores inventaram remendos para contornar parte destas dificuldades uma delas é delegar a gestão dos hospitais a entidades civis privadas, criando-se leis e normas que permitiram a existência de Organizações Sociais ou OSCIP(s) integradas à rede do SUS. Esta última linha de mudança indica uma desistência da administração direta, já que investe em modalidades de gestão com base em contratos entre o gestor – restrito ao papel de regulador – e entes privados sem fim lucrativos (CAMPOS, 2007).

9.2.3 Apresentando o Contrato de Gestão

Lima (1996) define o contrato de gestão como instrumento gerencial originado da administração por objetivos ou administração sistêmica por objetivos e resultados. De acordo com André (1993) o contrato consiste no estabelecimento periódico e sistemático de compromissos negociados e acordados entre o nível local e central, acerca dos objetivos e metas para um dado período de gestão, com o intuito de induzir à participação maior e à co-responsabilização na operacionalização dos referidos objetivos e metas. Em contrapartida, a administração central concede à local maior autonomia gerencial, liberando-a do controle dos meios, que passa a ser realizado sobre os resultados alcançados.

Campos (2007) define o contrato de gestão como uma modalidade de relação interinstitucional com grande potencialidade. Primeiro, porque explicita os programas concretos de cada gestor; segundo, introduz em alguma medida uma modalidade real de co-gestão sem diminuir a autonomia e a responsabilidade do encarregado pela execução da atenção à saúde; terceiro, define com clareza a responsabilidade sanitária de cada ente federado; e, ainda, institui um sistema regular de avaliação de resultados bastante vinculado à dinâmica da própria gestão. O autor ainda cita que o contrato pode ser utilizado tanto entre entes federados como também entre o gestor local e o prestador de serviços.

Em Pernambuco o primeiro contrato de gestão foi celebrado em 25 de novembro de 2009, entre a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco e Fundação Professor Martiniano Fernandes - IMIP Hospitalar, para operacionalizar a gestão hospitalar e executar ações e serviços de saúde no Hospital Metropolitano Norte Miguel Arraes de Alencar (ANEXO D).

Ressalta-se que o imóvel e os bens móveis são pertencentes à Secretaria de Saúde e que compete à OSS assegurar a organização, administração e gerenciamento do Hospital, o provimento dos insumos (materiais) e medicamentos e a garantia do quadro de recursos humanos qualificados e compatíveis com o porte da unidade e serviços contratualizados.

Em São Paulo as Organizações Sociais foram amparadas pela Lei Complementar nº 846 de 1998 do estado de São Paulo, que dispõe sobre a qualificação de entidades como organização social para atuar nas áreas da saúde e educação (SÃO PAULO, 1998). Em 2009 essa Lei foi ampliada para entidades da área de esportes e voltadas ao atendimento ou promoção dos direitos da pessoa com deficiência física (SÃO PAULO, 2009).

Para avaliar e monitorar os resultados apresentados pelas Organizações Sociais de Saúde na execução dos Contratos de Gestão firmados no âmbito da Secretaria Estadual de Saúde existe a Comissão de Avaliação e Monitoramento (CAM), publicada através da Portaria SES/PE Nº 352 de 03 de julho de 2012 e republicada através da Portaria SES Nº 389 de 29 de agosto de 2014, com o nome de Comissão Técnica de Acompanhamento Interno do Contrato de Gestão, composta por profissionais da Secretaria Estadual de Saúde das áreas da Atenção à Saúde, jurídico e Financeiro, cujas responsabilidades são: 1- o recebimento e análise dos relatórios gerenciais e financeiros mensais emitidos pela contratada; 2-

a execução orçamentária do contrato; 3– a supervisão dos serviços; 4– a análise técnica dos relatórios trimestrais apresentados pela contratada sobre os resultados atingidos com a execução do contrato de gestão; e 5 – a análise dos pedidos de alteração contratual e todas as medidas administrativas necessárias ao desenvolvimento do contrato de gestão (PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde, 2014a).

Além dessa Comissão existem mais duas a Comissão Mista de Avaliação para proceder à análise definitiva dos relatórios trimestrais sobre os resultados do contrato de gestão a ser enviado à Secretaria de Saúde, Secretaria da Controladoria Geral do Estado, Núcleo de Gestão do Poder Executivo, Tribunal de Contas do Estado, Assembléia Legislativa e Conselho Estadual de Saúde. Esta Comissão é composta por 05 (cinco) membros, sendo 02 (dois) representantes da Secretaria de Saúde, 02 (dois) representantes da Secretaria de Planejamento e Gestão e 01 (um) representante da Secretaria de Administração (PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde, 2013d).

A terceira Comissão é a de Seleção Pública que é responsável pelo Processo de Seleção Pública da Organização Social de Saúde. Existe a publicação do edital e do Termo de Referência. Posteriormente a OSS selecionada entregará o Termo de Habilitação como OSS. A análise da documentação da OSS é realizada pela Comissão Permanente de Licitação da SES e a proposta de trabalho é avaliada por essa comissão. Posteriormente há a publicação no Diário Oficial do Estado da OSS vencedora e é assinado o Contrato de Gestão (PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde, 2014c).

Importante ressaltar que na Lei nº 11.743, de 20 de janeiro de 2000, em seu art. 22, e no Decreto nº 23.046, de 19 de fevereiro de 2001 atribuíram à Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco (ARPE), a função de atuar como órgão de Normatização e de Controle das Entidades Privadas sem Fins Econômicos, qualificadas como Organizações Sociais, ou Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, que fazem parte do Sistema Integrado de Prestação das Atividades Públicas Não-Exclusivas. Nesse processo a OSS repassava todas as informações pertinentes a Agência Reguladora. Inclusive a ARPE publicou em 2010 a Resolução nº 005 que regulamenta as condições e os procedimentos para o monitoramento e fiscalização dos serviços pactuados com Entidades Sociais, por meio de Contrato de Gestão. Porém a ARPE saiu do

processo de regulação, a partir da nova legislação vigente (AGÊNCIA DE REGULAÇÃO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DELEGADOS DE PERNAMBUCO, 2010; PERNAMBUCO. Assembléia Legislativa, 2000; PERNAMBUCO. Governo do Estado, 2001).

A prestação de contas da OSS está definida da seguinte forma: mensalmente é repassado para a DGMMAS todos os gastos juntamente com as notas fiscais correspondentes, além da folha de pagamento com todas as pessoas discriminadas; anualmente as contas deverão ser apresentadas ao Tribunal de Contas do Estado. Então a prestação de contas é realizada na DGMMMA. A Secretaria Executiva de Administração e Finanças da SES recebe apenas o balanço financeiro anualmente. A Controladoria e Tribunal de Contas do Estado auditam anualmente as contas. Se houver alguma mudança no contrato, o mesmo é encaminhado à Controladoria do Estado de Pernambuco e ao setor jurídico da SES que dão o parecer que segue para a Procuradoria Geral do Estado que também vista, sendo posteriormente assinado pelo Secretário de Saúde. O Tribunal de Contas do Estado e da União são órgãos externos parceiros que apontam problemas e ajudam a SES no que couber (PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde, 2014c).

A Lei nº 15.210, de 19 de dezembro de 2013 cita em seu art. 15 que “A execução dos contratos de gestão será acompanhada, fiscalizada e supervisionada pela Secretaria de Saúde, sem prejuízo da ação institucional dos demais órgãos de controle interno e externo do Estado” (PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde, 2013d). Ao final de cada ano é construído o relatório anual de monitoramento dos contratos de gestão que é realizado a partir do acompanhamento das atividades assistenciais executadas na unidade por meio de visitas sistemáticas, acompanhamento dos relatórios gerenciais mensais, avaliação trimestral e elaboração de relatórios trimestrais.

A Procuradoria Geral do Estado tem a atribuição e competência de vistar o termo aditivo que será realizado quando da repactuação das metas, como também aprovar previamente às minutas-padrão do edital e do contrato de gestão, relativos às cláusulas essenciais. E a DGMMAS fica responsável de estipular as regras e cláusulas técnicas, específicas para cada contrato de gestão (PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde, 2013d).

Em relação à repactuação das metas do contrato de gestão está posto na Lei publicada em 2013:

A repactuação de metas, a renegociação e o reequilíbrio do contrato serão objeto de termo aditivo, a ser prévia e expressamente aprovado pela autoridade máxima do órgão supervisor, mediante pareceres favoráveis da Comissão Técnica de Acompanhamento Interno do Contrato de Gestão e da Comissão Mista de Avaliação (PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde, 2013d).

A Comissão Técnica de Acompanhamento Interno do Contrato de Gestão realiza semanalmente visitas às unidades, e avalia trimestralmente basicamente os indicadores de qualidade e quantidade da assistência oferecida aos usuários da unidade postos no Contrato de Gestão. O documento utilizado nas visitas está no ANEXO C - Relatório de Visita do Hospital Metropolitano Norte Miguel Arraes de Alencar. O Secretário de Saúde analisa os resultados alcançados, junto à equipe da SEAS, e o Governador também monitora os indicadores de saúde através de reuniões de monitoramento que acontecem junto à Secretaria de Saúde e a Diretoria do Hospital Miguel Arraes, conforme entrevistado 6:

A comissão foi publicada em Diário Oficial. A comissão que faz a visita, a avaliação e a cada três meses apresenta essa avaliação diante do diretor, do presidente da OSS, do diretor da unidade, da enfermeira da unidade, da diretoria, da secretária, das pessoas que coordenam. Ela acompanha e monitora aquela unidade semanalmente e a cada três meses faz o relatório (E6).

Importante ressaltar que o valor repassado para a OSS é dividido em pesos para cada modalidade de atividade assistencial, sendo 70% (setenta por cento) correspondente ao custeio das despesas com internação, 20% (vinte por cento) para o atendimento de urgência e 10% (dez por cento) para o atendimento ambulatorial (egressos). Havendo qualquer irregularidade na utilização dos recursos ou bens de origem pública, os servidores da DGMMA dão ciência ao Tribunal de Contas do Estado e ao Ministério Público Estadual.

A Secretaria de Saúde repassa à OSS a importância global mensal estimada de R\$ 5.772.469,89. Além dessa verba é permitido o recebimento de doações e contribuições de entidades nacionais e estrangeiras (PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde, 2014c).

O entrevistado abaixo explica que esse repasse pode ser variável, se a OSS não cumprir o estipulado no contrato:

[...] as vezes você tem que ampliar o valor de repasse, uma repactuação de contrato de gestão, que tem uma série de critério dentro do contrato que implicam nessa repactuação (E6).

Por exemplo, no caso do médico se a escala não estiver completa, já é descontado do valor que é repassado a OSS por não cumprir a meta completa, e isso acontece em várias unidades, os descontos por falta de profissional na escala (E6).

Conforme dados da Secretaria Executiva de Atenção à Saúde ao ano são gastos com os contratos de gestão em torno de 700 milhões:

Tabela 8: Total de Recursos com Contrato de Gestão para o ano de 2014.

UNIDADES	QUANTITATIVO	VALOR (R\$)
UPA	14	178.985.000,82
HOSPITAIS	9	462.807.018,16
UPAE	9	71.851.288,46
TOTAL	32	713643307,4

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (2014c).

Em relação aos recursos humanos a Secretaria de Saúde pode colocar a disposição da OSS, mediante cessão especial, os servidores públicos estaduais do seu quadro e pessoal permanente, sendo o valor de repasse dos recursos, do servidor colocado à disposição, deduzido mensalmente. A OSS se responsabiliza pela contratação de todo o pessoal, sendo de sua inteira responsabilidade os encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais, só podendo gastar no máximo 65% (sessenta e cinco por cento) dos recursos públicos com remuneração, encargos trabalhistas e vantagens de qualquer natureza.

Importante ressaltar que o estado pode intervir na administração da unidade de saúde, caso haja risco quanto à continuidade dos serviços de saúde. Assim explica o entrevistado 4:

Esse é um órgão público. O Estado contrata um órgão sem fins lucrativos para fazer a gestão, para fazer o hospital funcionar, mas não deixa de ser público. O prédio fica com a SES quando essa organização sair, ou pode vir outra no lugar. Então a Organização Social é algo que é transitório, ela pode trocar, pode vir outra organização, pode se transformar em estrutura direta e voltar para o estado, então o hospital é público, a gestão dele é delegada para o privado, ela é concedida pela administração (E4).

Na primeira Lei sobre as OSS o prazo de vigência do contrato de gestão era de 05 anos, na Lei de 2013 esse prazo não poderá ser superior a 2 (dois) anos, renovável por sucessivos períodos, até o limite máximo de 10 (dez) anos, desde que sejam demonstradas as vantagens da medida e o pleno atendimento das metas pactuadas, conforme parecer elaborado pela Comissão de Avaliação e aprovado pela autoridade máxima do órgão supervisor do contrato de gestão. Com isso observa-se que este é um modelo que está sendo vislumbrado por período longo (PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde, 2013d).

Todos esses tópicos abordados acima estão descritos no Contrato de Gestão celebrado entre a SES e a OSS e legitimado através das Leis acima citadas.

9.3 O Processo da Política

O processo político é analisado com foco na tomada de decisão e implementação de políticas. A forma como as decisões são tomadas podem ser explicadas através de visões pluralistas ou elitistas, e se eles são feitos por meio de processos abertos ou fechados em termos de envolver os principais grupos interessados. O tipo de política também é avaliado e relacionado com o processo de tomada de decisão. Há uma descrição de como as políticas podem ser implementadas, quer de uma forma mais de cima para baixo ou de baixo para cima. Relações entre os diferentes níveis de governo, as estratégias para a implementação de políticas e os recursos são recomendados para serem examinados. Finalmente, a lógica em que a política é concebida, se é compatível com um modelo racional, incremental, mista ou estratégica é também levadas em conta (ARAÚJO JÚNIOR; MACIEL FILHO, 2001).

Para a análise do *processo* destacamos algumas diferenças em relação à Política de Gestão do Trabalho em Saúde nas duas unidades estudadas, tomando com referência Malik (1988) utilizaremos com indicador as atividades do ciclo do subsistema da Administração de Recursos Humanos, quais sejam: suprimento, recrutamento e seleção, a aplicação, o desenvolvimento e a avaliação.

9.3.1 Suprimento- Recrutamento e Seleção

Em relação à contratação/ formas de inserção dos profissionais nos serviços de saúde destacamos nos hospitais sob gestão direta como o Otávio de Freitas basicamente 04 formas: Concurso Público, Seleção Pública Simplificada, Cooperativas de Anestesiologia e terceirizados. Ainda existe outra forma que não é computada como entrada no serviço e sim como forma de reposição imediata / rápida de servidores que é o Plantão Extra.

O Concurso Público é amparado pela Constituição Federal de 1988 em seu Artigo 37 e também pelo Estatuto dos Funcionários Públicos do Estado de Pernambuco Lei nº 6.123, de 20 de julho de 1968. Os dois últimos Concursos Públicos da Secretaria de Saúde aconteceram em 2009 e 2013 apenas para médicos para os outros profissionais de saúde o último realizado foi em 2004. Em 2014 foi realizado Concurso Público que contemplou os profissionais de saúde não médicos, após 10 anos sem concurso (BRASIL, 1988; PERNAMBUCO. Governo do Estado, 1968). Assim afirma entrevistado abaixo:

Tivemos concurso em 2013 para médicos, desde 2004 nós não temos concurso para as demais categorias profissionais, o concurso tem sido negociado hoje em mesa de negociação. A reposição de profissionais não se dá de forma automática como deveria ser, porque todo ano nós perdemos profissionais e precisamos repor pelo menos a gente devia ter um banco específico a cada vez que se expirasse o prazo do concurso. Veja em 2004 foi o último concurso, até 2008, tínhamos banco de concursados, de 2008 para cá, 6 anos a Secretaria de Saúde sobreviveu de Seleção Pública Simplificada para reposição de profissionais temporários (E3).

Conforme entrevista abaixo se observa o porquê da não realização de concurso por tanto tempo:

A justificativa que a administração como um todo dá para a opção da não realização de Concurso Público, é a necessidade de avaliar o impacto que a contratação das OSS e a expansão das Unidades de Pronto Atendimento poderiam provocar para as outras unidades, como os grandes hospitais. Existia um imaginário forte no âmbito da administração pública, principalmente na SAD, mas que as unidades de pronto atendimento elas poderiam reduzir a demanda para os grandes hospitais e com isso reduziria a necessidade de profissionais para essa rede. Outro fator também que dificulta o Concurso Público e que se coloca na agenda do concurso é a possibilidade de terceirização de alguns serviços, como o de laboratório, como o de imagem. Então são serviços onde se avalia o custo benefício, na terceirização são oferecidos os serviços mais rápidos para o hospital e para o usuário, ao custo menor do que a montagem, a aquisição do equipamento, a manutenção desse equipamento, a contratação de

profissionais para ocupar esses postos, fazer tudo isso sai mais caro, do que contratar o serviço na modalidade de custeio com repasse fundo a fundo (E3).

As seleções são regidas pela Lei 14.547 de 21 de dezembro de 2011, para tanto os profissionais de Saúde passam por um processo seletivo simplificado de provas e currículo ou apenas análise curricular e após aprovação são contratados para atender às necessidades de excepcional interesse público. Esses profissionais são contratados por tempo determinado, podendo as contratações ser prorrogadas por um período de até seis anos (PERNAMBUCO. Governo do Estado, 2011).

Conforme dados da Secretaria de Saúde de 2011 até dezembro de 2014 foram realizadas 61 Seleções Públicas Simplificadas para diversos cargos de saúde, sendo contratados mais de 5.000 profissionais, inclusive para reposição do quadro de Analistas Técnicos do nível Central com a contratação de Apoiadores Institucionais, já que desde 1990 não se realiza concurso para a área administrativa (PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde, 2014a).

O Plantão Extra ainda não está amparado em nenhuma Legislação, porém existe a necessidade de reposição rápida e emergencial dos profissionais nas unidades de saúde, por falta de servidores devido a licenças prolongadas e também férias, além da ausência de servidores em plantões críticos, esse tipo de reposição acontece nas unidades de saúde sendo definida por cada hospital qual a forma que se vai contratar os profissionais. Como cita o entrevistado abaixo:

Tem uma outra modalidade que ela não está regulamentada, mas ela existe de fato, que é a contratação por plantão extra, é uma contratação direta que as unidades fazem, está em processo de regulamentação para que as unidades obedeçam aos mesmos critérios. Isso é um tipo de seleção temporária não autorizada pela Secretaria de Administração. Então as unidades têm a necessidade, pela essência do serviço público, por ela não ter a possibilidade de esperar todo o processo de reposição mediante concurso ou seleção ela mesma, cada unidade, faz a sua seleção de profissionais para prover as demandas urgentes urgentíssimas (E3).

Esse tipo de contratação é precária, ela não vincula o profissional ao serviço, ela vincula por uma questão pessoal, ela não vincula por um contrato de trabalho, ela vincula pela confiança que se estabelece entre os gestores das unidades, de saber que aquela pessoa vai comparecer a unidade ao serviço naquele dia, mas, elas são contratações que acabam se perenizando na administração. Porque são aqueles profissionais que você sabe que pode contar, que tem habilidade em determinados setores do hospital e esse pagamento irregular se perpetua. A gente tem reconhecido que essa é uma ação legítima da unidade que tem que prover o serviço. Então o que a gente está construindo é um amparo legal, para dar oportunidade da autorização formal reconhecida pela SES, pela SAD e pelo

próprio governador. Quem está a frente de uma unidade como o HR, como HBL, o HAM, eles precisam ser autorizados a fazer essa contratação temporária, amparado em uma legislação, obedecendo aos critérios públicos de contratação e os limites também financeiros. Um grande empecilho a regulamentação é porque esse tipo de pagamento não aparece como gasto de pessoal, esse tipo de pagamento aparece como custeio, como ODC- Outras Despesas Correntes do grupo 3, não como grupo 1 dentro do tesouro e aí ofusca esse gasto que realmente existe com pessoal de fato. A única coisa que vai fazer reduzir é a nossa proposta de regulamentação desses Plantões Extras (E3).

No Hospital Otávio de Freitas acontece a reposição por plantão extra, da seguinte forma: o profissional é contratado por um pacote de plantões a serem dados no hospital, dessa forma ele irá receber um valor fechado por todos os plantões trabalhados. O entrevistado 1, explica a necessidade de reposição de profissionais, pois não existe Concurso Público para os servidores da área fim há 10 anos, também não existindo mais banco de Seleção Pública Simplificada.

Uma situação que não é confortável é a do plantão extra, que a gente tem contratado porque não houve concurso e sai profissional por tempo de serviço, por aposentadoria, contratado que venceu o prazo de validade, o CTD que arranhou emprego em outra área, mas o serviço continua. Então no Hospital Otávio de Freitas se gasta o equivalente a R\$ 800 mil (oito centos mil) de Plantão Extra Plantão Extra (E1).

Hoje no Otávio de Freitas tem um pacote de X Plantões Extras por profissional de saúde. O servidor não recebe por plantão e sim por uma quantidade de serviços, como um pacote, normalmente a gente coloca o próprio servidor na escala de serviço do Plantão Extra (E5).

Morici e Barbosa (2013) estudando hospitais de Belo Horizonte relataram que o ingresso nas instituições administradas segundo as regras públicas se dá prioritariamente através de Concursos Públicos. Esse processo seletivo claramente não é capaz de suprir a assistência com profissionais capacitados com a agilidade necessária, uma vez que os concursos não são realizados regularmente e, quando realizados, são processos morosos, compostos de várias etapas. Nas instituições administradas segundo as regras públicas, a falta de provisão de profissionais aprovados em concurso faz com que seja necessária a contratação de trabalhadores por meio de outros vínculos mais flexíveis, garantindo assim o número adequado de profissionais para o atendimento assistencial. Essa contratação contraria as leis vigentes, mas é vista como única alternativa para o pleno funcionamento das instituições de saúde pesquisadas. Conclui-se, então, que a tentativa de garantir o

ingresso justo de profissionais mediante a realização de concursos públicos, por sua própria ineficiência, gera uma situação paralela de contratação irregular.

A ADLIM é uma empresa terceirizada que presta serviço à SES para a contratação de pessoal na área de limpeza, recepção e administração. Os profissionais são contratados pela empresa no regime CLT.

Tem a ADLIM que é terceirização de serviços de atividade meio, então os serviços administrativos, de limpeza e recepção ficam a cargo das terceirizadas, faz muito tempo que o estado não faz concurso e a política a decisão é que esses serviços eles sejam terceirizados, também onera o custeio e não são considerados gastos com pessoal (E3).

Fato interessante encontrado nas entrevistas é que existem duas cooperativas médicas atuando dentro da saúde do estado a COOPANESTE e a COOPAGRESTE. A COOPANESTE está inserida nas duas unidades estudadas.

Existe outro mecanismo específico, peculiar a categoria médica que é a cooperativa, que é uma modalidade de contratação de serviços hoje temos duas, a COOPANEST e a COOPAGRESTE [...] Essa questão com os anestesistas ela é histórica, tem uma influência forte da Sociedade Brasileira de Anestesia (SBA) e em um determinado momento de negociação eles quiseram estabelecer uma carreira própria, e a carreira dos anestesistas contempla o ingresso nessa cooperativa mediante o título de especialista pela Sociedade Brasileira de Anestesia, embora se tenha residência MEC (Ministério da Educação), eles só reconhecem as residências e os profissionais só são autorizados a atuarem na cooperativa se esses programas de residência eles forem credenciados pela SBA. Então nenhum médico quer atuar sem o aval da SBA para não ficar excluído, nem o profissional ele ousa a entrar no programa de residência que não tenha a chancela da SBA, porque quando ele sair ele vai ficar excluído do sistema até ele conseguir o título. Então fizemos o esforço de passar de 11 vagas para 28 vagas queríamos chegar pelo menos em 30 vagas de residência, para formar mais anestesistas, mas sem o aval, sem o apoio da SBA, os próprios anestesistas não querem entrar num projeto desses para não serem excluídos. E a gente está tentando conseguir no mercado outras cooperativas, expandimos muito a nossa rede, muitos blocos cirúrgicos, temos hoje um déficit de anestesistas para dar conta de toda a demanda da rede (E3).

[...]voltando para questão da anestesia, é uma grande dificuldade que se tem em hospitais onde a gente tem um maior número de cooperados do que de servidores, os cooperados eles tem obrigação de fazer aquele tipo de cirurgia e então eles pouco se vinculam a necessidade de fazer cirurgia de menor complexidade e vão ter menor remuneração, mas que são necessárias aos usuários e importante para a formação dos anestesistas que vão vivenciar cirurgias de diferentes portes. Na cooperativa a função dela é de prover o profissional, mas não tem que ser o mesmo profissional, então tem uma alta rotatividade nesse sistema [...] (E3).

Foi identificado que os Obstetras também estão querendo criar uma cooperativa para atuação dentro da Secretaria Estadual de Saúde, porém essa não é a Política de Saúde implantada, conforme contribui entrevistado abaixo:

Existe uma pressão de construção de cooperativa em Caruaru para os obstetras, ainda ta sendo enfrentado porque o modelo adotado não é o modelo de cooperativa, não é isso que tem sido incentivado, ou OS, ou concurso, e o único caso de cooperativa são dos anestesistas (E3).

Em relação à Seleção de profissionais para o HMNMAA, todo o Processo Seletivo é realizado pela OSS que convoca e encaminha para a unidade. Aos profissionais de saúde desse hospital que são contratados por regime CLT, é permitido o terceiro vínculo, mesmo a unidade sendo pública, como explicita entrevistado abaixo:

Nas unidades OSS, a rotatividade é grande e tem uma crítica a respeito da entrada. No setor público ela é bem mais democrática, tem o processo seletivo aberto à concorrência. E os processos hoje de contratação da OSS, na forma que ocorre no estado, é um processo restrito de seleção, então os critérios de avaliação não são amplamente divulgados, e ele é muito vulnerável as influências políticas, às indicações. Então a gente acredita que a entrada mediante concurso e seleção, blinda o sistema de influências políticas e privilegia o recrutamento de profissionais com a maior qualidade, qualificação. O que acontece é que a seleção desses profissionais na OSS ela se dá depois da contratação com a demissão e na entrada ela tem uma grande influência política, essa é a grande crítica hoje dos sindicatos e de quem faz também a gestão de pessoas (E3).

Outra diferenciação das duas unidades é que o Hospital Miguel Arraes tem maior liberdade para contratação de profissionais, já que podem propor melhores salários, por exemplo, a um profissional cuja especialidade é escassa no mercado, fato que não pode ser regido dentro dos hospitais sob gestão direta.

A OSS ela paga diferenciado por especialidade e garante o profissional de saúde na unidade, por exemplo, o médico neonatologista que é difícil em determinada região, a OSS paga o valor diferente e consegue prover, e não constitui terceiro vínculo, não aumenta gasto com tesouro, isso torna mais ágil a reposição durante a saída do profissional (E3).

Dentro da SES nas unidades sob gestão direta, a gente pode pensar na crítica que existe, a gestão pública na área de recursos humanos com todas as suas limitações e termos de contratação de pessoal, a gente tem pouca flexibilidade para contratar por diferentes cargas horárias, a gente pode ter uma política para determinada categoria, mas fica difícil a remuneração diferenciada por especialidades[...] isso gera uma crise no sistema e nos hospitais[...] então se você pegar uma determinada especialidade de

médico e remunerar diferenciado cria uma dificuldade com todas as outras categorias (E3).

Corroborando com o fato acima Morici e Barbosa (2013) realizaram uma pesquisa em hospitais com diferentes modelos de gestão em Belo Horizonte e publicaram em seu artigo que a remuneração foi diferente nos dois grupos estudados: nos hospitais administrados segundo as regras públicas os salários estão definidos em tabela negociada com o sindicato ou por lei específica, e nos hospitais administrados segundo as regras privadas eles são definidos de acordo com o mercado.

9.3.2 Reposição de profissionais

Dentre as principais diferenças no tocante a recursos humanos nas unidades sob gestão direta e OSS se destaca a questão da reposição. No HMNMAA após a saída de algum profissional da unidade, a reposição acontece de forma automática pela OSS, já no HGOF a unidade deve seguir toda a burocracia da administração pública para reposição de profissionais. Quando existe banco de Concurso Público espera-se no mínimo de 3 a 4 meses para que se possa chamar do banco e repor os profissionais, destaca entrevistas abaixo:

Na gestão direta quando o profissional sai da unidade de saúde, quando ele pede exoneração no mínimo nós levamos de 3 a 4 meses para repor na unidade, porque a unidade comunica a Secretaria que o profissional saiu, a secretaria elabora um ofício junta com as outras demandas para solicitar a SAD; a informação chega a SAD que passa por toda uma análise dos cargos, se é reposição de cargos vagos, se é aposentadoria, o que isso vai repercutir financeiramente, até que se faça a nomeação e ainda quando existe o banco de dados de concurso, isso se tiver banco, quando não tem banco pior ainda. Então a pessoa é nomeada tem 30 dias para tomar posse, pode pedir prorrogação, claro que fica a critério da administração conceder ou não esse pedido, é uma concessão da administração. Mas pode até 120 dias e ainda tem mais 30 dias para entrar em exercício. Então a velocidade ela deixa a desejar. São necessários mecanismos de reposição rápida (E3).

Cada OSS tem sua peculiaridade. A mesma faz a seleção que pode ser uma seleção curricular, entrevista, uma prova, um questionamento, um questionário para ser respondido, ou a modalidade de conhecimento das pessoas. Primeiro a OSS publica o processo seletivo, depois as pessoas se inscrevem e eles fazem a seleção. A OSS seleciona os profissionais, mas quem determina o número, quantitativo necessário é a Secretaria de Saúde [...] (E6).

Morici e Barbosa (2013) citam que à agilidade de contratação e a possibilidade de seleção dos profissionais segundo o perfil necessário ao trabalho assistencial, nas contratações pela CLT são mais vantajosas. Para os contratos pela CLT são desenvolvidos processos seletivos internos segundo as necessidades específicas das instituições, que podem ser realizados em prazos menores quando comparados aos Concursos Públicos.

9.3.3 Desenvolvimento (Educação em Saúde)

Para o *desenvolvimento* destacam-se o incentivo às iniciativas de capacitação, promovidas pelas próprias instituições, mediante o aproveitamento de habilidades e de conhecimentos de servidores do quadro de pessoal; o apoio ao servidor público em iniciativas de capacitação, voltadas para o desenvolvimento das competências institucionais e individuais; a garantia de acesso dos servidores a eventos de capacitação interna ou externa ao seu local de trabalho; o incentivo à inclusão das atividades de capacitação como requisito para a promoção do servidor na carreira; e a complementaridade entre o resultado das ações de capacitação e a mensuração do desempenho, as quais constituem diretrizes que reforçam um novo olhar para o desenvolvimento (BRASIL, 2009).

Esse posicionamento do Ministério da Saúde está alinhado à prática da Diretoria Geral de Educação em Saúde da Secretaria de Saúde, que visa aos princípios e diretrizes do SUS, como explicita a entrevista abaixo:

Nas unidades sob gestão direta tem a política de educação permanente, que contempla o eixo do desenvolvimento profissional, o eixo da educação permanente que tanto atua numa perspectiva de educação continuada, voltada para as questões de habilidades e competências de uma determinada demanda, como também como processo de reorganização do processo de trabalho. Para isso a SES vincula a avaliação de desempenho aos processos de educação permanente, num processo formativo onde se discute a questão dos indicadores e a partir disso se problematiza a organização e reorganização do processo de trabalho para melhoria do desempenho. Isso também tem considerado como um processo formativo como um processo de educação permanente, isso para além do tradicional curso de capacitação. Mas a SES ela procura viabilizar tanto a questão dos cursos de atualização que vão de 8 a 40h, e a formação da pós graduação (E3).

A rede de serviços que compõe o Sistema Único de Saúde constitui-se numa verdadeira escola de formação de profissionais de saúde (gestores, trabalhadores,

estudantes) e do controle social. A construção dos espaços de ensinar e aprender na Rede SUS - Escola PE é possível por meio da integração de profissionais de saúde, estudantes, docentes e usuários, estabelecendo-se relações horizontais de cooperação entre os atores, e também se constituem em cenários de práticas pedagógicas e profissionais de natureza participativa. Tem como componentes centrais a educação em serviço e o entendimento que o trabalho cotidiano nos serviços de saúde é formador de sujeitos (PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde, 2014b).

Na SES as principais intervenções que hoje pretendem consolidar a Rede SUS Escola na Secretaria Estadual de Saúde são o Programa FormaSUS, os estágios obrigatórios e não obrigatórios, os Programas de Residência em área Profissional e Multiprofissional, o fortalecimento da Escola de Governo em Saúde Pública, o Fortalecimento dos Espaços de Cogestão (Comissão de Integração Ensino e Serviço (CIES), Comissão Estadual de Residência Médica, Comissão Integrada de Residência Multiprofissional, Comissões Estaduais Profissionais, Comissão de Acompanhamento do Provac, Comissão de Acompanhamento do FormaSUS), o incentivo às atividades de preceptoria (Coordenações de Ensino, Centros de Estudo e Núcleos de Educação Permanente Dimensão Formativa da Avaliação de Desempenho, Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos, Educação Permanente e apoio à participação de congressos e eventos), a Tele-Educação como contribuição à regionalização e a Cooperação Técnica com os municípios para formulação e implantação de suas políticas de integração ensino e serviço e articulação das Redes SUS Escola de Formação (PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde, 2014b).

Fator importante que se deve destacar é o incentivo da própria Secretaria de Saúde na estimulação do aprendizado institucional como o grande número de programas de Residência em área profissional e multiprofissional custeada pela SES, além do FORMASUS, que é um programa que custeia os estudantes da rede pública de ensino e bolsistas integrais da rede particular na formação integral e gratuita dos cursos de graduação ou técnicos profissionalizantes na área de saúde. Entrevistado abaixo corrobora:

Tem sido um privilegio ter um grande programa de Residência em Saúde na SES, os profissionais das unidades sob gestão direta, tem uma grande vantagem de poder fomentar uma rede SUS - escola onde essa rede tem a função de preceptorar, orientar estudantes, seja no estágio obrigatório, seja

no estágio curricular não obrigatório, isto faz parte das atribuições do profissional de saúde e que muitas vezes quando se contrata um serviço (como as cooperativas de anestesia), esse serviço se não estiver previsto no rol, para negociar isso fica bastante complicado [...] (E3).

A Residência em Saúde ele é um dispositivo de educação permanente porque os profissionais que estão envolvidos têm que estar dando aula, orientando alunos, se preocupando com artigos e com formação tem que estar atualizados. Na formação tem os cursos de atualizações, a gente reconhece que as reuniões clínicas isso tá autorizado dentro da carga horária, as reuniões clínicas são espaços de formação de educação permanente, então nosso olhar para educação permanente, é para além de capacitação e de um treino de habilidades, já conta na avaliação de desempenho, e tudo isso é vinculado a avaliação de desempenho para efetivar, para vincular..(E3).

Também no âmbito da educação permanente existe a Comissão de Integração Ensino Serviço (CIES) nas regionais que são dispositivos de priorização de demandas a partir da necessidade dos trabalhadores, porque nós temos duas agendas na capacitação da formação, a gente tem uma agenda que é a agenda das Políticas de Saúde, o que é que a SES precisa formar para implantar seus projetos e seus programas, no caso as redes de atenção, que é uma demanda de estruturação e a outra é a demanda dos trabalhadores. Nós temos duas agendas na capacitação da formação, a gente tem uma agenda das Políticas de Saúde, o que a SES precisa formar para implantar seus projetos e seus programas, no caso das redes de atenção, que é uma demanda de estruturação. E a outra é a demanda dos trabalhadores, então a instituição de colegiado de formação dentro das unidades de saúde, as coordenações de educação permanente e a possibilidade de ter a CIES é uma forma de dar voz e de priorizar as demandas que vem das unidades de saúde que tem o fluxo inverso, sem ser do nível central para unidades, que surgem da necessidade do cotidiano das unidades[...] (E3).

A educação permanente acontece nos hospitais e nas clínicas das unidades sob gestão direta. Porque dentre os indicadores que são aferidos na AD, existem os referentes ao incentivo à formação (cursos) e preceptoria.

E a educação permanente nos hospitais tem se dado a partir do processo de avaliação de desempenho onde se pontua essa formação e as próprias unidades tem se organizado para identificar profissionais dentro da unidade que tenha habilidade em determinados assuntos e que são demandas daqueles trabalhadores e eles tem agendado reuniões e isso tem sido reconhecido pelo sistema de avaliação de desempenho[...] (E3).

Em relação à Política de Educação Permanente na gestão do Hospital Miguel Arraes o que podemos interpretar das entrevistas é que existem algumas ações de forma incipiente, não sistemática, que fica sob a responsabilidade da OSS, além das atividades dentro da própria unidade, não havendo responsabilização pela SEGTES.

No Hospital Miguel Arraes tem capacitações para enfermagem. A enfermeira que faz o programa de capacitação. O hospital tem quatro

programas de residência, três de residência médica e uma de enfermagem. Tem estagiários em todas as áreas, estagiários na área de nutrição, enfermagem, de medicina e os doutorandos de outras faculdades rodam como residente de outros serviços e rodam no hospital (E2).

Tem capacitações no Hospital Miguel Arraes, o maior contingente é do pessoal de enfermagem dentro da educação permanente, eles cumprem atividades de atualização nas temáticas específicas. Nas outras áreas existem acadêmicos concursados de medicina, tem campo de estágio para escolas médicas UPE e UFPE, os doutorandos cumprem estágio obrigatório, existe residência médica, residência de enfermagem, então nós temos uma Política de Educação Permanente (E4).

A Política de Capacitação existe no Hospital Miguel Arraes. Todo o profissional que entra na OSS, ele passa por um processo de capacitação. Obviamente que a rotatividade de profissional é muito grande e por isso implica na qualidade da assistência. Mas ele tem que apresentar a Secretaria o Plano de Capacitação, essa é uma das coisas que tem no contrato de gestão[...] É a própria unidade, a própria OSS que contrata. Ou a unidade tem o serviço de ensino e pesquisa e educação continuada ou ele contrata serviços que prestam esse tipo de capacitação (E6).

Uma dificuldade relatada para o desenvolvimento da Política de Educação Permanente é a rotatividade de profissionais, além de que cada OSS imprime a sua Política sem um direcionamento da Secretaria de Saúde.

Esse processo de capacitação nas unidades sob gestão OSS, eu não tenho propriedade eu não sei como isso acontece na prática. Existem alguns processos de formação da SES que contemplam os profissionais das unidades sob gestão OSS[...] mas eu não sei como é que se dá essa agenda de formação em cada unidade. Um desafio para a SES é incluir sempre esses profissionais dentro do sistema. Não tem sido fácil porque a nossa legislação ela dificulta. Internamente quando a gente usa recurso do tesouro, a gente só pode fazer educação corporativa que é servidor formando servidor. Quando a gente usa recursos repassados pelo ministério a gente consegue brecha para usar esse recurso para formar profissionais do sistema da rede própria, da rede sob gestão direta, mas os profissionais de todo o sistema de saúde, seja ele com vínculo do ministério, sejam eles com vínculo também via OSS, mas é um desafio para gente incluir, mas nós não temos. A gestão é muito pequena sob o cotidiano do processo de trabalho nas unidades de saúde. Vou dizer também na gestão direta, a gente tem diretriz, mas, não tem como acompanhar esse dia a dia nas unidades de saúde (E3).

Vale destacar que nas unidades sob gestão direta a Educação Permanente assume o seu papel que está posto na Lei 8080/1990 em seu Art. 6º “estão incluídas no campo de atuação do SUS a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde”.

Isso é uma grande vantagem que a gente tem de poder administrar os serviços de administração sob gestão direta, porque a gente pode imprimir uma demanda que é própria do Sistema Único de Saúde que é esse

compromisso que a gente deve ter com a formação de recursos humanos para o sistema (E3).

9.3.4 Avaliação de Desempenho

A temática da avaliação em saúde vem sendo alvo de considerações constantes, uma vez que traz implicações em relação ao papel do Estado, tanto quanto formulador e gestor de políticas públicas, quanto na responsabilidade pela geração de informações sólidas apropriadas à abordagem deste complexo objeto.

A política de recursos humanos dispensa tratamento diferenciado às Avaliações de Desempenho (AD), utilizadas até então por grande parte dos gestores como o cumprimento de uma obrigação burocrática desgastante. O que se busca hoje é tornar a AD um instrumento de gestão, útil para o gestor, o servidor e a sociedade, a quem se destinam os serviços públicos. O papel da gestão de pessoas é ter mecanismos que possibilitem aos servidores atingirem suas metas e que elas se coadunem com as metas da sociedade, objeto de nossos serviços (BRASIL, 2009).

A avaliação de desempenho dos servidores da SES é dividido em 3 macrocomponentes: Avaliação de Desempenho em Estágio Probatório, Avaliação de Desempenho do Plano de Cargos Carreiras e Vencimentos para progressão na carreira e Gratificação de Desempenho.

A Avaliação de Desempenho em Estágio Probatório é realizada apenas por servidores estatutários efetivos nos 03 (três) primeiros anos de efetivo exercício, período durante o qual serão verificadas, através de avaliação específica, a capacidade e a aptidão para o desempenho de suas atribuições. As avaliações são divididas em 03 etapas, o resultado de cada etapa considerará o servidor apto ou inapto, para alcançar a estabilidade. Esta Avaliação é regida pela seguinte legislação: Decreto Nº 34.491, de 30 de dezembro de 2009 e suas alterações, (PERNAMBUCO. Governo do Estado, 2009).

A Avaliação de Desempenho para o Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos para progressão na carreira também é realizada apenas para servidores estatutários efetivos, está amparada pela Lei Nº 84 de 30 de março de 2006 (PERNAMBUCO. Governo do Estado, 2006). Esta avaliação foi iniciada na SES em 2012, apenas para os profissionais médicos até o ano de 2014, conforme entrevista abaixo:

O Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos prioriza o reconhecimento e o desenvolvimento do trabalhador pelo seu processo de qualificação pós graduação, atualização, especialização, mestrado e doutorado e também por uma avaliação de desempenho que o tempo todo a gente tenta alinhar ao processo de gratificação por desempenho mês a mês. Hoje o Plano de Cargos e Carreira está funcionando apenas para médicos, nesse componente anual, nessa progressão anual, existe uma demanda e está na agenda da negociação dos sindicatos com o governo a retomada e a implantação do Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos também para demais categorias profissionais (E3).

As carreiras nos hospitais administrados segundo as regras públicas oferecem a seus trabalhadores planos bem definidos e progressões baseadas em tempo de serviço e avaliações de desempenho. Nos hospitais administrados segundo as regras privadas não existe definição formal de carreira e os aumentos salariais são concedidos de forma isolada ou como resultado de negociação sindical (MORICI; BARBOSA, 2013).

A Gratificação de Desempenho é amparada pela Lei Complementar nº 194 de 09 de dezembro de 2011, é realizada mensalmente e gratifica os profissionais de saúde com vínculo estatutário, temporários ou cedidos de outros órgãos, em efetivo exercício nas unidades da rede pública estadual de saúde da Administração Direta e Indireta, detentoras de crédito por prestação de serviços no âmbito do SUS, em razão do seu desempenho na melhoria dos serviços de saúde (PERNAMBUCO. Governo do Estado, 2011). O entrevistado 3 relata esse tipo de avaliação:

A gratificação ela tem a base financeira nos repasses fundo a fundo e o Plano de Cargos e Carreiras ele tem um impacto sob a remuneração no vencimento base de cada trabalhador e tem uma perspectiva mais sustentável, tem repercussão na aposentadoria, coisa que a gratificação por desempenho não tem, é um bônus que está condicionado aos repasses do governo federal, então a pessoa se aposenta e não é incorporada (E3).

No Hospital Miguel Arraes não existe o pagamento da Gratificação de Desempenho, porém existe sim nas unidades antigas que eram gerenciadas pela SES e hoje são administradas pela OSS, como no caso dos Hospitais: João Murilo de Oliveira, Dom Malan, Fernando Bezerra, Fernandes Salsa e Silvio Magalhães.

Conforme Paulo Godoy (2005), na sua tese de Mestrado em Administração citando vários autores, diz que: “[...] as primeiras diretrizes para aplicação de Avaliação do Desempenho na administração pública brasileira surgiram com a Lei nº 284/1936, a chamada lei do reajustamento [...]”. Desde então surgiram quatro

sistemas de avaliação (1934, 1960, 1977 e 1980), todos reafirmando a meritocracia como critério absoluto e condicionando a progressão funcional a um bom desempenho.

Importante destacar a fala dessa entrevista:

A avaliação de desempenho em algumas unidades ela é feita de forma cartorial, burocrática, centrada em uma pessoa e com pouca mudança e reflexão por parte das equipes. A SES tem um grande desafio que é tornar a avaliação de desempenho um processo que incentive a formação dos profissionais e gestores envolvidos e que apóie a mudança de processo de trabalho [...](E3).

A falta de regras e transparência na maneira de construir carreiras, mecanismos remuneratórios e avaliações é incompatível com o exercício da função pública acometida aos servidores. Considerando a longevidade da carreira pública, o instituto da estabilidade nos termos dispostos no art. 41 da Constituição Federal, de maneira isolada, não confere ao servidor público concursado as garantias necessárias ao exercício de suas funções, mote da criação deste instituto que tutela o interesse coletivo da sociedade (BRASIL, 2009).

Não existe avaliação de desempenho no HMNMAA, o entrevistado 4 cita: “A avaliação de desempenho de forma sistemática com instrumentos, ainda não”.

Para definir bem a Avaliação de Desempenho e todo o processo envolvido destaca-se a fala abaixo:

A SES tem apostado na gestão direta de melhorar a gestão do trabalho implantando sistema de avaliação de desempenho na perspectiva formativa, de reconhecimento daquele bom trabalhador. A gestão direta o que ela tem de vantagem é a possibilidade de instituir uma carreira mais perene onde aquele servidor se vincula aquela unidade de saúde e assume compromissos para além da sua função clínica, mas também para função de preceptoria, para dar sustentabilidade a uma rede de formação rede SUS - escola. Já em sua saída, tem essa dificuldade de reposição rápida, mas é um sistema que permite que a pessoa se desenvolva e construa uma carreira dentro do sistema (E3).

Com o sistema de avaliação de desempenho muitos profissionais que não queriam nem saber de Residência, de estágios, agora estão interessados em se cadastrar como preceptores de receber estudantes, isso tudo porque dentro do sistema de avaliação de desempenho existe um componente de formação que reconhece, que pontua, que premia e que remunera com incentivo também financeiro essa atuação na preceptoria (E3).

9.4 Posicionamento dos atores envolvidos

Para caracterizar os atores que participaram da implementação do novo modelo de gestão adotado pela SES, foram utilizados os relatos dos entrevistados, subdividindo nos atores que de fato fazem parte da implementação modelo de gestão implantado, os que foram favoráveis e os que se opuseram a este modelo adotado.

De acordo com Araújo Júnior e Maciel Filho (2001), para análise dos atores é necessário caracterizá-los, como se mobilizam em relação às propostas da política. Uma característica importante de ser referida que diz respeito a todos os atores sociais é que eles detêm alguma forma de poder de influenciar os outros. Esses autores consideram que o poder é a principal variável desse processo que ultrapassa todas as categorias de análise, sendo fundamental no entendimento do ciclo da política.

Nas sociedades modernas, os atores sociais podem exercer o poder econômico, ideológico e político. Normalmente o poder econômico é utilizado por atores que possuem determinados bens capazes de induzir os que não os possuem e deles necessitam, a adotar comportamento que os atores que detêm esses bens, desejam. Para influenciar os que são alvo das medidas de política os atores podem utilizar o poder ideológico, influenciando as idéias expressas e definidas sob certas circunstâncias e mediante certo processo de mobilização (DIAS, 2010).

Os atores da política para implantação do modelo de gestão em saúde da SES-PE, estão ligados direta ou indiretamente à formulação, implementação, fiscalização e avaliação da política no setor da saúde.

O Governador do Estado, Secretários do governo, principalmente o Secretário de Administração e o Secretário de Saúde foram fundamentais para essa implantação.

O governador Eduardo Campos implementou esse modelo de gestão, que já vinha sendo formulado no governo anterior de Jarbas Vasconcelos. Em 2010 houve a inauguração do Hospital Miguel Arraes, gerenciado pela OSS IMIP hospitalar. Até esta data não havia nenhuma OSS gerenciando unidades hospitalares da SES/PE. O HMNMAA foi construído e já iniciou sob esse tipo de gerenciamento. Posteriormente a este hospital foram inaugurados mais 03 hospitais gerenciados por

OSS. Também foram transformados 05 hospitais que inicialmente eram de gestão direta e a partir de 2011 iniciaram o gerenciamento por OSS.

De acordo com a Constituição do Estado de Pernambuco em seu artigo 37 é atribuição do Governador do Estado representar o Estado perante o Governo da União e as unidades da Federação, bem como em suas relações jurídicas, políticas e administrativas; exercer, com o auxílio dos Secretários de Estado, a direção superior da administração estadual; sancionar, promulgar e fazer publicar as leis, bem como expedir decretos e regulamentos para a sua fiel execução.

Em 2010 em entrevista à Folha de São Paulo o então governador de Pernambuco Eduardo Campos fala do modelo de saúde que será adotado no estado a partir de parcerias com o setor privado:

Nós precisamos formatar e expandir parcerias com o setor privado para aumentar a oferta de consultas e exames pelo Sistema Único de Saúde[...] O Sistema Único de Saúde (SUS), considerado um dos maiores programas sociais do mundo, beneficiando cerca de 80% dos brasileiros, consolidou-se como um dos grandes legados da Constituição Federal de 1988. Sonho de sanitaristas em ofertar a todos os cidadãos assistência até então restrita a previdenciários, o SUS, agora com 22 anos, precisa adentrar na que talvez seja sua importante fase: a da modernização da gestão e da sustentabilidade. Mais de duas décadas depois de sua implantação e de história marcada por dificuldades e vitórias -como a redução da mortalidade infantil em mais de 60%-, há ponto de convergência entre gestores públicos: é preciso investir mais[...]. Nesse contexto, além do financiamento, o momento é de nos debruçarmos sobre um grande pacto entre governos e entidades privadas com o objetivo de discutir uma melhor gestão do gasto público. Formatar e expandir parcerias com o setor privado para aumentar a oferta de consultas, exames e cirurgias pelo SUS, agilizar a regulamentação da Emenda nº 29, formar consórcios intermunicipais e buscar exemplos bem-sucedidos de modernização da gestão, gastando com qualidade, planejamento, avaliação de metas e fiscalização. Também aprimorar a aquisição de insumos e serviços, investir na carreira e na capacitação dos recursos humanos e adotar sistemas informatizados. Esse grande pacto, com o objetivo de ampliar o financiamento e a assistência à população, deve ser pautado pela qualificação do gasto público e da gestão, e não pela criação de impostos ou contribuições. É possível enfrentar e superar esse desafio, a exemplo de outros, ditos como intransponíveis e que hoje fazem parte da história de vitórias do povo brasileiro (CAMPOS, 2010).

Dentro do Governo do Estado de Pernambuco existe a mesa de negociação permanente instituída a partir do Decreto 30.460 de 25/05/2007, que está subdividida em Mesa Geral de Negociação Permanente, que tratará das questões de interesse de todas as categorias de servidores públicos e, com exclusividade, das questões de natureza financeira; e Mesa Específica de Negociação Permanente, que tratará das questões de natureza técnica e específica de cada categoria de servidores públicos

e da aplicação da política definida na Mesa Geral de Negociação Permanente (PERNAMBUCO. Secretaria de Administração, 2007).

O Secretário de Saúde é o responsável pela assinatura do contrato de gestão, além da incumbência de assessorar o Governador do Estado nos assuntos de competência de sua pasta; definir e estabelecer as políticas, diretrizes e normas de organização interna; e planejar, dirigir e controlar as ações da Secretaria (PERNAMBUCO. Governo do Estado, 2011).

Abaixo do Secretário estão as Secretarias Executivas e as unidades de saúde que são administradas pelos diretores. Existem os hospitais de Referência que são os 06 grandes e os hospitais regionais que são os menores.

Os atores que também foram identificados a partir das falas dos entrevistados foram os usuários do SUS, Conselho Estadual de Saúde, técnicos dos recursos Humanos das unidades e do nível Central da Secretaria de Saúde.

Gestor de enfermagem, gestor médico, chefe da emergência, técnico de enfermagem, técnico da manutenção, todos esses são atores do processo[...] (E1).

Os atores desse modelo são todos que estão na gestão, desde a Secretária Executiva, à diretora de pessoal[...] A gerência de pessoal, a diretora de educação em saúde, a gerência da escola de saúde pública. Então, acho que dentro da área de recursos humanos, dentro da própria Secretaria Executiva de Gestão de Pessoas e Educação em Saúde, são os atores mais envolvidos (E6).

O Controle Social, os sindicatos, os trabalhadores, os gestores dessas unidades, as mantenedoras dessas instituições as OSS (E3).

Para Araújo Júnior e Maciel Filho (2001) os atores são os agentes de qualquer política. Como formuladores, implementadores, torcedores ou da oposição, acrescentam seus valores ideológicos, opiniões políticas e propostas práticas para o processo e, ao fazer isso, eles determinam o curso de um processo político. Como Walt e Gilson (1994) assinalaram: "Para muitos escritores preocupados com a análise política, o principal determinante de uma mudança de política é o grupo de atores envolvidos, e muitas vezes o foco é sobre o governo."

Os atores identificados como contrários ao modelo foram: Sindicato dos Médicos de Pernambuco (SIMEPE), Sindicato dos Trabalhadores em Saúde e Seguridade Social no Estado de Pernambuco (SINDSAÚDE), profissionais de saúde e Conselho Estadual de Saúde (CES).

Houve resistência política por parte dos sindicatos: SINDSAÚDE, SIMEPE que se posicionaram, mais fortemente contrários a essa implantação, sobretudo o SINDSAÚDE e do controle social o Conselho Estadual de Saúde ele tem uma posição forte de oposição, ele é contrário a esse tipo de alternativa, sobretudo pela forma de inserção/ recrutamento dos profissionais, por não ter esse processo amplo, democrático, aberto como a gente está acostumado[...] Então o CES eles são completamente contrários ao modelo. Um dos questionamentos é porque a gente não faz concurso público para as unidades gestão OSS (E3).

No momento da implantação foi identificado que o Sindicato dos Médicos de Pernambuco e o Conselho Regional de Medicina de Pernambuco (CREMEPE) foram contrários ao modelo. A resistência social só aconteceu posteriormente, principalmente no momento da implantação desse novo modelo em unidades antes gerenciadas pela SES, que foram transformadas em gestão OSS. Um exemplo foi no momento da implantação no Hospital João Murilo de Oliveira, hospital fundado em 1969, porém em 2012, passou a ser gerenciados por pela Organização Social do Hospital do Tricentenário. Nesse momento os profissionais de saúde e o SINDSAÚDE foram contra esse gerenciamento. Uma revolta grande acontece por parte dos servidores estatutários efetivos que a partir de então teriam que fazer parte de um gerenciamento totalmente diferente do modelo público estatal. Nessa unidade, diferentemente do HMNMAA, há servidores estatutários efetivos e também contratados por tempo determinado.

As entrevistas abaixo demonstram com clareza os atores contrários ao modelo.

O Sindicato dos Médicos faz campanha contra. Quando o hospital Miguel Arraes abriu, o Sindicato dos Médicos e o Conselho Regional de Medicina de Pernambuco (CREMEPE) fizeram uma campanha muito grande em relação a abertura da OSS e criou muitos problemas para a gente, e até hoje a gente tem dificuldades na relação com algumas unidades de saúde da administração direta, por ser OSS, eles não consideram que o hospital é um serviço público, e os profissionais eles se queixam da forma que são recebidos quando tem que transferir pacientes, como eles são recebidos nas unidade sob gestão direta (E2).

No momento da implantação não houve nenhum movimento, mas após a implantação, aproximadamente 6 (seis) meses houve uma resistência política, alguns hospitais e funcionários de hospitais estavam entrando na assistência direta e indireta, como em Vitória então lá houve resistência social. No Hospital João Murilo houve resistência social, a sociedade se manifestou contrária (E5).

O Conselho Estadual de Saúde foi um ator que alguns entrevistados exteriorizaram ser contrário ao modelo de gestão implantado. Como explicita entrevistado abaixo:

[...]Esse modelo não foi aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde. Ele foi apresentado, mas o conselho não aprovou. Mas também não acompanhou sistematicamente para saber como estava sendo implantado e como estava funcionando. O Conselho hoje depois de 5 (cinco) anos está brigando para acabar com as OSS[...] (E6).

No Parecer do Conselho Estadual de Saúde de Pernambuco (CES-PE) para aprovação do Relatório Anual de Gestão (RAG) 2011, os conselheiros aprovaram com as seguintes ressalvas, a respeito das OSS, a serem executadas pela SES: 1- Diante da relevância dos recursos envolvidos na saúde, fortalecer o acompanhamento, por parte de controles internos, dos valores repassados as instituições privadas e ao terceiro setor (Organizações Sociais – OS e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público - OSCIP), bem como avaliação de resultados pretendidos e respeitando a municipalização; 2- Avaliamos que os recursos gastos em leitos de UTI dos hospitais privados e filantrópicos foram superiores aos gastos em hospitais públicos, evidenciando a prioridade ao terceiro setor que deve ser suplementar ao SUS. Esperamos que tão ação seja corrigida. Em que as contratações atendam as exigências da Agência pernambucana de Vigilância Sanitária (APEVISA); 3- Que os cálculos de repasse da produtividade, conforme a lei complementar 194/2012, sejam revisados, principalmente dos hospitais geridos por OS e consórcio (CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO, 2013a).

No Parecer do Conselho Estadual de Saúde, para aprovação do RAG 2012, as mesmas ressalvas acima também foram contempladas, acrescidas das seguintes, a serem executadas pela SES: 1- Que a Secretaria Estadual de Saúde – SES/PE envie trimestralmente ao Conselho Estadual de Saúde as metas de produtividade pactuados nos contratos gestão das UPAS e hospital metropolitanos geridos por OSCIP, assim como os contratos e aditivos pagos, e retirar a cláusula protetora do contrato; 2- Que a Secretaria Estadual de Saúde envie trimestralmente ao CES-PE relatório pertinente à execução contrato de gestão, contendo comparativos específicos das metas propostas com resultados alcançados das UPAs e das organizações sociais com os quais firmou contrato de gestão para administração dos hospitais metropolitanos norte e sul; 3- Que seja enviado ao CES-

PE todos os contratos e seus respectivos aditivos firmados com as UPAs e os de gestão administrativa de hospitais metropolitanos norte e sul, bem como os demais contratos firmados pela SES-PE quando solicitado (CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO, 2013a).

Ressaltamos a citação de Matus (1996) que diz que qualquer movimento de personalidade, instituição ou social capaz de produzir acontecimentos que alteram de alguma forma um cenário particular são referidos como "agentes". Uma característica comum de todos os agentes sociais é que possuem certa quantidade de energia. Em termos práticos, os atores sociais identificáveis por este método pode ser uma pessoa, como o presidente de um país ou o Ministro da Saúde, ou de uma instituição, como o parlamento nacional ou uma determinada Organização Não Governamental (ONG), ou mesmo um movimento social (PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde, 2013d).

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando o primeiro objetivo do trabalho de descrever os diferentes modelos de gestão na Secretaria Estadual de Saúde constatamos no estado de Pernambuco a existência de unidades de saúde sendo gerenciadas diretamente pela Administração Pública e outras por Organizações Sociais de Saúde.

Observamos que o modelo de gestão pública adotado pelo Governo do Estado de Pernambuco foi viabilizado porque existe arcabouço jurídico no Sistema Único de Saúde, além de ter recursos financeiros instituídos em nível Estadual e Nacional.

Percebe-se que como esse é um modelo implantado a nível Nacional pode ser utilizado como norteador do processo de implantação, já que em todo o Brasil está se implantado unidades sob o gerenciamento de OSS, inclusive com financiamento garantido por parte de um repasse federal permanente.

Chama a atenção que a maior motivação da inserção do Terceiro Setor na Secretaria Estadual de Saúde foi a contratação dos funcionários através do regime CLT, pois não contam para o limite fiscal imposto pela Lei de Responsabilidade Fiscal, porque os mesmos não são empregados diretos do Estado e sim das OSS.

Em relação aos Processos Seletivos constatou-se que há interferência política nesses processos nas unidades gerenciadas por OSS, e que as admissões não são orientadas apenas por critérios de competências, sendo realizada a avaliação posteriormente à entrada, isto é, quando o profissional não produz adequadamente o mesmo é demitido da Instituição a qual está vinculado.

Nas unidades gerenciadas pela Administração Pública Direta constata-se que a prática de Seleção Pública Simplificada é rotineira e que num período de 4 anos foram contratados mais 5.000 profissionais por tempo determinado. Importante ressaltar esses processos seletivos são legalmente instituídos, porém quando da existência de necessidade de excepcional interesse público.

Outra modalidade encontrada para a contratação de pessoal na gestão direta é a de Plantão Extra, que ainda não está amparado em nenhuma Legislação, porém devido a necessidade de reposição rápida e emergencial, as unidades contratam profissionais para cobrir plantões desfalcados pagando diferentemente para cada profissional de saúde.

Em relação à Política de Educação Permanente a mesma acontece nas unidades sob gestão direta, porém não está instituída na gestão do Hospital Miguel Arraes o que podemos interpretar das entrevistas realizadas é que existem algumas ações de forma incipiente, não sistemática, que fica sob a responsabilidade da Organização Social de Saúde sem um direcionamento da Secretaria de Saúde. Os entrevistadores relataram que há uma dificuldade para o desenvolvimento da Política de Educação Permanente por causa da rotatividade dos profissionais.

Observa-se também que está instituída a Avaliação de Desempenho periódica para os profissionais de saúde das unidades sob gestão direta da SES em 03 eixos: Estágio Probatório, Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos e para o pagamento de Gratificação de Desempenho mensalmente. Porém não está implantada no Hospital Miguel Arraes de Alencar. Sugerimos que seja posto dentro dos contratos de gestão, e que sejam acompanhados pela Secretaria de Saúde.

Um destaque ao modelo de gestão direta no que se refere aos recursos humanos é a dificuldade de gerenciamento dos profissionais de saúde dentro das unidades, já que existem servidores com diversos vínculos e salários, convivendo num mesmo espaço físico.

Outra diferenciação das duas unidades estudadas é que no Hospital Miguel Arraes existe maior liberdade para contratação e demissão de profissionais, já que são regidos pela CLT. Além de que nessa unidade podem-se propor melhores salários, por exemplo, a um profissional cuja especialidade é escassa no mercado, fato que não pode ser regido dentro dos hospitais sob gestão direta.

Um achado importante é a cessão autorizada formalmente e legalmente dos servidores da Administração Pública para o Hospital Miguel Arraes de Alencar, desde que conste no contrato de gestão, sendo mantido o seu vínculo com o Estado.

Na primeira Lei sobre as OSS o prazo de vigência do contrato de gestão era de 05 anos, na Lei de 2013 esse prazo foi estendido para até 10 (dez) anos, desde que restem demonstradas as vantagens da medida e o pleno atendimento das metas pactuadas, conforme parecer elaborado pela Comissão de Avaliação e aprovado pela autoridade máxima do órgão supervisor do contrato de gestão. Com isso observa-se que este é um modelo que está sendo vislumbrado por período longo.

Percebesse que o controle e a normatização das OSS dentro do Estado de Pernambuco aconteciam através da ARPE, porém a partir de dezembro de 2010 a Agência Reguladora saiu do processo de regulação, e a Secretaria de Saúde ficou responsável por acompanhar, fiscalizar e supervisionar, sem prejuízo da ação institucional dos demais órgãos de controle interno e externo do Estado, todas as Organizações Sociais de Saúde e seus contratos de gestão.

Em relação aos atores, foram identificados como contrários ao modelo o Sindicato dos Médicos de Pernambuco (SIMEPE), Sindicato dos Trabalhadores em Saúde e Seguridade Social no Estado de Pernambuco (SINDSAÚDE), profissionais de saúde e Conselho Estadual de Saúde (CES).

Diante do exposto, percebe-se que existe uma Política de Gestão do Trabalho implantada na Secretaria Estadual de Saúde, porém com disparidade quando comparados os dois modelos de gestão implantados.

Finalizamos com algumas recomendações a serem realizadas e incorporadas aos Contratos de Gestão entre a Secretaria de Saúde e as OSS: a incorporação de planos de trabalho para os trabalhadores bem definidos com a incorporação de progressões baseadas em tempo de serviço e avaliações de desempenho periódicas; políticas de recrutamento e de educação permanente; avaliações que incorporem a valorização e desenvolvimento dos servidores na instituição inclusive com a diminuição da rotatividade desses funcionários; salários paritários dentre as diversas OSS para não haver disputa de mercado; construção de uma agenda de ações de educação permanente e valorização dos trabalhadores das unidades sob gestão OSS no planejamento da Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde; entre outras ações que sejam pertinentes para os trabalhadores do SUS.

Por fim entendemos que o tema estudado não se esgotou e sim gerou hipóteses para futuras pesquisas.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA DE REGULAÇÃO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DELEGADOS DE PERNAMBUCO. **Resolução ARPE nº 005, de 14 de dezembro de 2010.**

Estabelece condições e procedimentos para monitoramento e fiscalização dos serviços pactuados com Entidades Privadas sem fins econômicos, qualificadas no Sistema Integrado de Prestação de Atividades Públicas Não- Exclusivas do Estado de Pernambuco. Disponível em: <<http://www.arpe.pe.gov.br/legislacao.php?op=1&codGrupo=5>>. Acesso em: 18 dez. 2014.

ALBUQUERQUE, L. G. **O papel estratégico de Recursos Humanos.** Tese (livre-docência) - Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1987.

ALVES, J. S.; ASSIS, M. M. A. Gestão do trabalho: abordagens teóricas e políticas no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 35, supl.1, p. 55-67, jan./jun. 2011.

ANDRÉ, M. Contratos de gestão como instrumentos de promoção da qualidade e produtividade no setor público. **Revista Indicadores de Qualidade e Produtividade**, Rio de Janeiro, ano 1, n. 1, p.80-103, fev. 1993.

ARAÚJO JÚNIOR, J. L. C. **Health sector reform in Brazil, 1995-1998:** an health policy analysis of a developing health system. 2000. Tese (Doutorado) - University of Leeds, Nuffield Institute for Health, Leeds, 2000.

ARAÚJO JÚNIOR, J. L. C.; MACIEL FILHO, R. Development an operational framework for health policy analysis. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 1, n. 3, p.203-221, 2001.

ARAÚJO, T. B. **O voto do Nordeste.** São Paulo, 19 out. 2010. Disponível em: <<http://www.cartacapital.com.br/politica/o-voto-do-nordeste/>>. Acesso em: 20 dez. 2011.

ARIAS, E. H. L. et al. Gestão do Trabalho no SUS. **Cadernos RH Saúde**, Brasília, v. 3, n. 1, p. 112-117, mar. 2006.

ARRETCHE, M. Dossiê Agenda de Pesquisa em Políticas Públicas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 18, n 51, p. 7-9, 2003.

BAKHTIN, M. **Marxismo e filosofia da linguagem.** 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1986.
BENNETT, S. C. A. et al. Influencing policy change: the experience of health think tanks in low and middle income countries. **Health Policy and Planning**, Oxford, v.27, n. 3, p.194-203, 2012.

BANCO NACIONAL DO DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL (Brasil). **Terceiro Setor e Desenvolvimento Social.** Rio de Janeiro, 2001. (Relato Setorial, n. 3). Disponível em: <http://www.bndes.gov.br/SiteBNDES/export/sites/default/bndes_pt/Galerias/Arquivos/conhecimento/relato/tsetor.pdf>. Acesso em: 20 maio 2013.

BARBOSA, P. R. Gestão de hospitais públicos: maior autonomia gerencial, melhor performance organizacional com apoio em contratos de gestão. **Revista do Serviço Público**, Brasília, ano 47, v. 120, n. 2, p.67- 97, maio/ago. 1996.

BARRETO, T. V. Vitória de Eduardo Campos (PSB): O fim de um ciclo político em Pernambuco. In: SIMPÓSIO OBSERVANORDESTE, 8., 2006, Natal. **Anais**. Recife: Fundação Joaquim Nabuco, 2006. Disponível em: <http://www.fundaj.gov.br/geral/observanordeste/ixedicao/OBSERVANORDESTE_IX_Edicao_texto_PE_rev.pdf> Acesso em: 15 mar. 2012.

BRASIL. Constituição (1988). Da Saúde. In:_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1998.32.ed. São Paulo: Saraiva, 2003. Título 8, cap. 2, seção 2.

BRASIL. Departamento de informática do SUS. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado. **Plano diretor da reforma do aparelho do Estado**. Brasília, DF, 1995. Disponível em: <<http://www.bresserperira.org.br/documents/MARE/PlanoDiretor/planodiretor.pdf>>. Acesso em: 17 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma operacional básica de recursos humanos NOB/RH-SUS**. Apresentação da quarta versão. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z**: Garantindo saúde nos municípios. 3 ed. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 968, de 11 de dezembro de 2002. Atualizar, na forma dos anexos I, II, III e IV desta Portaria, os Procedimentos de Alta Complexidade e Estratégicos do Sistema de Informações Ambulatoriais e Sistema de Informações Hospitalares – SIA e SIH/SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil União**, Brasília, D F, 2002. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2002/PT-968.htm>>. Acesso em: 15 mar. 2008.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. A democratização das relações de trabalho: um novo olhar sobre a política de gestão de pessoas da Administração Pública Federal. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA FEDERAL, 2009, Brasília, **Relatório final....** Brasília, 2009. p.30. Disponível em: <http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/servidor/publicacoes/conferencia/100819_Conferencia.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2014.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que

menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 maio 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9637.htm f>. Acesso em: 1 dez 2014.

BRASIL. Presidência da República. Medida Provisória nº 1.591, de 9 de outubro de 1997. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção do Laboratório Nacional de Luz Síncrotron e da Fundação Roquette Pinto e a absorção de atividades por organizações sociais, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil União**, Brasília, DF, 9 out.1997. Seção 1, p. 22.835.

BRASIL. Presidência da República. Lei Complementar Nº 101 de 04 de maio 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil União**, Brasília, DF, 4 maio 2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp101.htm>. Acesso em: 1 dez 2014.

BRASIL. Secretaria da Reforma do Estado Organizações Sociais. Secretaria da Reforma do Estado. **Organizações Sociais**. 5. ed. Brasília: Ministério da Administração e Reforma do Estado, 1997a. (Cadernos MARE da reforma do estado, v. 2).

BRESSER-PEREIRA, L. C. Democracia, Estado Social e Reforma Gerencial. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 50, n.1, p.112-116, jan./mar. 2010.

BRESSER-PEREIRA, L. C. Estado regulador e pacto democrático na América Latina. In: SEMINÁRIO ESTADO Y CRISIS DE REGULACIÓN: DILEMAS DE POLÍTICA EN AMÉRICA LATINA Y EUROPA, 1985, Buenos Aires. **Anais**. Buenos Aires, 1985. Disponível em: <http://www.bresserpereira.org.br/papers/1986/86-EstadoRegulador_PactoDemocratico.pdf>. Acesso em: 6 jan. 2011.

BRESSER-PEREIRA, L. C.; SPINK, P. (Org.). **Reforma do estado e administração pública gerencial**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998.

CAMPOS, G. W. S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p. 301-306, mar./abr. 2007.

CAMPOS, E. Projeto Todos por Pernambuco: o equilíbrio fiscal dinâmico. In PERNAMBUCO. Secretaria de Planejamento e Gestão do Estado de Pernambuco. **Monitoramento das ações em 2008**. Todos por Pernambuco: gestão democrática regionalizada. 2008. Disponível em: <<http://www2.seplag.pe.gov.br/web/seplag/downloads/monitoramento-das-acoes-em-2008>>. Acesso em: 14 ago. 2012.

CAMPOS, E. Tendências/Debates. Por um pacto pela saúde pública. **Folha de São Paulo**. São Paulo, 29 dez. 2010. Disponível em:

<<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/opiniaofz2911201007.htm>>. Acesso em: 8 dez. 2014.

CARRION, R. M. Organizações privadas sem fins lucrativos: a participação do mercado no terceiro setor. **Tempo Social Revista de Sociologia da USP**, São Paulo, v. 12, n. 2 p. 237-255, nov. 2000.

COLLINS, T. Health policy analysis: a simple tool for policy makers. **Public Health**, Londres, v. 119, n. 3, p.192-196, 2005.

CONSELHO ESTADUAL DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL (PE). **Consolidação e internalização do desenvolvimento**. Câmara temática: Recife, 9 jul. 2007. Disponível em: <http://www2.cedes.pe.gov.br/web/cedes/novos_investimentos/documentos-da-camara> Acesso em: 10 ago. 2013.

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO. **Resolução nº 509 de 20 de fevereiro de 2013**. Parecer prévio do Relatório Anual de Gestão 2011. Comissão de análise e orçamento do Conselho Estadual de Saúde de Pernambuco: Recife, 28 jan. 2013a. Disponível em: <<http://www.ces.saude.pe.gov.br/wpcontent/uploads/2012/10/REOSUL%C3%87%C3%83O-509-Di%C3%A1rio-Oficial-Eletr%C3%B4nico-de-Pernambuco-.pdf>>. Acesso em: 2 dez. 2014.

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO. **Resolução nº 535 de 13 de novembro de 2013**. Parecer prévio do Relatório Anual de Gestão 2012. Comissão de análise e orçamento do Conselho Estadual de Saúde de Pernambuco: Recife, 13 nov. 2013b. Disponível em: <<http://www.ces.saude.pe.gov.br/wp-content/uploads/2012/10/RESOLU%C3%87%C3%83O-535-13NOV2013-APROVA-O-RAG-2012.pdf>>. Acesso em: 02 dez. 2014.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **SUS: avanços e desafios**. Brasília, 2006.

CORREIA, M. V. C. Orientações do Banco Mundial à política de saúde brasileira: flexibilização da gestão e as fundações estatais. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL, 11., 2008, São Luís. **Anais**. São Luís: Associação Brasileira de Pesquisa e Ensino em Serviço Social, 2008. Disponível em: <<http://xa.yimg.com/kq/groups/23089490/692218689/name/Arquivo2.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2010.

COSTA, E. A. (Org.). **Vigilância Sanitária: temas para debate**. Salvador: EdUFBA, 2009. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/6bmrk/pdf/costa-9788523208813.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2013.

DIAS, O. P. **Uma análise compreensiva da reforma do sistema de saúde de cabo verde**: identificando as perspectivas de futuro na opinião dos principais atores. 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

DUPAS, G. A lógica econômica global e a revisão do Welfare State: a urgência de um novo pacto. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 12, n. 33, p. 171-183, 1998.

DUSSAULT, G. A Gestão dos Serviços Públicos de Saúde: características e exigências. **Revista da Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 8-19, 1992.

DUSSAULT, G.; SOUZA, L. E. **Gestão de recursos humanos em saúde**. Montreal: Departamento de Administração da Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade de Montreal, 1999. Disponível em: <<http://info.worldbank.org/etools/docs/library/206831/Dussault%20e%20De%20Souza.pdf>>. Acesso em: 20 mai. 2013.

ELIAS, P. E. PAS: um perfil neoliberal de gestão de sistema de saúde. **Revista Estudos Avançados**, São Paulo, v. 13, n. 35, p. 125-137, 1999.

FALCONER, A. P. **A promessa do terceiro setor**: um estudo sobre a construção do papel das organizações sem fins lucrativos e do seu campo de gestão. São Paulo: Centro de Estudos em Administração do Terceiro Setor, Universidade de São Paulo, 1999.

FARIAS, S. F. **Interesses estruturais na regulação da assistência médico-hospitalar do SUS**. 2009. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2009.

FISCHER, R. M.; FALCONER, A. Desafios da parceria governo e terceiro setor. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v.33, n.1, p.12-19, jan. / mar. 1998.

FLICK, U. Entrevistas Semi-estruturadas. In:_____. **Uma introdução à Pesquisa Qualitativa**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2004. cap. 8, p.89-108.

FRANCISCO NETO, J. **Tópicos sobre o cenário econômico de Pernambuco** Entrevista. Recife. Escola Politécnica de Pernambuco, UPE, 2012. Entrevista concedida a Wilson Sotero Dália. Disponível em: <<http://dina.poli.br/index.php/eventos/95-sec-faz-pe>>. Acesso em 10 jul. 2014.

FRANCO, T. B. **As Organizações Sociais e o SUS**. São Paulo, 28 jul. 2013. Disponível em: <<http://observasaude.fundap.sp.gov.br/CentroDePesquisa/Results.aspx?k=tulio%20batista%20franco&s=Todo%20Conte%C3%BAdo>>. Acesso em: 28 jul. 2013.

FRENTE POPULAR DE PERNAMBUCO. **Um novo Pernambuco**: Programa de Governo Frente Popular de Pernambuco. Recife, out. 2006.

FREY, K. Políticas Públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. **Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, DF, n. 21, p. 211-259, 2000.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1991.

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

GOODE, W. J. ; HATT, P. K. **Métodos em pesquisa social**. São Paulo: Nacional, 1969.

GURGEL, I. D. G. **A pesquisa científica na condução de políticas de controle de doenças transmitidas por vetores**. 2007. Tese (Doutorado) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007.

HAM, C.; HILL, M. **The policy process in the modern capitalist state**. Londres: Prentice-Hall, 1993.

HECLO, H. Policy Analysis. **British Journal of Political Science**, London, v. 2, n. 1, p. 83- 108, 1972.

IBAÑEZ, N.; VECINA NETO, G. Modelos de gestão e o SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, p. 1831-1840, out. 2007. Suplemento.

IBGE. **Dados do Censo 2010**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/dados_divulgados/index.php?uf=26>. Acesso em: 10 dez. 2013.

KALLEBERG, A. L. O crescimento do trabalho precário: um desafio global. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 24, n. 69, p. 21-30, 2009.

KHAN, M. M.; VAN DEN HEUVEL, W. The impact of political context upon the healthpolicy process in. **Public Health**, London, v. 121, p. 278-286, 2006.

LA FORGIA, G. M.; COUTTOLENC, B. F. **Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência**. São Paulo: Singular, 2009.

LEE, A. et al. **As organizações não governamentais: um estudo sobre o terceiro setor**. São Paulo: Faculdade de Economia e Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, 1997.

LIMA, J. P.; SICSÚ, A. B.; PADILHA, M. F. Economia de Pernambuco: transformações recentes e perspectivas no contexto regional globalizado. **Revista Econômica do Nordeste**. Fortaleza, v. 38, n. 4, out./dez., 2007. Disponível em:<http://www.bnb.gov.br/projwebren/exec/artigoRenPDF.aspx?cd_artigo_ren=1062>. Acesso em: 2 ago. 2012.

LIMA, S. M. L. O contrato de gestão e modelos gerenciais para as organizações hospitalares públicas. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.30, n.5, p.201-235, 1996.

LYRA, T. M.; ARAÚJO JÚNIOR, J.L.A.C. Análise de política: estudo da política pública de saúde ambiental em uma metrópole do nordeste brasileiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 9, p. 3819-3828, set. 2014.

LONGO, F. **Mérito y flexibilidad**. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, 2004.

MACHADO, M. H. Gestão do trabalho em saúde no contexto de mudanças. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, p.133-46, jul./ago. 2000.

MACHADO, M. H.; OLIVEIRA, E. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 47, p. 10-15, maio 2012.

MACHADO, M. H.; OLIVEIRA, E. S.; MOYSES, N. M. N. Tendências do mercado de trabalho em saúde no Brasil. In: TRABALHO APRESENTADO NA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PESQUISAS EM RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE NA MESA DE DISCUSSÃO, 2010, Rio de Janeiro. **Anais**. Rio de Janeiro: Mercado de Trabalho em Saúde e Dinâmica da Oferta e Demanda., 2010. Disponível em: <http://www.cosemsg.org.br/cosems/images/fbfiles/files/artigo_tendencias__EM_R E V I S O . p d f>. Acesso em: 12 maio 2013.

MALIK, A. M. et al. **Gestão de Recursos humanos**. São Paulo: Fundação Peirópolis, 1998. (Série Saúde e Cidadania, v.9).

MARTINS, G. A. Estudo de caso: uma reflexão sobre a aplicabilidade em pesquisas no Brasil. **Revista de Contabilidade e Organizações**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 8-18 jan./abr. 2008.

MATTOSO, J. E. L. **A Desordem do Trabalho**. São Paulo: Scritta, 1995.

MATTOSO, J. E. L.; POCHMANN, M. Mudanças estruturais e o trabalho no Brasil. **Economia e Sociedade**, Campinas, v. 7, n. 1, p. 213-243, jun. 1998.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. Brasília, DF: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 1996.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul/set. 1993.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

MONTEIRO, V. **O novo ciclo econômico de Pernambuco**. Recife, 12 fev. 2012. Disponível em: <<http://pedesenvolvimento.com/2011/02/12/o-novo-ciclo-economico-de-pernambuco/>>. Acesso em: 10 set. 2014.

MOREIRA, M. M. O envelhecimento da população brasileira: **perspectivas e desafios**, 2002. Disponível em: <http://www.tropicologia.org.br/conferencia/2002/envelhecimento_populacao.html>. Acesso em: 20 jun. 2014.

MORICI M. C.; BARBOSA, A. C. Q. A Gestão de Recursos Humanos em hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua relação ao modelo de assistência: um estudo em hospitais de Belo Horizonte, Minas Gerais. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro v. 47, n.1, p.205-225, jan./fev. 2013.

NOGUEIRA, R. P. A força de trabalho no contexto da reforma sanitária. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 3, p.332-342, 1987.

ORGANIZAÇÃO. In: MICHAELIS. **Moderno Dicionário da Língua Portuguesa**. São Paulo: Melhoramentos, 2009. Disponível em: <<http://shopping.uol.com.br/livros.html?q=moderno+dicionario+da+lingua+portuguesa#rmcl>>. Acesso em: 10 dez. 2014.

PAIM, J. S. **Saúde política e reforma sanitária**. Salvador: CEPS, ISC, 2002.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, p. 1819-1829, 2007. Suplemento.

PANORAMA PERNAMBUCO. Recife: Agência de Desenvolvimento Econômico de Pernambuco, ano 1, n. 1, ago. 2014. Disponível em: <http://www.cedesconsultoria.com.br/download/PanoramaPE_1_2208.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2014.

PERNAMBUCO. Assembleia Legislativa. Lei nº 11.743, de 20 de janeiro de 2000. Sistematiza a prestação de serviços públicos não exclusivos, dispõe sobre a qualificação de Organizações Sociais e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público e o fomento às atividades sociais, e dá outras providências. **Diário Oficial [do] Estado de Pernambuco**, Recife, 21 jan. 2000. Disponível em: <<http://legis.alepe.pe.gov.br/arquivoTexto.aspx?tiponorma=2&numero=84&complemento=0&ano=2006&tipo=&url=>>>. Acesso em: 20 dez. 2014.

PERNAMBUCO. Governo do Estado. Lei nº 6.123, de 20 de julho de 1968. Estatuto dos Funcionários Públicos do Estado de Pernambuco. **Diário Oficial [do] Estado de Pernambuco**, Recife, 13 mar. 1973. Disponível em: <http://www.portaisgoverno.pe.gov.br/c/document_library/get_file?uuid=7c9a503b-c049-4adb-8161-12676632099c&groupId=199085>. Acesso em: 20 dez. 2014.

PERNAMBUCO. Governo do Estado. Decreto nº 23.046 de 19 de fevereiro de 2001. Regulamenta a Lei nº 11.743 de 20 de janeiro de 2.000, que instituiu o Sistema Integrado de prestação de serviços públicos não-exclusivos; dispõe sobre a qualificação e funcionamento das Organizações Sociais e das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, e dá outras providências. **Diário Oficial [do] Estado de Pernambuco**, Recife, p. 1, 20 fev. 2001.. Disponível em: <[file:///C:/Users/VANESSA/Downloads/108DecretoEstadual_23046_2001%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/VANESSA/Downloads/108DecretoEstadual_23046_2001%20(2).pdf)>. Acesso em: 20 dez. 2014.

PERNAMBUCO. Governo do Estado. Lei Complementar nº 84 de 30 de março de 2006. Institui Planos de Cargos, Carreiras e Vencimentos - PCCV's para o pessoal da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco - SES; do Departamento Estadual de Trânsito de Pernambuco - DETRAN/PE; e da Fundação Universidade de Pernambuco - UPE, e dá outras providências. **Diário Oficial [do] Estado de Pernambuco**, Recife, 31 mar. 2006. Disponível em: <<http://legis.alepe.pe.gov.br/arquivoTexto.aspx?tiponorma=2&numero=84&complemento=0&ano=2006&tipo=&url=>>>. Acesso em: 20 dez. 2014.

PERNAMBUCO. Governo do Estado. Decreto nº 34.491, de 30 de dezembro de 2009. Define critérios e procedimentos para a avaliação de desempenho em estágio

probatório, e dá outras providências. **Diário Oficial [do] Estado de Pernambuco**, Recife, ano 86, n. 243, p. 6-8, 31 dez. 2009.

PERNAMBUCO. Governo do Estado. Lei Complementar nº 194 de 9 de dezembro de 2011. Reajusta o vencimento base dos cargos públicos que indica. **Diário Oficial [do] Estado de Pernambuco**, Recife, 10 dez. 2011. Disponível em: <<http://legis.alepe.pe.gov.br/arquivoTexto.aspx?tiponorma=2&numero=194&complemento=0&ano=2011&tipo=>>. Acesso em: 22 dez. 2014.

PERNAMBUCO. Governo do Estado. Lei nº 14.547, de 21 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a contratação por tempo determinado para atender às necessidades de excepcional interesse público de que trata o inciso VII do art. 97 da Constituição Estadual. **Diário Oficial [do] Estado de Pernambuco**, Recife, 22 dez. 2011. Disponível em : <<http://legis.alepe.pe.gov.br/arquivoTexto.aspx?tiponorma=1&numero=14547&complemento=0&ano=2011&tipo=TEXTTOATUALIZADO>>. Acesso em 21 dez 2014.

PERNAMBUCO. Secretaria de Administração. Decreto nº 30.460, de 25 de maio de 2007. Institui o Programa de Negociação Permanente no âmbito da Administração direta, autárquica e fundacional do Poder Executivo Estadual, e dá outras providências. **Diário Oficial [do] Estado de Pernambuco**, Recife, PE, 26 maio 2007. p.7.

PERNAMBUCO. Secretaria de Administração. **Apresentação**. Recife, 2014. Disponível em: <<http://www.sad.pe.gov.br/web/sad/apresentacao>>. Acesso em: 25 nov. 2014.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Decreto nº 36.622, de 8 de junho de 2011. Aprova o Regulamento da Secretaria de Saúde, e dá outras providências. **Diário Oficial [do] Estado de Pernambuco**, Recife, p. 7, 8 jun. 2011.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2012-2015**. Recife, 2012. Disponível em: <<http://www.saude.pe.gov.br/arquivos/Versao%20Preliminar%202012%20-%202015.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2013.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Institucional**. Disponível em: <<http://portal.saude.pe.gov.br/institucional/>>. Acesso em: 20 ago. 2013a.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Hospital Otávio de Freitas**. Disponível em: <<http://portal.saude.pe.gov.br/hospitais/regiao-metropolitana/hospital-otavio-de-freitas/>>. Acesso em: 20 ago. 2013b.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Hospital Metropolitano Norte-Miguel Arraes de Alencar**. Disponível em: <<http://portal.saude.pe.gov.br/hospitais/hospital-metropolitano-norte-%E2%80%93-miguel-arraes-de-alencar/>>. Acesso em: 20 ago. 2013c.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Lei nº 15.210, de 19 de dezembro de 2013. Dispõe sobre as Organizações Sociais de Saúde – OSS no âmbito do Estado de Pernambuco. **Diário Oficial [do] Estado de Pernambuco**, Recife, 20

dez. 2013d. Disponível em: <<http://legis.alepe.pe.gov.br/arquivoTexto.aspx?tiponorma=1&numero=15210&complemento=0&ano=2013&tipo=>>>. Acesso em: 20 dez. 2014.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Portaria SES nº 389 de 29 de agosto de 2014. Altera o Art. 2º da Portaria nº 017/2014, de 15 de janeiro de 2014, que instituiu a Comissão Técnica de Acompanhamento Interno dos Contratos de Gestão firmados com Organizações Sociais de Saúde, no âmbito desta Secretaria Estadual de Saúde. **Diário Oficial [do] Estado de Pernambuco**, Recife, p.13, 5 set. 2014. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/76136753/doespe-05-09-2014-pg-13>>. Acesso em: 18 dez. 2014a.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Rede SUS Escola**. Disponível em: <<http://portal.saude.pe.gov.br/secretaria-executiva-de-gestao-do-trabalho-e-educacao-em-saude/rede-sus-escola>>. Acesso em: 20 dez. 2014b.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Organizações Sociais de Saúde em Pernambuco**: mais uma alternativa para consolidação do SUS. Recife, 2014c. Apresentação em Power Point.

PIERANTONI, C. R. et. al. Gestão do trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 685-704, 2008.

PIERANTONI, C. R.; VARELLA, T.; FRANÇA, T. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. In; BARROS, A. F. R. et. al. (Org.). **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil**: estudos e análises. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. v. 2.

PINTO, A. E. S. Ana Estela de Souza Pinto: Campos, questões, discussões. **Folha de São Paulo**, São Paulo, ago. 2014. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/opiniao/2014/08/1500106-ana-estela-de-sousa-pinto-campos-questoes-discussoes.shtml>>. Acesso em: 11 nov. 2014.

PINTO, I. C. M. Reforma gerencialista e mudança na gestão do sistema nacional de vigilância sanitária. In: COSTA, E.A. (Org.). **Vigilância Sanitária**: temas para debate. Salvador: EDUFBA, 2009. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/6bmrk/pdf/costa-9788523208813-10.pdf> 2009>. Acesso em: 26 jul. 2013.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Atlas do Desenvolvimento Humano**. Brasília, 2014. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/IDH/Default.aspx?indiceAccordion=1&li=li_AtlasMunicipios>. Acesso em: 20 ago. 2014.

QUINHÕES, T. A. T. O modelo de governança das Organizações Sociais de Saúde (OSS) e a qualidade do gasto público hospitalar corrente. In: PRÊMIO TESOURO NACIONAL. 14, 2009. Brasília. **Anais**. Brasília: Escola de Administração Fazendária, 2009. Disponível em: <<http://www.anesp.org.br/userfiles/file/Documentos/>>

[qualidade_gasto_publico_hospitalar-traiano_quinhoes.pdf](#)>. Acesso em: 26 jun. 2013.

REZENDE C. A. P. **O modelo de gestão do SUS e as ameaças do projeto neoliberal**. Texto atualizado a partir de parecer apresentado por Grupo de Trabalho formado pelo Conselho Nacional de Saúde. Minas Gerais, 28 jun. 2004. Disponível em: <<http://fopspr.files.wordpress.com/2008/08/o-modelo-de-gestao-do-sus-e-as-ameacas-do-projeto-neoliberal.pdf>>. Acesso em: 21 jul. 2013.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social: Métodos e Técnicas**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1989.

RIZZOTTO, M. L. F. Neoliberalismo e saúde. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/neosau.html>>. Acesso em: 1 maio 2013.

ROCHA, T. A. H.; SILVA, N.C.; BARBOSA, A. C. Q. Avaliação do desempenho na estratégia de Saúde da Família no Brasil: a utilização dos princípios ordenadores para a constituição de métricas. In: PIERANTONI, C. R.; DAL POZ, M. R.; FRANÇA, T. (Org.). **O trabalho em saúde: abordagens quantitativas e qualitativas**. 1. ed. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS, UERJ, maio 2011. p. 217- 228.

RODRIGUES, M. C. Fim social, meios privados. **Conjuntura Econômica**, Rio de Janeiro, v. 53, n.1, p. 41-43, jan.1999.

RUTHES, R. M.; CUNHA, I. C. K. O. Gerenciamento de Enfermagem e administração das organizações do terceiro setor. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 6, p. 796-799, nov./dez. 2006.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANE, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, São Leopoldo, n. 1, p. 1-15, jul. 2009.

SANTOS, F. A. S. **Análise da Política de Práticas Integrativas e Complementares no Recife**. 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

SANTOS, L. Da reforma do estado à reforma da gestão hospitalar federal: algumas considerações. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 71, p. 371-381, set./dez. 2005. Disponível em: <<http://www.cebes.org.br/media/File/Da%20Reforma%20do%20Estado%20%E0%20Reforma%20da%20Gest%20Hospitalar%20Federal%20algumas%20considera%E7%F5es.pdf>>. Acesso em: 5 dez. 2014.

SANTOS NETO, P. M. **Análise da política de recursos humanos em saúde: o caso da rede observatório de recursos humanos em saúde do Brasil**. 2012. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

SÃO PAULO. Lei Complementar nº 1.095 de 18 de setembro de 2009. Dispõe sobre a qualificação como organizações sociais das fundações e das entidades que especifica, e dá outras providências. **Diário Oficial [do] Estado de São Paulo**, São Paulo, 19 set. 2009. Disponível em: <<http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei.complementar/2009/lei.complementar-1095-18.09.2009.html>>. Acesso em: 20 dez. 2014.

SÃO PAULO. Secretaria Geral Parlamentar. Lei Complementar nº 846 de 04 de junho de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e dá outras providências. **Diário Oficial [do] Estado de São Paulo**, São Paulo, 5 jun. 1998. Disponível em: <<http://dobuscadireta.imprensaoficial.com.br/default.aspx?DataPublicacao=19980605&Caderno=Executivo%20I&NumeroPagina=1>>. Acesso em: 20 dez. 2014.

SHIER, A.C.R. **A participação popular na administração pública: o direito de reclamação**. Rio de Janeiro:Renovar, 2002.

SILVA, E. L. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 3. ed. Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2001.

SILVA, I. A. O. **O Programa de Modernização da Gestão Pública: Uma Análise da Política de Responsabilização Educacional em Pernambuco no Governo Campos (2007-2011)**. 2013. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2013.

SINGER, A. Raízes sociais e ideológicas do lulismo. **Novos estudos – CEBRAP**, São Paulo, n. 85, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-33002009000300004&lang=pt>. Acesso em: 10 out. 2014.

SINGER, P. **Dominação e desigualdade**. São Paulo: Paz e Terra, 1981.

SOUZA, C. Estado da arte da pesquisa em políticas públicas. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE M.; MARQUES E. (Org.). **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 65-86.

VASCONCELLOS, L. C. F; OLIVEIRA, M. H. B. (Org.). **Saúde trabalho e Direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória**. Rio de Janeiro: EDUCAM, 2011.

VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. Tendências na assistência hospitalar. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 825-839, 2007.

VIANA, A. L. Abordagens Metodológicas em políticas Públicas. **Revista de Administração Pública**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 5-43, 1996.

VIANA, A. L.; BAPTISTA, T. W. F. Análise de Políticas de Saúde. In: GIOVANELLA et al., (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 65-105.

WALT, G. **Health Policy and Planning**. An introduction to process and power. 8. ed. Londres: Zed Books, 1996.

WALT, G.; GILSON, L. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. **Health Policy and Planning**, Oxford, v. 9, n. 4, p. 353-370, 1994.

WALT, G. et al. 'Doing' health policy analysis: methodological and conceptual reflections and challenges. **Health Policy and Planning**, Oxford, v. 23, n. 5, p. 308-317, 2008.

WERTHEIN, J.; NOLETO, M. J. Pobreza e desigualdade no Brasil: traçando caminhos para a inclusão social. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL POBREZA E DESIGUALDADE NO BRASIL, 9., 2003, Brasília. **Anais**. Brasília: UNESCO, 2003. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001339/133974por.pdf>>. Acesso em 20 dez. 2014.

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

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Gestores)

Nome da Pesquisa: Os diferentes modelos de gestão pública da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco e as implicações na Gestão do Trabalho em Saúde

Instituições: Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães-FIOCRUZ; Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

Prezado (a) Senhor (a),

Estamos convidando-o (a) para participar de uma pesquisa sobre os diferentes modelos de gestão pública da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco e as implicações na Gestão do Trabalho em Saúde. Você foi selecionado (a), pois representa um dos GESTORES envolvidos nesta Política de Saúde, e SUA PARTICIPAÇÃO NÃO É OBRIGATÓRIA. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador, ou ainda, com a Fiocruz /PE ou com a Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco.

A pesquisa tem como objetivo analisar como a gestão do trabalho em saúde é praticada nos diferentes modelos de gestão pública dos serviços de saúde sob a responsabilidade da esfera estadual de Pernambuco. A sua colaboração é importante e se trata de aceitar ser entrevistado e falar sobre a sua experiência nos serviços de saúde com a gestão do trabalho em saúde, além de responder a um formulário de entrevista.

É possível apontar algum risco, se houver constrangimento do gestor/trabalhador na participação dessa pesquisa, por se tratar de um tema ligado a política de saúde no cenário político pernambucano.

Os benefícios que a sua participação trará são bastante significativos considerando o escasso conhecimento sobre a Política de Gestão do Trabalho nos serviços públicos do estado de Pernambuco, além da contribuição acadêmica.

A entrevista será gravada em equipamento digital e posteriormente será transcrita para ser analisado pela pesquisadora.

Ao participar o (a) senhor (a) estará contribuindo para melhorar a assistência à saúde em Pernambuco e tem garantido os seguintes direitos:

1. A garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca de todos os procedimentos e benefícios relacionados com a pesquisa;
2. A liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem que isto traga nenhum prejuízo a sua pessoa;
3. A segurança de que não será identificado em hipótese alguma e que será mantido o caráter confidencial da informação que seja prestada.

Se o (a) senhor (a) concordar em participar, pedimos que assine este papel em duas vias, dizendo que entendeu as explicações e que está concordando. Uma dessas vias ficará em seu poder e a outra deverá ficar com o pesquisador responsável pela pesquisa.

Para qualquer esclarecimento que se fizer necessário, em qualquer momento do estudo, o (a) senhor (a) poderá entrar em contato com a pesquisadora Vanessa Gabrielle Diniz Santana, pelos telefones, (081) 8755-6182/ 3184-0015, ou pelo endereço eletrônico vgds@hotmail.com. Em caso de denúncias a respeito de

alguma questão ética sobre esta pesquisa, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do CPqAM através do telefone (81) 2101.2639.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação, e concordo, voluntariamente, em participar. Minha participação será formalizada através da assinatura deste termo, em duas vias, ficando uma delas em minha posse e a outra com a pesquisadora.

Pesquisadora:

Assinatura:

Entrevistado (a)

Assinatura:

Recife, ____/____/____.

APÊNDICE B - Roteiro de Entrevista Proposto

A entrevista proposta buscará seguir os passos discutidos na proposta da análise política, argüindo os entrevistados quanto à sua percepção acerca dos principais eventos a serem destacados pelo estudo. Assim pretende-se que sejam abordadas questões sobre:

A) IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO NO PROCESSO

- Nome; cargo na Secretaria de Saúde; atuação dentro da gestão do trabalho em saúde.

B) CONTEXTO

- Em sua opinião quando iniciou este modelo de gestão?
- Porque o modelo de gestão iniciou neste momento e não anteriormente?
- Houve decisão política da implantação do novo modelo de gestão? Quais os fatores que levaram a essa decisão?

C) PROCESSO

- Como o modelo de gestão foi viabilizado? Houve resistência política ou social?
- Quais documentos são importantes para essa Política?
- A Política foi para a aprovação da Assembléia Legislativa?
- Esse modelo de gestão foi aprovado nas instâncias de Controle Social do Estado de Pernambuco?
- Quais as modalidades de contratação de profissionais que sua unidade adota?
- Em sua opinião essas modalidades de contratação devem ser realizadas no âmbito público? Por quê?
- Você acha que existe outra modalidade de contratação além da que você citou?
- A sua unidade de saúde tem Política de capacitação? Se tem, como funciona?
- Existe algum tipo de avaliação de desempenho profissional dentro da sua unidade?

D) ATORES

- Quais são os principais envolvidos na Política de Gestão do Trabalho, dentro do contexto do novo modelo de gestão?
- Quais as principais atitudes deles frente ao modelo?

- Você identifica alguém que seja contrário ao modelo?

E) CONTEÚDO

- Como são os contratos de gestão entre a Secretaria de Saúde e as OS?
- O que a Secretaria de Saúde cobra das ações da gestão da OS?
- Como acontece o monitoramento da gestão da OS?

ANEXO A - Carta de Anuência



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA EXECUTIVA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE
DIRETORIA GERAL DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE
GERÊNCIA DE DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL

Recife, 26 de agosto de 2013

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

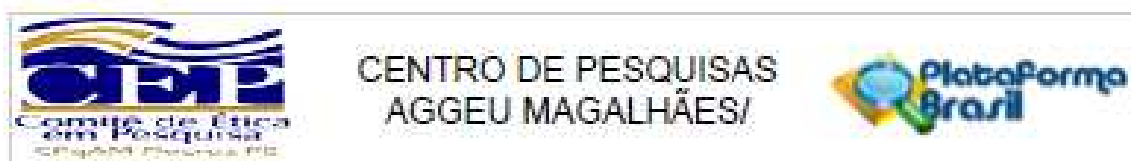
Declaro estar ciente da realização da pesquisa: **OS DIFERENTES MODELOS DE GESTÃO PÚBLICA DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO E AS IMPLICAÇÕES NA GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE**, pela pesquisadora, **Vanessa Gabrielle Diniz Santana** nas dependências do Hospital Otavio de Freitas, Hospital João Murilo de Oliveira, Hospital Miguel Arraes e UPA Torrões e afirmo que esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto.

Sendo assim autorizo sua execução, desde que a mesma cumpra com os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins de pesquisa.

X/ Maria Emilia M. Higino da Silva
Diretora Geral de Educação em Saúde
Secretaria de Saúde de Pernambuco
M^a Emilia M. Higino da Silva
Diretora Geral de Educação em Saúde
Mat. 240878-3

Rua Dona Maria Augusta Nogueira, 519 – Bongí – Recife – PE
CEP: 50.751-530 - Fone: 3184-0031/ 3184-0032/ 3184-0033

ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP-CPQAM



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: OS DIFERENTES MODELOS DE GESTÃO PÚBLICA DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO E AS IMPLICAÇÕES NA GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE

Pesquisador: VANESSA GABRIELLE DINIZ SANTANA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 22710013.1.0000.5190

Instituição Proponente: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/ FIOCRUZ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 679.351

Data da Relatoria: 04/06/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo de caso único com enfoque incorporado de base qualitativa, exploratório e retrospectivo, cujo objetivo é analisar como a gestão do trabalho em saúde é praticada em diferentes modelos de gestão pública dos serviços de saúde sob a responsabilidade da esfera estadual de Pernambuco. Será respondido a seguinte pergunta: quais as implicações na gestão do trabalho em saúde decorrentes da adoção dos diferentes modelos de gestão pública da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco?

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral

Analisar como a gestão do trabalho em saúde é praticada em diferentes modelos de gestão pública dos serviços de saúde sob a responsabilidade da esfera estadual de Pernambuco.

Objetivos específicos

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.670-420
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2101-2630 Fax: (81)2101-2630 E-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br

ANEXO C - Relatório de Visita do Hospital Metropolitano Norte Miguel Arraes de Alencar



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA EXECUTIVA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DIRETORIA GERAL DE MODERNIZAÇÃO E MONITORAMENTO
DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE - DGMMAS

RELATÓRIO DE VISITA - HOSPITAL MIGUEL ARRAES

Diretor: Amélia Lyra

SES: Equipe

Data: 30/07/14

Horário de entrada: 09:00

Horário de saída: 10:30

- **Escala Médica do dia** (Nº de médicos por especialidade):

ESPECIALIDADE	DIARISTA	PLANTONISTA
Clínica Médica		
Cirurgia Geral		
Ortopedia		
Endoscopia		
Radiologia		
Anestesia		

➔ **Nº de pacientes em atendimento na Emergência:**

1. **Classificação de Risco:**

LOCAL	Nº	Nº PACIENTES
Consultórios	01	

2. **Emergência: (Térreo)**

ÁREA	Nº de leitos	PACIENTES
Sala Vermelha	04	
Sala Amarela	14	
Sala Verde 2	13	
Sala Verde 1	8	

3. **Hemodiálise:**

4. **Imaginologia:**

- **Salas:** 08 salas (02 salas de Rx, 01 sala Tomografia, 02 salas de Ultrassonografia, 01 ECO e 02 salas de Endoscopia);
- **Ocupação:**

Obs.:

5. **Ambulatório:**

Especialidades	Dias da semana	Pacientes	Agenda do Dia
Ortopedia			
Cirurgia Geral			
Cirurgia Plástica			
Clínica Médica			
Urologia			
Nutrição			
Fonoaudiologia			

- Horário de Funcionamento: 07h00min às 17h00min;

6. **UTI'S (2º andar)**

- 6.1 UTI 1 (CM – pacientes crônicos - contatos):

Nº de Intensivistas	Nº de leitos	Isolamento	Ocupação
1 Plantonista e 2 Diaristas	10	01	

6.2 UTI 2 (CM – paciente crônico):

Nº de Intensivistas	Nº de leitos	Ocupação
1 Plantonista e 2 Diaristas	10	

Obs:

6.3 UTI 3 (Pós-operatório + 3 leitos CM):

Nº de Intensivistas	Nº de leitos	Isolamento	Ocupação
1 Plantonista e 2 Diaristas	09	0	

Obs.:

7. Bloco Cirúrgico: (2º andar)

ESPAÇO FÍSICO	TRAUMATOORTOPEDIA	CIRURGIA GERAL
Pré-anestesia (03 leitos)		
Salas Cirúrgicas (05 salas)		
SRPA (10 leitos)		

(3º andar)

8. CME: composto por 6 ambientes (01 Expurgo, 01 Sala de Preparo de material, 01 Escritório, 01 Arsenal e 02 Banheiros).

Obs:

9. Agência Transfusional:

- Salas: 01 escritório, 01 sala de estoque, 01 sala de compatibilidade, 01 quarto para repouso.

- Estoque:

MATERIAL	A -	A+	B -	B+	AB -	AB+	O -	O+	TOTAL
HEMÁCIAS									
PLASMAS									

Internação

10. Clínica Médica/Cirurgia Geral (4º andar oeste/Leste):

Nº de Enfermarias	Nº de leitos por Enfermaria	Isolamento	Ocupação
07	04	01	

Obs:

11. Ortopedia (5º andar):

Nº de Enfermarias	Nº de leitos por Enfermaria	Isolamento	Ocupação
07	04	00	

Observações Finais:

ANEXO D- Contrato de Gestão Nº 001/2009 entre a Secretaria Estadual de Saúde e o Hospital Metropolitano Norte Miguel Arraes de Alencar

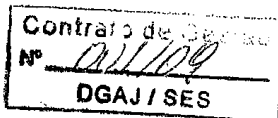
A copia foi encaminhada p/PGE, em 12/09/11, juntamente com o original assinado.

Kettye



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE
PERNAMBUCO

DIRETORIA GERAL DE ASSUNTOS JURÍDICOS



CONTRATO DE GESTÃO Nº 001 /2009 QUE ENTRE SI CELEBRAM O ESTADO DE PERNAMBUCO, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE - SES, E A FUNDAÇÃO PROFESSOR MARTINIANO FERNANDES - IMIP HOSPITALAR, QUALIFICADA COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL, PARA OPERACIONALIZAR A GESTÃO HOSPITALAR E EXECUTAR AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE, NO HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR.

Pelo presente instrumento, de um lado o **ESTADO DE PERNAMBUCO**, por intermédio da **SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE - SES**, com sede nesta cidade na Praça Oswaldo Cruz, s/n Estado de Pernambuco, CEP 51.030-000, neste ato representado pelo seu titular, **Dr. JOÃO SOARES LYRA NETO**, brasileiro, casado, advogado, residente e domiciliado na Av. Boa Viagem, 2170/1402, CEP 51111- 000, portador da carteira de identidade nº 714.314. SSP/PE e CPF/MF 003.956.924.-15 doravante denominada **CONTRATANTE**, e de outro lado a **FUNDAÇÃO PROFESSOR MARTINIANO FERNANDES - IMIP HOSPITALAR**, com CNPJ/MF nº 09.039.744/0001-94, isenta de Inscrição Estadual, Inscrição Municipal nº. 246.972-3, com endereço à Rua dos Coelho, 450 Boa Vista, Recife, PE CEP: 50.070-550 e com Estatuto/Regimentos/Contrato Social arquivado em Cartório de Registro de Títulos e Documentos sob nº 328.842, do Registro Civil de Pessoas Jurídicas, neste ato representado por **DR. RAUL PEREIRA DA CUNHA NETO**, brasileiro, casado, advogado, residente e domiciliado à Av. Boa Viagem, 2366/901 - Boa Viagem, CEP 51020-000, portador da carteira de identidade 756.040 SSP/PE e CPF/MF 054.956.444-68, doravante denominada **CONTRATADA**, tendo em vista as disposições da Lei nº 11.743, de 20.01.00, alterada pela Lei nº 12.973, de 26.12.05, e regulamentada pelo Decreto nº 23.046, de 19.02.01, considerando o Edital de Seleção nº. 01/2009 e o correspondente ato de Homologação publicado no D.O.E de 20 de outubro de 2009, inserido nos autos do Processo nº. 001/2009, tudo de conformidade com as diretrizes e normas do Sistema Único de Saúde - SUS emanadas do Ministério da Saúde - MS, resolvem celebrar o presente **CONTRATO DE GESTÃO**, mediante as cláusulas e condições seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

O presente **CONTRATO** tem por objeto a operacionalização da gestão e a execução de ações e serviços de saúde a serem prestados pela **CONTRATADA** no Hospital Metropolitano Norte Miguel Arraes de Alencar, localizado na Rua Estrada da Fazendinha, Jaguaribe, s/nº, no Município de Paulista-PE, doravante designado simplesmente **HOSPITAL**, em regime de 24 horas/dia, que assegure assistência universal e gratuita à população.



Maria Nilvanda Arraes
Diretora Geral de Assuntos Jurídicos
Secretaria Estadual de Saúde / SES



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE
PERNAMBUCO

DIRETORIA GERAL DE ASSUNTOS JURÍDICOS

PARÁGRAFO ÚNICO

Fazem parte integrante deste **CONTRATO**:

- a) Proposta de Trabalho
- b) O Anexo Técnico I – Descrição de Serviços
- c) O Anexo Técnico II – Sistema de Pagamento
- d) O Anexo Técnico III – Indicadores de Qualidade
- e) O Anexo Técnico IV – Inventário e Avaliação de Bens

CLÁUSULA SEGUNDA - DA PERMISSÃO DE USO DOS BENS

Os bens móveis descritos no Anexo Técnico IV, bem como o imóvel de propriedade do Estado de Pernambuco referente ao **HOSPITAL**, têm o seu uso permitido pela **CONTRATADA** durante a vigência do presente **CONTRATO**, nos termos do art. 29 da Lei nº. 11.743/00.

PARÁGRAFO ÚNICO

O inventário e a avaliação dos bens relacionados no Anexo Técnico IV deste Contrato, foram devidamente aprovados pelas partes contratantes.

CLÁUSULA TERCEIRA - DO COMPROMISSO DAS PARTES

3.1 - DA CONTRATADA

Compromete-se a **CONTRATADA**:

3.1.1 - Assegurar a organização, administração e gerenciamento do **HOSPITAL** objeto do presente Contrato, através do desenvolvimento de técnicas modernas e adequadas que permitam o desenvolvimento da estrutura funcional e a manutenção física da referida unidade e de seus equipamentos, além do provimento dos insumos (materiais) e medicamentos necessários à garantia do pleno funcionamento do **HOSPITAL**;

3.1.2 - Assistir de forma abrangente os usuários que demandem o **HOSPITAL**, procedendo aos devidos registros do SIA/SUS e expedindo as Autorizações de Internações Hospitalares (AIH/SUS), segundo os critérios da **CONTRATANTE** e do Ministério da Saúde;

3.1.3 - Garantir, em exercício no **HOSPITAL** referido neste Contrato, quadro de recursos humanos qualificados e compatíveis com o porte das unidades e serviços combinados, conforme estabelecido nas normas ministeriais atinentes à espécie, estando definida, como parte de sua infra-estrutura técnico-administrativa nas 24 (vinte e quatro) horas/dia do **HOSPITAL**;



2
 Maria Nilvanda Arraes
 Diretora Geral de Assuntos Jurídicos
 Secretaria Estadual de Saúde / SES



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE
PERNAMBUCO

DIRETORIA GERAL DE ASSUNTOS JURÍDICOS

3.1.4 - Adotar identificação especial (crachá) e fardamento de boa qualidade para todos os seus empregados, assim como assegurar a sua frequência, pontualidade e boa conduta profissional;

3.1.5 - Incluir, na implantação da imagem corporativa e da uniformidade dos trabalhadores, o logotipo da SES;

3.1.6 - Responder pelas obrigações, despesas, encargos trabalhistas, securitários, previdenciários e outros, na forma da legislação em vigor, relativos aos empregados utilizados na execução dos serviços ora contratados, sendo-lhe defeso invocar a existência deste contrato para eximir-se daquelas obrigações ou transferi-las à **CONTRATANTE**;

3.1.7 - Responsabilizar-se integralmente por todos os compromissos assumidos neste Contrato;

3.1.8 - Manter registro atualizado de todos os atendimentos efetuados no Hospital, disponibilizando a qualquer momento à **CONTRATANTE** e às auditorias do SUS, as fichas e prontuários dos usuários, assim como todos os demais documentos que comprovem a confiabilidade e segurança dos serviços prestados no **HOSPITAL**;

3.1.9 - Apresentar a **CONTRATANTE** até o 10º dia do mês seguinte, a Nota Fiscal/Fatura dos serviços efetivamente executados no mês anterior, acompanhada de Relatórios Gerenciais e comprovantes, na forma que lhe for indicada pela **CONTRATANTE**;

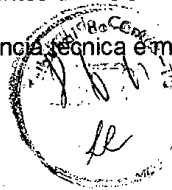
3.1.10 - Providenciar e manter atualizadas todas as licenças e alvarás junto às repartições competentes, necessários à execução dos serviços objeto do presente Contrato;

3.1.11 - Arcar com todo e qualquer dano ou prejuízo, de qualquer natureza, causados à **CONTRATANTE** e/ou a terceiros por sua culpa, em consequência de erro, negligência ou imperícia, própria ou de auxiliares que estejam sob sua responsabilidade na execução dos serviços contratados;

3.1.12 - Consolidar a imagem do **HOSPITAL** como centro de prestação de serviços públicos da rede assistencial do Sistema Único de Saúde - SUS, comprometido com sua missão de atender às necessidades terapêuticas dos pacientes, primando pela melhoria na qualidade da assistência;

3.1.13 - Manter em perfeitas condições de higiene e conservação as áreas físicas, instalações e equipamentos do **HOSPITAL**;

3.1.14 - Prestar assistência técnica e manutenção preventiva e corretiva de forma



Maria Nilvanda Arraes
Diretora Geral de Assuntos Jurídicos
Secretaria Estadual de Saúde / SES



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE
PERNAMBUCO

DIRETORIA GERAL DE ASSUNTOS JURÍDICOS

continua aos equipamentos e instalações hidráulicas, elétricas e de gases em geral;

3.1.15 - Devolver à **CONTRATANTE**, após o término de vigência deste Contrato, toda área, equipamentos, instalações e utensílios, objeto do presente contrato, em perfeitas condições de uso, respeitado o desgaste natural pelo tempo transcorrido, substituindo aqueles que não mais suportarem recuperação. Os bens móveis permitidos em uso poderão ser permutados por outros de igual ou maior valor, que passam a integrar o patrimônio do Estado, após prévia avaliação e expressa autorização do **CONTRATANTE**;

3.1.16 - Receber através de seu preposto, os bens inventariados na forma do Anexo Técnico IV, , quando da assinatura do Contrato e, de forma idêntica, devolvê-los no término da vigência contratual;

3.1.17 - Dispor da informação oportuna sobre o local de residência dos pacientes atendidos ou que lhe sejam referenciados para atendimento, registrando minimamente a definição do município de residência dos mesmos, por razões de planejamento das atividades assistenciais;

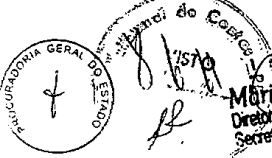
3.1.18 - Encaminhar à **CONTRATANTE**, nos prazos e instrumentos por ela definidos, todas as informações sobre as atividades desenvolvidas no **HOSPITAL**, bem como sobre a movimentação dos recursos financeiros recebidos e movimentados pela referida unidade de saúde;

3.1.19 - Encaminhar à **CONTRATANTE** as informações de que trata o item anterior, segundo os modelos por ela elaborados, até o dia 10 (dez) do mês imediatamente subsequente ao das atividades desenvolvidas, ou no dia útil que lhe for imediatamente posterior;

3.1.20 - Em relação aos direitos dos pacientes, a **CONTRATADA** obriga-se a:

- a) Manter sempre atualizado o prontuário médico dos pacientes e o arquivo médico considerando os prazos previstos em lei;
- b) Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação;
- c) Justificar ao paciente ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão da não realização de qualquer ato profissional previsto neste Contrato;
- d) Permitir a visita ao paciente internado, diariamente, conforme diretrizes da Política Nacional de Humanização;
- e) Esclarecer aos pacientes sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos;
- f) Respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal;

4


Márcia Nilvanda Arraes
Diretora Geral de Assuntos Jurídicos
Secretaria Estadual de Saúde / SES



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE
PERNAMBUCO

DIRETORIA GERAL DE ASSUNTOS JURÍDICOS

- g) Garantir a confidencialidade dos dados e informações relativas aos pacientes;
- h) Assegurar aos pacientes o direito de serem assistidos religiosa e espiritualmente por ministro de qualquer culto religioso;
- i) Assegurar a presença de um acompanhante, em tempo integral, no **HOSPITAL**, nas internações de adolescentes e idosos.

3.1.21 - Fornecer ao paciente por ocasião de sua alta hospitalar, relatório circunstanciado do atendimento que lhe foi prestado, denominado "**INFORME DE ALTA HOSPITALAR**", do qual devem constar, no mínimo, os seguintes dados:

- a) Nome do paciente;
- b) Nome do Hospital;
- c) Localização do Hospital (endereço, município, estado);
- d) Motivo da internação (CID-10);
- e) Data de admissão e data da alta;
- f) Procedimentos realizados e tipo de órtese, prótese e/ou materiais empregados, quando for o caso;
- g) Diagnóstico principal de alta e diagnósticos secundários a alta;
- h) O cabeçalho do documento deverá conter o seguinte esclarecimento: "Esta conta deverá ser paga com recursos públicos".

3.1.22 - A **CONTRATADA** deverá, quando do fornecimento do Informe de Alta Hospitalar, colher a assinatura do paciente, ou de seus representantes legais, na segunda via do documento, que deverá ser arquivado no prontuário do paciente, observando-se as exceções previstas em lei;

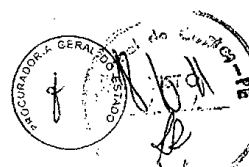
3.1.23 - Incentivar o uso seguro de medicamentos tanto ao paciente internado como ao ambulatorial, procedendo à notificação de suspeita de reações adversas, através de formulários e sistemáticas da SES;

3.1.24 - Implantar, após prévia aprovação da SES, um modelo normatizado de pesquisa de satisfação pós - hospitalização;

3.1.25 - Realizar seguimento, análise e adoção de medidas de melhoria diante das sugestões, queixas e reclamações que receber com respostas aos usuários, no prazo máximo de 30 dias úteis;

3.1.26 - Instalar um Serviço de Atendimento ao Usuário, conforme diretrizes estabelecidas pela SES, encaminhando mensalmente relatório de suas atividades;

3.1.27 - Identificar suas carências em matéria diagnóstica e/ou terapêutica que justifiquem a necessidade do encaminhamento de pacientes a outros serviços de saúde, apresentando à SES, mensalmente, relatório dos encaminhamentos ocorridos;



Maria Nilvanda Arraes
Diretora Geral de Assuntos Jurídicos
Secretaria Estadual de Saúde / SES



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE
PERNAMBUCO

DIRETORIA GERAL DE ASSUNTOS JURÍDICOS

3.1.28 - Não adotar nenhuma medida unilateral de mudanças na carteira de serviços, nos fluxos de atenção consolidados, nem na estrutura física do **HOSPITAL**, sem prévia ciência e aprovação da SES;

3.1.29 - Alcançar os índices de produtividade e qualidade definidos nos Anexos Técnicos I e III deste Contrato;

3.1.30 - Acompanhar e monitorar o tempo de espera dos pacientes, definido pelas diferentes Listas de Espera de Internação e Cirurgia Eletiva, incluindo essa informação nos relatórios gerenciais do hospital;

3.1.31 - Possuir e manter em pleno funcionamento, no mínimo, as seguintes Comissões Clínicas:

- Comissão de Prontuários Médicos
- Comissão de Óbitos
- Comissão de Ética Médica
- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

3.1.32 - Possuir e manter em pleno funcionamento um Núcleo de Epidemiologia – NEP, que será responsável pela realização de vigilância epidemiológica de doenças de notificação compulsória no âmbito hospitalar, assim como ações relacionadas a outros agravos de interesse epidemiológico.

3.1.33 - Possuir e manter um Núcleo de Manutenção Geral - NMG que contemple as áreas de manutenção predial, hidráulica, e elétrica, assim como um serviço de gerenciamento de Risco e de Resíduos sólidos na unidade, bem como manter o núcleo de engenharia clínica para o bom desempenho dos equipamentos.

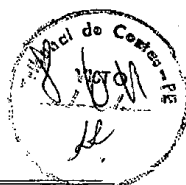
3.1.34 - Estabelecer e executar os planos, programas e sistemas constantes do Anexo Técnico I;

3.1.35 - Movimentar os recursos financeiros transferidos pela **CONTRATANTE** para a execução do objeto deste Contrato em conta bancária específica e exclusiva, vinculada ao **HOSPITAL**, de modo a que os recursos transferidos não sejam confundidos com os recursos próprios da Organização Social.

3.2 – DA CONTRATANTE

3.2.1 - Disponibilizar à **CONTRATADA** adequada estrutura física, materiais permanentes, equipamentos e instrumentos para a organização, administração e gerenciamento do **HOSPITAL**, conforme inventário patrimonial;

3.2.2 - Prover a **CONTRATADA** dos recursos financeiros necessários à execução



Mário Nilvanda Arraes
Mário Nilvanda Arraes
Diretora Geral de Assuntos Jurídicos
Secretaria Estadual de Saúde / SES



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE
PERNAMBUCO

DIRETORIA GERAL DE ASSUNTOS JURÍDICOS

deste Contrato e a programar, nos orçamentos dos exercícios subseqüentes, quando for o caso, os recursos necessários para custear os seus objetivos, de acordo com o sistema de pagamento previsto;

3.2.3 - Prestar esclarecimentos e informações à **CONTRATADA** que visem a orientá-la na correta prestação dos serviços pactuados, dirimindo as questões omissas neste instrumento dando-lhe ciência de qualquer alteração no presente Contrato;

3.2.4 - Desenvolver o controle e a avaliação periódica através de um preposto designado pelo Secretário da Saúde, o qual observará "in loco" o desenvolvimento das atividades de assistência aos usuários no **HOSPITAL**.

CLÁUSULA QUARTA – DOS RECURSOS FINANCEIROS

Os recursos financeiros para a execução do objeto deste Contrato serão alocados para a **CONTRATADA** mediante transferências oriundas do **CONTRATANTE**, sendo permitido à **CONTRATADA** o recebimento de doações e contribuições de entidades nacionais e estrangeiras, rendimentos de aplicações dos ativos financeiros da Organização Social e de outros pertencentes ao patrimônio que estiver sob a administração da OS, ficando-lhe, ainda, facultado contrair empréstimos com organismos nacionais e internacionais.

CLÁUSULA QUINTA – DO REPASSE DE RECURSOS

Para a execução do objeto da presente avença, a **CONTRATANTE** repassará à **CONTRATADA**, no prazo e condições constantes deste instrumento e seus anexos, a importância global estimada de R\$ 38.509.826,00 (trinta e oito milhões quinhentos e nove mil e oitocentos e vinte e seis reais) para fins de cumprimento dos serviços pactuados nos termos do Anexo Técnico I, parte integrante deste instrumento.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

O valor pactuado será repassado pela **CONTRATANTE**, de acordo com o cronograma de desembolso previsto na Cláusula Sétima deste Contrato.

PARÁGRAFO SEGUNDO

Os recursos destinados ao presente Contrato de Gestão serão empenhados globalmente em montante correspondente às despesas previstas até 31.12.09, devendo ser consignado na lei orçamentária do exercício seguinte o montante remanescente relativo aos meses de execução do Contrato no exercício de 2010.

PARÁGRAFO TERCEIRO

Os recursos repassados à **CONTRATADA** poderão ser aplicados no mercado



7
 Maria Nilvanda Arraes
 Diretora Geral de Assuntos Jurídicos
 Secretaria Estadual de Saúde / SES



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE
PERNAMBUCO

DIRETORIA GERAL DE ASSUNTOS JURÍDICOS

financeiro, desde que os resultados dessa aplicação revertam-se, exclusivamente, aos objetivos deste Contrato.

CLÁUSULA SEXTA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

As despesas decorrentes deste Contrato correrão por conta dos recursos da Dotação Orçamentária a seguir especificada:

Unidade Gestora: 530401-FES/PE
 Fonte de Recurso: 101
 Programa de Trabalho: 3431
 Natureza da Despesa: 3350
 Nota de Empenho: NE 012453 Emitida em: 25/11/2009

CLÁUSULA SÉTIMA - DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

O pagamento do valor constante da Cláusula Quinta será efetuado conforme definido nas condições a seguir estabelecidas:

I – No primeiro ano de vigência do presente Contrato, o valor global a ser repassado está estimado em R\$ 38.509.826,00 (trinta e oito milhões quinhentos e nove mil oitocentos e vinte e seis reais), mediante a liberação de 12 (doze) parcelas mensais, cujo valor é composto de uma parte fixa correspondente a 60% do orçamento mensal, e uma parte variável correspondente a 30% do orçamento mensal, calculada com base na produção e 10% (dez por cento) calculada com base na adesão de indicadores de qualidade.

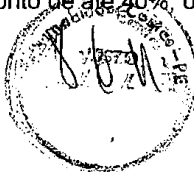
II – Do montante global previsto no item anterior, o valor de R\$ 4.813.728,25 (quatro milhões oitocentos e treze mil setecentos e vinte e oito reais e vinte e cinco centavos), correspondente à primeira parcela, será pago quando da assinatura deste Contrato.

III - O valor correspondente a segunda até a décima primeira parcela será de R\$ 3.209.152,17 (três milhões duzentos e nove mil cento e cinquenta e dois reais e dezessete centavos), sendo a décima segunda parcela no valor de R\$ 1.604.576,08 (um milhão seiscentos e quatro mil quinhentos e setenta e seis reais e oito centavos).

IV – As parcelas referidas no item anterior, serão pagas mensalmente até o quinto dia útil após o recebimento da nota fiscal/fatura dos serviços efetivamente executados no mês anterior.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

As metas contratuais serão avaliadas trimestralmente, e, em caso de não cumprimento, será efetuado o desconto de até 40%, observado o disposto no Anexo II.



8
 Maria Nilvanda Arraes
 Diretora Geral de Assuntos Jurídicos
 Secretaria Estadual de Saúde / SES



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE
PERNAMBUCO

DIRETORIA GERAL DE ASSUNTOS JURÍDICOS

PARÁGRAFO SEGUNDO

As parcelas de valor variável serão pagas mensalmente, junto com a parte fixa, e os eventuais ajustes financeiros a menor decorrentes da avaliação do alcance das metas das partes variáveis serão realizados nos meses subsequentes à análise dos indicadores estabelecidos, na forma disposta neste Contrato e seus Anexos.

PARÁGRAFO TERCEIRO

Havendo atrasos nos desembolsos previstos no cronograma de pagamento, a **CONTRATADA** poderá realizar adiantamentos com recursos próprios à conta bancária indicada para recebimento dos pagamentos mensais, tendo reconhecido as despesas efetivadas, desde que em montante igual ou inferior aos valores ainda não desembolsados que estejam previstos neste contrato.

PARÁGRAFO QUARTO

A **CONTRATADA** deverá anexar mensalmente aos relatórios encaminhados à **CONTRATANTE**, os comprovantes de quitação de despesas com água, energia elétrica e telefone, efetuados no mês imediatamente anterior, bem como os comprovantes de recolhimento dos encargos sociais e previdenciários relativos ao mês anterior.

CLÁUSULA OITAVA - DOS RECURSOS HUMANOS

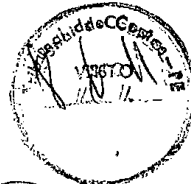
A **CONTRATADA** contratará pessoal para a execução de suas atividades, sendo de sua inteira responsabilidade os encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais, comerciais e securitários, resultantes da execução do objeto do presente Contrato.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

A **CONTRATADA** poderá gastar no máximo 65% (sessenta e cinco por cento) dos recursos públicos a esta repassada com despesas de remuneração, encargos trabalhistas e vantagens de qualquer natureza, a serem percebidos pelos seus dirigentes, empregados e servidores eventualmente a ela cedidos lotados no **HOSPITAL**.

PARÁGRAFO SEGUNDO

O **CONTRATANTE** poderá colocar à disposição da **CONTRATADA**, mediante cessão especial nos termos da Lei nº 12.973/05, a ser formalizada através de instrumento de convênio específico, os servidores públicos estaduais de seu quadro de pessoal permanente.



Jm

mal
Maria Nilvanda Arraes
 Diretora Geral de Assuntos Jurídicos
 Secretaria Estadual de Saúde / SES



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE
PERNAMBUCO

DIRETORIA GERAL DE ASSUNTOS JURÍDICOS

PARÁGRAFO TERCEIRO

O valor pago pelo Poder Público, a título de remuneração e de contribuição previdenciária do servidor colocado à disposição da **CONTRATADA**, será deduzido do valor de cada parcela dos recursos repassados mensalmente.

CLÁUSULA NONA – DO ACOMPANHAMENTO E DA AVALIAÇÃO DE RESULTADOS

O órgão competente da **CONTRATANTE** responsável pelo acompanhamento, fiscalização e avaliação deste Contrato de Gestão emitirá relatório técnico sobre os resultados alcançados pela **CONTRATADA** quanto às metas pactuadas, quanto à economicidade das ações realizadas e à otimização do padrão de qualidade na execução dos serviços e no atendimento ao usuário.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

O órgão referido nesta cláusula encaminhará o relatório técnico ao Secretário da Saúde e ao órgão deliberativo da **CONTRATADA**, até o último dia do mês subsequente ao encerramento de cada trimestre do exercício financeiro.

PARÁGRAFO SEGUNDO

Os resultados alcançados deverão ser objetos de análise criteriosa pelo Secretário da Saúde, que poderá emitir as correções que eventualmente se façam necessárias, para garantir a plena eficácia do instrumento, e em persistindo as falhas, para subsidiar a decisão do Governador do Estado acerca da manutenção da qualificação da Entidade como Organização Social.

PARÁGRAFO TERCEIRO

Ao final de cada exercício financeiro será elaborada consolidação dos relatórios técnicos emitidos pelo órgão de acompanhamento e avaliação, para análise e parecer conclusivo do Secretário da Saúde.

PARÁGRAFO QUARTO

Os responsáveis pela fiscalização deste Contrato, ao tomarem conhecimento de qualquer irregularidade na utilização de recursos ou bens de origem pública, darão imediata ciência ao Tribunal de Contas do Estado e ao Ministério Público Estadual para as providências cabíveis, sob pena de responsabilidade solidária.

CLÁUSULA DÉCIMA – DO PRAZO

O prazo de vigência do presente CONTRATO será de 12 (doze) meses, contados da assinatura do presente instrumento, podendo ser prorrogado, após demonstrada a



10
 Maria Niluanda Arraes
 Diretora Geral de Assuntos Jurídicos
 Secretaria Estadual de Saúde (SES)



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE
PERNAMBUCO

DIRETORIA GERAL DE ASSUNTOS JURÍDICOS

consecução dos objetivos estratégicos e das metas estabelecidas, se houver a indicação, garantia e aprovação das dotações orçamentárias necessárias para as despesas.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA REVISÃO E REACTUAÇÃO

O presente Contrato poderá ser alterado, mediante revisão das metas e dos valores financeiros inicialmente pactuados, desde que prévia e devidamente justificada, com a aceitação de ambas as partes e a autorização por escrito do Secretário de Saúde, devendo, nestes casos, serem formalizados os respectivos Termos Aditivos. Poderá também ser alterado para assegurar a manutenção do equilíbrio econômico e financeiro do contrato, na hipótese de sobrevirem fatos imprevisíveis, ou previsíveis, porém de consequências incalculáveis, retardadores ou impeditivos da execução do ajustado ou, ainda, em caso de força maior, caso fortuito ou fato do príncipe, configurando álea econômica extraordinária e extracontratual.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

A Prestação de Contas, a ser apresentada mensalmente ou a qualquer tempo, conforme recomende o interesse público, far-se-á através de relatório pertinente à execução desse Contrato de Gestão, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhados dos demonstrativos financeiros referentes aos gastos e receitas efetivamente realizados.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

Ao final de cada exercício financeiro, a **CONTRATADA** deverá elaborar consolidação dos relatórios de execução e demonstrativos financeiros e encaminhá-los à **CONTRATANTE**, em modelos por esta estabelecidos.

PARÁGRAFO SEGUNDO

Cabe à **CONTRATADA**, obrigatoriamente, a publicação anual, no Diário Oficial do Estado, dos relatórios financeiros e do relatório de execução do presente Contrato de Gestão.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DA INTERVENÇÃO DO ESTADO NO SERVIÇO TRANSFERIDO

Na hipótese de risco quanto à continuidade dos serviços de saúde prestados à população pela **CONTRATADA**, o **CONTRATANTE** poderá assumir imediatamente a execução dos serviços objeto deste Contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DA RESCISÃO

A rescisão do Contrato poderá ser efetivada:



jm

 Maria Nilvanda Arraes
 Diretora Geral de Assuntos Jurídicos
 Secretaria Estadual de Saúde / SE



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE
PERNAMBUCO

DIRETORIA GERAL DE ASSUNTOS JURÍDICOS

I - por ato unilateral da **CONTRATANTE**, na hipótese de descumprimento, por parte da **CONTRATADA**, ainda que parcial, das cláusulas que inviabilizem a execução de seus objetivos e metas previstas no presente Contrato, decorrentes de má gestão, culpa e/ou dolo;

II - por acordo entre as partes reduzido a termo, tendo em vista o interesse público;

III - por ato unilateral da **CONTRATADA** na hipótese de atrasos dos repasses devidos pela **CONTRATANTE** superior a 30 (trinta) dias da data fixada para o pagamento, cabendo à **CONTRATADA** notificar a **CONTRATANTE**, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, informando do fim da prestação dos serviços contratados.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

Verificada qualquer uma das hipóteses de rescisão contratual, o **CONTRATANTE** providenciará a revogação da permissão de uso existente em decorrência do presente instrumento, aplicará as sanções legais cabíveis e promoverá a desqualificação da entidade como Organização Social, pelo Poder Executivo, após apuradas a falta em processo regular, assegurada a ampla defesa.

PARÁGRAFO SEGUNDO

A desqualificação da entidade acarretará a reversão dos bens e valores disponíveis referentes ao presente contrato, bem como a incorporação ao patrimônio do Estado dos excedentes financeiros decorrentes de suas atividades, na proporção dos recursos públicos alocados, bem como a disponibilização, imediata, dos arquivos referentes ao registro atualizado de todos os atendimentos efetuados no **HOSPITAL**, as fichas e prontuários dos usuários.

PARÁGRAFO TERCEIRO

A **CONTRATADA** terá o prazo máximo de 90 (noventa) dias, a contar da data da rescisão do Contrato, para quitar suas obrigações e prestar contas de sua gestão à **CONTRATANTE**.

PARAGRAFO QUARTO

Na hipótese do inciso III do caput desta cláusula, a **CONTRATANTE** responsabilizar-se-á apenas pelos prejuízos suportados pela **CONTRATADA** exclusivamente em decorrência do retardo na transferência de recursos, cabendo à **CONTRATADA** a comprovação do nexo de causalidade entre os prejuízos alegados e a mora da **CONTRATANTE**.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - DA RESPONSABILIDADE CIVIL DA CONTRATADA



12
 Maria Nilvanda Arraes
 Diretora Geral de Assuntos Jurídicos
 Secretaria Estadual de Saúde / SES



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

DIRETORIA GERAL DE ASSUNTOS JURÍDICOS

A CONTRATADA é responsável pela indenização de danos decorrentes de ação ou omissão voluntária, ou de negligência, imperícia ou imprudência, que seus agentes, nessa qualidade, causarem ao paciente, aos órgãos do SUS e a terceiros a estes vinculados, bem como aos bens públicos móveis e imóveis elencados no Anexo Técnico IV, de que trata a Lei Estadual nº 11.743/00 e o Decreto nº 23.046/01, sem prejuízo da aplicação das demais sanções cabíveis.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DA PUBLICAÇÃO

O presente Contrato de Gestão terá o seu extrato publicado no Diário Oficial do Estado, no prazo máximo de 20 (vinte) dias, contados da data de sua assinatura.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DO FORO

As partes contratantes elegem o Foro da Comarca do Recife, Capital do Estado de Pernambuco, como competente para dirimir toda e qualquer controvérsia resultante do presente contrato, renunciando, expressamente, a outro qualquer por mais privilegiado que se configure. E, por estarem de pleno acordo, firmam as partes o presente instrumento em 04 (quatro) vias de igual teor e forma, para um único efeito de direito, na presença das testemunhas abaixo-subscritas.

Recife, 20 de Novembro de 2009

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
CONTRATANTE

FUNDAÇÃO PROFESSOR MARTINIANO FERNANDES
CONTRATADA

Testemunha

Testemunha



Maria Nilvanda Arraes
Diretora Geral de Assuntos Jurídicos
Secretaria Estadual de Saúde / SES



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE
PERNAMBUCO

DIRETORIA GERAL DE ASSUNTOS JURÍDICOS

ANEXO TÉCNICO I
DESCRIÇÃO DE SERVIÇOS

I - CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS CONTRATADOS

A **CONTRATADA** atenderá com seus recursos humanos e técnicos aos usuários do SUS - Sistema Único de Saúde, oferecendo, segundo o grau de complexidade de sua assistência e sua capacidade operacional, os serviços de saúde que se enquadrem nas modalidades abaixo descritas, conforme sua tipologia (unidade hospitalar, unidade ambulatorial, ou outros).

O Serviço de Admissão da **CONTRATADA** solicitará aos pacientes, ou a seus representantes legais, a documentação de identificação do paciente e a documentação de encaminhamento, se for o caso, especificada no fluxo estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde.

No caso dos atendimentos hospitalares por urgência, sem que tenha ocorrido apresentação da documentação necessária, a mesma deverá ser entregue pelos familiares e/ou responsáveis pelo paciente, num prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas.

O acesso aos exames de apoio diagnóstico e terapêutico realizar-se-á de acordo com o fluxo estabelecido pela Secretaria Estadual de Saúde.

Em caso de hospitalização, a **CONTRATADA** fica obrigada a internar paciente, no limite dos leitos contratados, obrigando-se, na hipótese de falta ocasional de leito vago, a encaminhar os pacientes aos serviços de saúde do SUS instalados na região em que a **CONTRATADA**, em decorrência da assinatura deste contrato de gestão, presta serviços de assistência à saúde.

O acompanhamento e a comprovação das atividades realizadas pela **CONTRATADA** serão efetuados através dos dados registrados no SIH - Sistema de Informações Hospitalares, no SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais, bem como através dos formulários e instrumentos para registro de dados de produção definidos pela **CONTRATANTE**.

1. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

A assistência à saúde prestada em regime de hospitalização compreenderá o conjunto de atendimentos oferecidos ao paciente desde sua admissão no hospital até sua alta hospitalar pela patologia atendida, incluindo-se aí todos os atendimentos e procedimentos necessários para obter ou completar o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento no âmbito hospitalar.

1.1. No processo de hospitalização, estão incluídos;





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE
PERNAMBUCO

DIRETORIA GERAL DE ASSUNTOS JURÍDICOS

- Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial, tanto na fase de tratamento, quanto na fase de recuperação;
- Tratamentos concomitantes diferentes daquele classificado como principal que motivou a internação do paciente e que podem ser necessários adicionalmente devido às condições especiais do paciente e/ou outras causas;
- Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação, de acordo com listagem do SUS - Sistema Único de Saúde;
- Procedimentos e cuidados de enfermagem necessários durante o processo de internação;
- Alimentação, incluídas nutrição enteral e parenteral;
- Assistência por equipe médica especializada, pessoal de enfermagem e pessoal auxiliar;
- Utilização de Centro Cirúrgico e procedimentos de anestesia;
- Material descartável necessário para os cuidados de enfermagem e tratamentos;
- Diárias de hospitalização em quarto compartilhado ou individual, quando necessário devido às condições especiais do paciente (as normas que dão direito à presença de acompanhante estão previstas na legislação que regulamenta o SUS - Sistema Único de Saúde);
- Diárias nas UTI - Unidade de Terapia Intensiva, se necessário;
- Sangue e hemoderivados;
- Fornecimento de roupas hospitalares;
- Procedimentos especiais de alto custo, como hemodiálise, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, endoscopia e outros que se fizerem necessários ao adequado atendimento e tratamento do paciente, de acordo com a capacidade instalada, respeitando a complexidade do Hospital Metropolitan Norte – Miguel Arraes de Alencar.

2. ATENDIMENTO A URGÊNCIAS

2.1 Serão considerados atendimentos de urgência aqueles não programados que sejam dispensados pelo Serviço de Urgência do hospital a pessoas que procurem tal atendimento, de forma referenciada conforme o fluxo estabelecido pela Secretaria Estadual da Saúde, durante as 24 horas do dia, todos os dias do ano.

2.2 Para efeito de produção contratada / realizada deverão ser informados todos os atendimentos realizados no setor de urgência independente de gerar ou não uma hospitalização.

2.3 Se, em consequência do atendimento por urgência o paciente é colocado em regime de "observação" (leitos de observação), por um período menor que 24 horas e não ocorre a internação ao final deste período, somente será registrado o atendimento da urgência propriamente dita, não gerando nenhum registro de hospitalização.





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE
PERNAMBUCO

DIRETORIA GERAL DE ASSUNTOS JURÍDICOS

II.2 ATENDIMENTO AMBULATORIAL

ESPECIALIDADES	TOTAL ANUAL
Cirurgia Geral / Neurocirurgia	
Medicina Interna / Clínica Geral	
Ortopedia / Traumatologia	
Outras especialidades médicas	
TOTAL	34.200

AMBULATORIO	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	TOTAL
TOTAL CONSULTAS	1.589	1.904	2.850	3.166	3.166	3.166	3.166	3.166	3.166	3.166	3.166	3.166	34.200

II.3 ATENDIMENTO SADT

PROCEDIMENTO	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	TOTAL
PATOLOGIA CLÍNICA	3.384	5.640	9.023	10.151	11.279	11.279	14.099	14.099	14.099	14.099	14.099	14.099	135.350
ANATOMOPATOLOGIA	86	143	229	257	286	286	358	358	358	358	358	358	3.435
RADIODIAGNÓSTICO	1.015	1.692	2.707	3.046	3.384	3.384	4.230	4.230	4.230	4.230	4.230	4.230	40.608
ULTRASSONGRAFIA	486	810	1.295	1.457	1.619	1.619	2.024	2.024	2.024	2.024	2.024	2.024	19.430
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	65	110	177	200	221	221	276	276	276	276	276	276	2.650
DIAGNOSE	650	1.083	1.733	1.949	2.166	2.166	2.708	2.708	2.708	2.708	2.708	2.708	25.995
TOTAL	5.688	9.478	15.164	17.060	18.955	18.955	23.695	23.695	23.695	23.695	23.695	23.695	227.468

II.4 ATENDIMENTO À URGÊNCIAS (âmbito hospitalar)

Atendimento de Urgência Referenciado

URGÊNCIA	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	TOTAL
CONSULTA DE URGÊNCIA	6.000	7.200	9.600	10.800	12.000	12.000	12.000	12.000	12.000	12.000	12.000	12.000	129.600
AT. ORTOPÉDICO COM IMOBILIZAÇÃO	600	720	960	1080	1200	1200	1200	1200	1200	1200	1200	1200	12.960
PROCEDIMENTOS REALIZADOS POR NÍVEL MÉDIO E OUTROS DE NÍVEL SUPERIOR	4.600	5.520	7.360	8.280	9.200	9.200	9.200	9.200	9.200	9.200	9.200	9.200	99.360





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE
PERNAMBUCO

DIRETORIA GERAL DE ASSUNTOS JURÍDICOS

**III - CONTEÚDO DAS INFORMAÇÕES A SEREM ENCAMINHADAS À
CONTRATANTE**

A **CONTRATADA** encaminhará à **CONTRATANTE** toda e qualquer informação solicitada, na formatação e periodicidade por esta determinadas.

As informações solicitadas referem-se aos aspectos abaixo relacionados :

- Relatórios contábeis e financeiros;
- Relatórios referentes aos indicadores de Qualidade estabelecidos para a unidade;
- Relatório de Custos;
- Censo de origem dos pacientes atendidos;
- Pesquisa de satisfação de pacientes e acompanhantes;
- Outras, a serem definidas para cada tipo de unidade gerenciada: hospital, ambulatório, centro de referência ou outros.





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE
PERNAMBUCO

DIRETORIA GERAL DE ASSUNTOS JURÍDICOS

ANEXO TÉCNICO II

SISTEMA DE PAGAMENTO

Com a finalidade de estabelecer as regras e o cronograma do Sistema de Pagamento ficam estabelecidos os seguintes princípios e procedimentos:

I. COMPOSIÇÃO DOS VALORES REPASSADOS:

1. A atividade assistencial da **CONTRATADA** subdivide-se em 3 (três) modalidades, conforme especificação e quantidades relacionadas no ANEXO TÉCNICO I - Descrição de Serviços, nas modalidades abaixo assinaladas:

- (X) Internação (Enfermaria e Pronto-Socorro)
- (X) Atendimento a Urgências
- (X) Atendimento Ambulatorial (egressos)

1.1 As modalidades de atividade assistenciais acima assinaladas referem-se à rotina do atendimento a ser oferecido aos usuários da unidade sob gestão da **CONTRATADA**.

2. Além das atividades de rotina, a unidade poderá realizar outras atividades, submetidas à prévia análise e autorização da **CONTRATANTE**, conforme especificado no item 04 do Anexo Técnico I - Descrição de Serviços.

3. O montante do orçamento econômico-financeiro do **HOSPITAL** para o exercício de 2009/2010, fica estimado em **R\$ 38.509.826,00 (trinta e oito milhões quinhentos e nove mil oitocentos e vinte e seis reais)** e compõe-se de acordo com os seguintes pesos para cada modalidade de atividade assistencial:

- 70 % (setenta por cento) do valor, R\$ 26.956.878,20 (vinte e seis milhões novecentos e cinquenta e seis mil oitocentos e setenta e oito reais e vinte centavos), corresponde ao custeio das despesas com Internação (Enfermaria e Pronto-Socorro);
- 20 % (vinte por cento) do valor, R\$ 7.701.965,20 (sete milhões setecentos e hum mil novecentos e sessenta e cinco reais e vinte centavos) corresponde ao custeio das despesas com o atendimento de Urgências;
- 10 % (dez por cento) do valor, R\$ 3.850.982,60 (três milhões oitocentos e cinquenta mil novecentos e oitenta e dois reais sessenta centavos), corresponde ao custeio das despesas com o Atendimento Ambulatorial (egressos).





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE
PERNAMBUCO

DIRETORIA GERAL DE ASSUNTOS JURÍDICOS

3.1 Na remuneração variável por quantidade de atividades (30%) serão considerados os pesos de cada modalidade de atividade assistencial conforme quadro do item 2 deste Anexo Técnico II.

4. Conforme o disposto na Cláusula Sétima do Contrato de Gestão, as parcelas mensais de pagamento repassadas à **CONTRATADA** são subdivididas da seguinte forma:

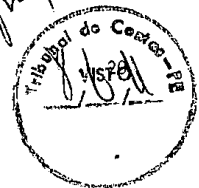
4.1 **60% (sessenta por cento)** do valor mencionado no item 03 (três) acima, ou seja, R\$ 23.105.895,60 (vinte e três milhões cento e cinco mil oitocentos e noventa e cinco reais e sessenta centavos) será repassado em 12 (doze) parcelas mensais fixas, no valor de R\$ 1.925.491,30 (um milhão novecentos e vinte e cinco mil quatrocentos e noventa e hum reais e trinta centavos), ressalvado o disposto na Cláusula Sétima do Contrato de Gestão no que se refere ao valor da primeira e da décima segunda parcela;

4.2 **30% (trinta por cento)** do valor mencionado no item 03 (três) acima, ou seja, R\$ 11.552.947,80 (onze milhões quinhentos e cinquenta e dois mil novecentos e quarenta e sete reais e oitenta centavos) será repassado em 12 (doze) parcelas mensais, juntamente com a parcela fixa, com valor mensal estimativo de R\$ 962.745,65 (novecentos e sessenta e dois mil setecentos e quarenta e cinco reais e sessenta e cinco centavos), vinculado à avaliação dos volumes de produção e conforme sua valoração, de acordo com o estabelecido no Anexo Técnico I - Descrição de Serviços, ressalvado o disposto na Cláusula Sétima do Contrato de Gestão no que se refere ao valor da primeira e da décima segunda parcela;

4.3 **10% (dez por cento)** do valor mencionado no item 03 (três), ou seja, R\$ 3.850.982,60 (três milhões oitocentos e cinquenta mil novecentos e oitenta e dois reais sessenta centavos), será repassado em 12 (doze) parcelas mensais, juntamente com a parcela fixa, com valor mensal estimativo de R\$ 320.915,21 (trezentos e vinte mil novecentos e quinze reais e vinte e hum centavos), vinculado à avaliação dos indicadores de qualidade e conforme sua valoração, de acordo com o estabelecido no Anexo Técnico III - Indicadores de Qualidade, parte integrante deste Contrato de Gestão, ressalvado o disposto na Cláusula Sétima do Contrato de Gestão no que se refere ao valor da primeira e da décima segunda parcela;

4.4A avaliação da parte variável (Itens 4.2 e 4.3 acima) será realizada nos meses de janeiro, abril, julho e outubro, podendo gerar um ajuste financeiro **a menor** nos meses subsequentes, dependendo do percentual de alcance dos indicadores, pelo Hospital.

5. Visando o acompanhamento e avaliação do Contrato de Gestão e o cumprimento das atividades estabelecidas para a **CONTRATADA** no Anexo Técnico I - Descrição de Serviços, a mesma deverá encaminhar mensalmente, até o dia 6 (seis) do mês imediatamente subsequente, a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pelo Hospital.





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE
PERNAMBUCO

DIRETORIA GERAL DE ASSUNTOS JURÍDICOS

5.1. As informações acima mencionadas serão encaminhadas através dos registros nas AIH's - Autorização de Internação Hospitalar e dos registros no SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais, de acordo com normas e prazos estabelecidos pela **CONTRATANTE**.

5.2. As informações mensais relativas à produção assistencial, indicadores de qualidade, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos Hospitalares, serão encaminhadas em arquivo eletrônico gravados em discos tipo (CD ROOM) utilizando planilhas do programa Windows Office - Excel encaminhados pelo **CONTRATANTE** e de acordo com normas, critérios de segurança e prazos por ela estabelecidos.

6. A **CONTRATANTE** procederá à análise dos dados enviados pela **CONTRATADA** para que sejam efetuados os devidos pagamentos de recursos, conforme estabelecido na Cláusula Sétima do Contrato de Gestão.

7. A cada período de 03 (três) meses, a **CONTRATANTE** procederá à consolidação e análise conclusiva dos dados do trimestre findo, para avaliação e pontuação dos indicadores de qualidade e produção que condicionam o valor do pagamento de valor variável citado nos itens 4.2 e 4.3 deste anexo.

8. Nos meses de Julho e Janeiro, a **CONTRATANTE** procederá à análise das quantidades de atividades assistenciais realizadas pela **CONTRATADA**, verificando e avaliando os desvios (para mais ou para menos) ocorridos em relação às quantidades estabelecidas neste Contrato de Gestão.

9. Da análise referida no item anterior, poderá resultar uma re-pautuação das quantidades de atividades assistenciais ora estabelecidas e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, efetivada através de Termo Aditivo ao Contrato de Gestão, acordada entre as partes nas respectivas reuniões para ajuste semestral e anual do Contrato de Gestão.

10. A análise referida no item 08 (oito) deste documento não anula a possibilidade de que sejam firmados Termos Aditivos ao Contrato de Gestão em relação às cláusulas que quantificam as atividades assistenciais a serem desenvolvidas pela **CONTRATADA** e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, a qualquer momento, se condições e/ou ocorrências excepcionais incidirem de forma muito intensa sobre as atividades do hospital, inviabilizando e/ou prejudicando a assistência ali prestada.





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE
PERNAMBUCO

DIRETORIA GERAL DE ASSUNTOS JURÍDICOS

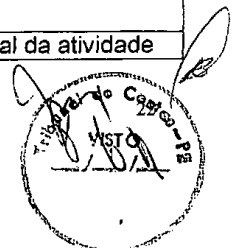
II - SISTEMÁTICA E CRITÉRIOS DE PAGAMENTO

II.1 AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS DESVIOS NAS QUANTIDADES DE ATIVIDADE ASSISTENCIAL (Item 4.2 deste Anexo Técnico II)

1. Os ajustes dos valores financeiros, previstos no Item 4.2 deste Anexo, decorrentes dos desvios constatados nos volumes de produção pactuados serão efetuados nos meses subsequentes aos períodos de avaliação trimestral, que ocorrerão nos meses de janeiro, abril, julho e outubro.

2. A avaliação e análise das atividades contratadas constantes deste documento serão efetuadas conforme explicitado nas Tabelas que se seguem e previstos no Item 4.2 deste Anexo. Os desvios serão analisados em relação às quantidades especificadas para cada modalidade de atividade assistencial especificada no Anexo Técnico I - Descrição de Serviços e gerarão uma variação proporcional no valor do pagamento de recursos a ser efetuado à **CONTRATADA**, respeitando-se a proporcionalidade de cada tipo de despesa especificada no item 03 (três) deste documento.

	ATIVIDADE REALIZADA	VALOR A PAGAR (R\$)
INTERNAÇÃO	Acima do volume contratado	100% do peso percentual da atividade Internação (Enfermaria e Pronto-Socorro) X 30% do orçamento do hospital
	Entre 85% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade Internação (Enfermaria e Pronto-Socorro) X 30% do orçamento do hospital
	Entre 70% e 84,99% do volume contratado	90% X peso percentual da atividade Internação (Enfermaria e Pronto-Socorro) X 30% do orçamento do hospital
	Entre 55% e 69,99% do volume contratado	70% X peso percentual da atividade Internação (Enfermaria e Pronto-Socorro) X 30% do orçamento do hospital
	Menor que 55% do volume contratado	55% x peso percentual da atividade Internação (Enfermaria e Pronto-Socorro) X 30% do orçamento do hospital
URGÊNCIA / EMERGÊNCIA REFERENCIADA	ATIVIDADE REALIZADA	VALOR A PAGAR (R\$)
	Acima do volume	100% do peso percentual da atividade





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE
PERNAMBUCO

DIRETORIA GERAL DE ASSUNTOS JURÍDICOS

3. ATENDIMENTO AMBULATORIAL

O atendimento ambulatorial será realizado exclusivamente para pacientes egressos do Hospital Metropolitano Norte - Miguel Arraes de Alencar.

3.1 Fica a **CONTRATADA** obrigada a prestar atendimento ambulatorial em todas as especialidades médicas previstas no Edital de Seleção e nas sub-especialidades clínicas e cirúrgicas que se fizerem necessárias ao atendimento integral do paciente internado.

4. PROGRAMAS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO

Se, ao longo da vigência deste contrato, de comum acordo entre os contratantes, o Hospital Metropolitano Norte - Miguel Arraes de Alencar, se propuser a realizar outros tipos de atividades diferentes daquelas aqui relacionadas, seja pela introdução de novas especialidades médicas, seja pela realização de programas especiais para determinado tipo de patologia ou pela introdução de novas categorias de exames laboratoriais, estas atividades poderão ser previamente autorizadas pela **CONTRATANTE** após análise técnica, sendo quantificadas separadamente do atendimento rotineiro da unidade e sua orçamentação econômico-financeira será discriminada e homologada através de Termo Aditivo ao presente contrato.

II – ESTRUTURA E VOLUME DE ATIVIDADES CONTRATADAS

II. 1 INTERNAÇÃO (âmbito hospitalar)

II.1.1 Internação (Enfermarias e/ou Pronto-Socorro)

O Hospital deverá realizar um número de saídas hospitalares anual de 8.762 saídas, de acordo com o número de leitos operacionais cadastrados pelo SUS - Sistema Único de Saúde, distribuídos nas seguintes áreas:

INTERNAÇÃO	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	TOTAL
Clínica Médica	95	159	254	286	318	318	398	398	398	398	398	398	3.818
Cirurgia. Geral	70	117	187	211	234	234	293	292	292	292	292	292	2.806
Cirurgia Traumato Ortopedia	53	89	142	160	178	178	223	223	223	223	223	223	2.138
TOTAL	218	365	583	657	730	730	914	913	913	913	913	913	8.762





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE
PERNAMBUCO

DIRETORIA GERAL DE ASSUNTOS JURÍDICOS

	contratado	Atendimento a Urgências X 30% do orçamento do hospital
	Entre 85% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade Atendimento a Urgências X 30% do orçamento do hospital
	Entre 70% e 84,99% do volume contratado	90% X peso percentual da atividade Atendimento a Urgências X 30% do orçamento do hospital
	Entre 55% e 69,99% do volume contratado	70% X peso percentual da atividade Atendimento a Urgências X 30% do orçamento do hospital
	Menor que 55% do volume contratado	55% x peso percentual da atividade Atendimento a Urgências X 30% do orçamento do hospital
AMBULATÓRIO	Acima do volume contratado	100% do peso percentual da atividade Atendimento Ambulatorial (egressos) X 30% do orçamento do hospital
	Entre 85% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade Atendimento Ambulatorial (egressos) X 30% do orçamento do hospital
	Entre 70% e 84,99% do volume contratado	90% X peso percentual da atividade Atendimento Ambulatorial (egressos) X 30% orçamento ambulatorial
	Entre 55% e 69,99% do volume contratado	70% X peso percentual da atividade Atendimento Ambulatorial (egressos) X 30% do orçamento ambulatorial
	Menor que 55% do volume contratado	55% x peso percentual da atividade Atendimento Ambulatorial (egressos) X 30% do orçamento ambulatorial

II.2 - AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS INDICADORES DE QUALIDADE (Item 4.3 deste Anexo Técnico II)

Os valores percentuais apontados na tabela inserida Anexo Técnico III, para valoração de cada um dos indicadores serão utilizados para o cálculo do valor variável a ser pago, conforme especificado no Item 4.3 deste Anexo II.





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE
PERNAMBUCO

DIRETORIA GERAL DE ASSUNTOS JURÍDICOS

ANEXO TÉCNICO III INDICADORES DE QUALIDADE

Os Indicadores estão relacionados à qualidade da assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciada e medem aspectos relacionados à efetividade da gestão e ao desempenho da unidade.

A complexidade dos indicadores é crescente e gradual, considerando o tempo de funcionamento da unidade.

Trimestralmente, serão reavaliados os Indicadores de Qualidade podendo os mesmos serem alterados ou introduzidos novos parâmetros e metas sendo que o alcance de um determinado indicador no decorrer de certo período, torna esse indicador um pré-requisito para que outros indicadores mais complexos possam ser avaliados; desta forma, os indicadores que são pré-requisitos para os demais continuam a ser monitorados e avaliados, porém já não têm efeito financeiro.

IMPORTANTE: *Alguns indicadores têm sua acreditação para efeito de pagamento no 2º, ou no 3º ou no 4º trimestres. Isto não significa que somente naquele período estarão sendo avaliados. A análise de cada indicador, a elaboração de pareceres avaliatórios e o encaminhamento dessa avaliação a cada hospital serão efetuados mensalmente, independentemente do trimestre onde ocorrerá a acreditação de cada indicador para o respectivo pagamento.*

A cada ano é elaborado um Manual que estabelece todas as regras e critérios técnicos para a avaliação dos Indicadores utilizados para o cálculo da parte variável do Contrato de Gestão. O Manual que subsidiará a avaliação do ano de 2010 encontra-se descrito a seguir.

Os indicadores constantes da proposta de trabalho constituem obrigação contratual.

Fica a CONTRATADA obrigada a apresentar a totalidade dos indicadores de qualidade previstos na sua Proposta de Trabalho às páginas 98/99.

Para fins de aferição e do pagamento correspondente à parte variável (10%) serão observados os indicadores especificados no Manual de Indicadores para a parte variável.





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE
PERNAMBUCO

DIRETORIA GERAL DE ASSUNTOS JURÍDICOS

**MANUAL DE INDICADORES PARA A PARTE VARIÁVEL
CONTRATO DE GESTÃO – ANO 2010
HOSPITAL METROPOLITANO NORTE
DESCRIÇÃO E METODOLOGIA DE CÁLCULO**

INTRODUÇÃO

Este documento descreve os indicadores que serão avaliados pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco na análise para repasse de 10% do valor global do Contrato de Gestão em seus respectivos trimestres de avaliação. A análise de cada indicador será mensal e a valoração financeira trimestral, conforme definido em contrato.

AVALIAÇÃO DA PARTE VARIÁVEL

Para a avaliação dos indicadores referentes à parte variável do contrato o hospital deverá atingir as metas definidas para os seguintes indicadores: Qualidade da Informação, Atenção ao Usuário, Controle de Infecção Hospitalar, e Mortalidade Operatória.

METAS E INDICADORES PARA 2010

Para o ano 2010 estabelecem-se como indicadores determinantes do pagamento da parte variável:

- Qualidade da Informação
- Atenção ao Usuário
- Controle de Infecção Hospitalar
- Mortalidade operatória

1. Qualidade da Informação - A valoração deste indicador será de 25% em cada trimestre.





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE
PERNAMBUCO

DIRETORIA GERAL DE ASSUNTOS JURÍDICOS

A - Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

Avalia a proporcionalidade de AIH em relação à atividade hospitalar. Considerando-se que os hospitais sob o contrato de gestão são emissores de AIH e, portanto não dependem de processo nas instâncias regionais da SES para liberação da documentação citada, a meta a ser cumprida é apresentação da totalidade (100%) das AIH referentes às saídas em cada mês de competência. O prazo para a entrega da informação é o sétimo dia útil do mês subsequente. Os dados devem ser enviados em disquete, contendo exclusivamente AIH's do mês de competência, livres de crítica e de reapresentações. As informações habitualmente encaminhadas às instâncias regionais da SES não sofrerão alterações em sua metodologia e conteúdo e não deverão ser remetidas para a SES.

B - Porcentagem de declaração de diagnósticos secundários por especialidade, com parâmetro de, no mínimo:

- o 22% em clínica cirúrgica
- o 14% em clínica médica

O Diagnóstico Secundário é uma variável que deve ser registrada, pois é fundamental para avaliar a complexidade das internações. O preenchimento de apenas uma afecção (CID-10 Principal) para cada atendimento pode ocasionar a perda de informações importantes, dificultando assim a avaliação do perfil epidemiológico dos hospitais. Com essa variável é possível especificar as afecções que existem ou se desenvolvem durante o atendimento e que afetam as condições do paciente, além de classificar as ocorrências e circunstâncias ambientais como a causa de lesões, envenenamentos etc. Cada especialidade tem um perfil próprio relativo ao diagnóstico secundário. Na Clínica Cirúrgica encontramos um percentual maior de diagnósticos secundários que o da Clínica Médica porque é necessário especificar as causas externas de lesões. A fonte de informação para o monitoramento será o banco de dados do Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS, porém utilizaremos os dados das AIH apresentadas, abrangendo todas as saídas ocorridas em cada mês.





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE
PERNAMBUCO

DIRETORIA GERAL DE ASSUNTOS JURÍDICOS

C. Taxa de identificação da origem do paciente

O objetivo é conhecer a localidade de residência do paciente para avaliar a adequada inserção regional do hospital por meio da caracterização da origem da demanda. O indicador permite melhor planejamento regional dos serviços de saúde ao identificar fluxos de referência corretos e incorretos. O indicador utiliza a identificação correta do Código de Endereçamento Postal (CEP) e do código do IBGE, obrigatórios no Sistema Informações Hospitalar (SIH/SUS) e registrado na internação hospitalar ou atendimento ambulatorial do paciente. A meta é atingir 98% de CEP válido e 98% de CEP compatíveis com o código IBGE

Código do CEP válido é o que corresponde a um logradouro (bairro, cidade, praça, rua, avenida, etc.) específico.

Numerador: Número de CEP válido

Denominador: Número total de CEP apresentado

Resultado da divisão multiplicado por 100

CEP compatível é o que encontra correspondência com o código do IBGE do município, pois existe a possibilidade de um CEP válido (que corresponde a um número existente do código postal) não estar de acordo com o logradouro indicado como de residência do paciente.

Numerador: Número de CEP compatíveis com código de IBGE

Denominador: Número total de CEP apresentado

Resultado da divisão multiplicado por 100

2. Atenção ao Usuário – Resolução de queixas e pesquisa de satisfação

A meta é a resolução de 80% das queixas recebidas. Entende-se por queixa o conjunto de reclamações recebidas por qualquer meio, **necessariamente com identificação do autor**, e que deve ser registrada adequadamente. Entende-se por resolução o conjunto de ações geradas por uma queixa no sentido de solucioná-la e que possa ser encaminhada a seu autor como resposta ou esclarecimento ao problema apresentado.

A pesquisa de satisfação do usuário sobre o atendimento do hospital destina-se à avaliação da percepção de qualidade de serviço pelos pacientes ou





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE
PERNAMBUCO

DIRETORIA GERAL DE ASSUNTOS JURÍDICOS

acompanhantes. Em cada trimestre será avaliada a pesquisa de satisfação do usuário, por meio dos questionários específicos, que deverão ser aplicados mensalmente em pacientes internados e acompanhantes e a pacientes atendidos nos ambulatórios dos hospitais, abrangendo **10% do total de pacientes em cada área de internação e 10% do total de pacientes atendidos** em consulta no ambulatório. A pesquisa será feita verbalmente, registrada em papel, sendo obrigatoriamente anônima, apenas com identificação numérica. Os modelos dos questionários serão enviados ao hospital em meio eletrônico para aplicação e preenchimento. Será fornecida uma planilha de consolidação para preenchimento das respostas obtidas, dividindo as avaliações em três grupos: o de pacientes internados, o de acompanhantes de pacientes internados e o de pacientes em atendimento ambulatorial. A meta a ser atingida é o envio das planilhas de consolidação dos três grupos até o dia 15 do mês imediatamente subsequente. A valoração ponderal deste indicador será de 25% em cada trimestre.

3. Controle de Infecção Hospitalar

Com a finalidade de avaliar a qualidade da assistência na área de infecção hospitalar apresentamos os indicadores a serem monitorados no ano de 2009 que incluem: Densidade de Infecção Hospitalar em UTI Adulto, Densidade de Incidência de Infecção Hospitalar em Corrente Sangüínea associada a Cateter Venoso Central em UTI Adulto, Taxa de Utilização de Cateter Venoso Central na UTI Adulto. O Hospital deverá enviar um relatório mensal, elaborado pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar para a UTI Adulto que contenham o valor das taxas no mês, a análise dos resultados encontrados no período em relação à mediana e/ou diagrama de controle e as medidas implementadas, quando se fizerem necessárias.

Definições:

- Densidade de Infecção Hospitalar em UTI Adulto: número de episódios de infecção hospitalar na UTI no mês dividido pelo número de pacientes-dia da UTI no mês, multiplicado por 1000.





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE
PERNAMBUCO

DIRETORIA GERAL DE ASSUNTOS JURÍDICOS

- Densidade de Incidência de Infecção Hospitalar em Corrente Sangüínea associada a Cateter Venoso Central em UTI Adulto: número de infecções hospitalares na corrente sangüínea no mês dividido pelo número de pacientes-dia com cateter venoso central no mês, multiplicado por 1000.

- Taxa de Utilização de Cateter Venoso Central na UTI Adulto: número de pacientes com cateter central-dia no mês dividido por número de pacientes-dia no mesmo período.

Os critérios adotados são os estabelecidos pelo NNISS (National Nosocomial Infection Surveillance System) que é a metodologia utilizada pelo CDC (Center for Disease Control)-EUA.

Obs: As infecções primárias da corrente sangüínea incluem as infecções confirmadas laboratorialmente e as sepSES clínicas.

As metas a serem atingidas obedecerão às especificadas no item 3.1.5.1.1 da proposta de trabalho:

EIXO	INDICADOR	META	Vr. Ref.	1º TRIM.	2º TRIM.	3º TRIM.	4º TRIM.
Indicador de Qualidade	Taxa de Inf. Hospitalar(IH)	Taxa de Inf. Hospitalar 5%	5%	Implantar CCIH		IH abaixo de 7%	IH de 5% /Aval.

A valoração ponderal deste indicador será de 25% em cada trimestre.

4. Mortalidade Operatória

Com a finalidade de monitorar o desempenho assistencial na área de cirurgia acompanharemos como indicadores a Taxa de Mortalidade Operatória estratificada por Classes (de 1 a 5) da Classificação da *American Society of Anesthesiology* do *Average Score of Anesthesiology* (ASA) e a Taxa de Cirurgias de Urgência.

Definições:

Taxa de Mortalidade Operatória: número de óbitos ocorridos até sete dias após o procedimento cirúrgico classificados por ASA no mês dividido pelo número total de cirurgias realizadas no mês, multiplicado por 100.





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE
PERNAMBUCO

DIRETORIA GERAL DE ASSUNTOS JURÍDICOS

Taxa de Cirurgias de Urgência: Número de cirurgias de urgência realizadas no mês dividido pelo número total de cirurgias realizadas no mês, multiplicado por 100.

O número de cirurgias deve ser preenchido com o número total de cirurgias efetuadas no Centro Cirúrgico, incluindo as cirurgias ambulatoriais. Estes dados devem ser enviados através de relatórios mensais nos quais constem a Taxa de Mortalidade Operatória com a análise deste índice elaborada pela Comissão de Óbitos e a Taxa de Cirurgias de Urgência. A meta a ser atingida é o envio do relatório até o dia 15 do mês imediatamente subsequente.

O valor ponderal será de 25% em cada trimestre.

Indicadores – Súmula da Planilha para 2010

	1º trimestre	2º trimestre	3º trimestre	4º trimestre
Qualidade da Informação	25%	25%	25%	25%
Atenção ao usuário	25%	25%	25%	25%
Controle de infecção Hospitalar	25%	25%	25%	25%
Mortalidade Operatória	25%	25%	25%	25%





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE
PERNAMBUCO

DIRETORIA GERAL DE ASSUNTOS JURÍDICOS

ANEXO IV

Inventário de Bens e Patrimônio do Hospital

