

FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO

MAÍSA CRISTINA DANTE FAGUNDES

**A FLEXIBILIDADE DE RH COMO MOTIVO DE ADOÇÃO DE MODELOS DE
GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA ALTERNATIVOS AO ESTATUTÁRIO:**
As experiências dos Estados da Bahia, do Paraná e de São Paulo

**SÃO PAULO
2018**

MAÍSA CRISTINA DANTE FAGUNDES

**A FLEXIBILIDADE DE RH COMO MOTIVO DE ADOÇÃO DE MODELOS DE
GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA ALTERNATIVOS AO ESTATUTÁRIO:**

As experiências dos Estados da Bahia, do Paraná e de São Paulo

Tese de doutorado apresentada à
Escola de Administração de Empresas de
São Paulo da Fundação Getúlio Vargas,
como requisito para obtenção do título de
Doutora em Administração Pública e
Governo.

Linha de pesquisa: **Transformações do
Estado e das Políticas Públicas**

Orientadora: Cibele Franzese

**SÃO PAULO
2018**

Fagundes, Maísa Cristina Dante.

A flexibilidade de RH como motivo de adoção de modelos de gestão da saúde pública alternativos ao estatutário: as experiências dos Estados da Bahia, do Paraná e de São Paulo / Maísa Cristina Dante Fagundes. - 2018. 129 f.

Orientadora: Cibeles Franzese.

Tese (CDAPG) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo.

1. Administração pública - Brasil. 2. Recursos humanos. 3. Modelos em administração. 4. Saúde pública - São Paulo (Estado). 5. Saúde pública - Bahia. 6. Saúde pública - Paraná. I. Franzese, Cibeles. II. Tese (CDAPG) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo. III. Título.

CDU 35

MAÍSA CRISTINA DANTE FAGUNDES

**A FLEXIBILIDADE DE RH COMO MOTIVO DE ADOÇÃO DE MODELOS DE
GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA ALTERNATIVOS AO ESTATUTÁRIO:**

As experiências dos Estados da Bahia, do Paraná e de São Paulo

Tese de doutorado apresentada à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, como requisito para obtenção do título de Doutora em Administração Pública e Governo.

Campo de conhecimento: Administração Pública

Linha de pesquisa: Transformações do Estado e das Políticas Públicas

Data de aprovação: ____/____/____

Banca examinadora:

Prof. Dra. Cibele Franzese (Orientadora)
FGV/EAESP

Prof. Dra. Regina Sílvia V. M. Pacheco
FGV/EAESP

Prof. Dr. Carlos Ari Sundfeld FGV/EDESP

Prof. Dr. Luís Francisco Aguilar Cortez
PUC-Campinas

À minha mãe.

AGRADECIMENTOS

Agradeço sinceramente:

À querida orientadora, pela compreensão e pelos direcionamentos imprescindíveis;

Aos membros da banca de qualificação, sem os quais eu não teria conseguido refinar minha pergunta de pesquisa;

Aos meus alunos, fonte da minha curiosidade;

À Prof. Ana Maria Malik, pelo auxílio na fase de coleta de dados;

À Prof. Luciana Stocco Betiol, companheira de departamento, colega de disciplina, coautora e, principalmente, ombro amigo para meus questionamentos e aflições;

Aos colegas de doutorado, que não conseguirei nominar de forma justa, mas com os quais discuti incontáveis vezes as ideias que hoje compõem esse trabalho;

Ao Reginaldo, ao Brauner, à Luisa e à Bárbara, queridos, dedicados e imprescindíveis assistentes;

Ao Dr. Moacir, pela flexibilidade na gestão do trabalho que nos tem permitido equilibrar aspirações pessoais e obrigações profissionais e pela alegria em ensinar que me tem inspirado ao longo dos últimos anos;

Às amigas do gabinete, sobretudo pela paciência;

Ao Eduardo, meu grande amor, por ter suportado minha ansiedade, minhas ausências e por ter embarcado na loucura que é administrar a elaboração de uma tese e os cuidados com dois filhos nascidos durante o doutorado;

À minha irmã e ao meu cunhado, por terem amenizado meu cansaço;

Ao meu pai, cuidado e apoio que não esmorecem;

Aos familiares e amigos, pelo incentivo;

À minha mãe, que amparou minha família e embalou meus bebês enquanto eu alçava meus voos...

A Deus.

“Mais do que de máquinas, precisamos de humanidade. Mais do que de inteligência, precisamos de afeição e doçura. Sem essas virtudes, a vida será de violência e tudo será perdido.”

(Charles Chaplin, discurso final do filme “O Grande Ditador”)

RESUMO

A Administração Pública brasileira tem passado, desde que se tem notícia, por ciclos alternados de enrijecimento e de mitigação do rigor, no que toca às normas jurídicas que a regem. Desde a década de 1990, com a Reforma do Aparelho do Estado, que refletiu um movimento mundial de revisão do perfil de Estado adequado à realidade contemporânea, almeja-se no Brasil um abrandamento das regras jurídicas que engessam o poder decisório do administrador público. Essa rigidez normativa havia piorado com a edição da Constituição Federal de 1988. O Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE) trouxe instrumentos de flexibilização, dentre os quais a transferência do exercício da atividade estatal não-exclusiva para entidades não-estatais, públicas ou privadas. Os anos seguintes foram de criação de entidades públicas, de estabelecimento de parcerias ou de contratação, envolvendo tanto entidades públicas não-estatais (filantrópicas) quanto privadas (sociedades empresariais). Surgiram, então, as organizações sociais, a nova vertente de serviços sociais autônomos, as parcerias público-privadas, várias fundações estatais etc. Contudo, houve grande oposição a esses novos modelos de gestão. Entidades representativas dos trabalhadores alegavam que essa “privatização” do serviço público apenas contribuía para a precarização do trabalho. Os órgãos de controle, por sua vez, endureceram interpretações, reduzindo o alcance das poucas flexibilidades criadas. Mas os governos continuaram utilizando esses modelos, principalmente na área da saúde pública, escolhida para o presente estudo. Então pode-se concluir que o motivo dessa escolha de novos modelos de gestão é a busca por flexibilidade? Em caso positivo, qual flexibilidade? Como a gestão de pessoal é um ponto sensível na área da saúde, que engloba a prestação de serviços nos quais o elemento humano é indispensável, decidiu-se analisar a escolha desses modelos segundo a flexibilidade de recursos humanos (RH). Para tanto, realizou-se uma pesquisa qualitativa sobre três Estados, que apresentam casos emblemáticos: a primeira parceria público-privada na saúde do País, na Bahia; a bem-sucedida fundação estatal do Paraná; e as organizações sociais que hoje predominam em São Paulo. Foram feitas entrevistas semiestruturadas e análises de documentos, a fim de aferir se a flexibilidade contratual é mesmo o fator decisivo na adoção de um modelo de gestão do trabalho na saúde pública alternativo ao estatutário. As amostras escolhidas foram analisadas segundo a tipologia de flexibilidade em RH criada por Francisco Longo (2007). Foi possível concluir que a flexibilidade contratual está presente nos modelos analisados, mas que o conceito mais genérico de flexibilidade, limitado ao afastamento da rigidez legal, parece ter sido o verdadeiro móvel da escolha.

Palavras-chave: reforma gerencial – rigidez normativa – flexibilidade – gestão do trabalho – saúde pública.

ABSTRACT

The Brazilian Public Administration has been governed by alternating cycles of rigorous and non-rigorous application of legal norms. In the 1990s, with the introduction of reforms in the State apparatus in Brazil to reflect the worldwide movement, the State profile was changed to suit contemporary reality, and relaxation of legal norms that undermined the decision-making power of the public manager was sought. Legal norms had become more rigid with the adoption of the Federal Constitution of 1988. The masterplan for reforming the State apparatus (PDRAE) established flexibility mechanisms, including transfer of responsibility of non-exclusive state activity to non-state public or private entities. Subsequent years witnessed the creation of public entities and establishment of partnerships and contracts involving both non-state public entities (philanthropic) and private organizations (corporations). Next, social organizations, the new strand of autonomous social services, public-private partnerships, and several state foundations emerged. However, there was great opposition to these new management models. Representative bodies of workers claimed that "privatization" of public services only contributed to job insecurities. The controlling agencies, in turn, hardened their stance and reduced the reach of the few flexibilities provided. However, governments continued to use these models, especially in public health, the area chosen for analysis in the present study. Thus, is it possible to conclude that the quest for flexibility is the main reason for adopting new management models? If so, which flexibility? As human resources is a sensitive aspect in the health field encompassing the provision of services in a field where presence of people is fundamental, we decided to analyze the adoption of these models based on the flexibility of human resources (HR). To this end, we analyzed three emblematic cases of Brazilian states using a qualitative approach: the first national public-private partnership in the health field in Bahia; the successful state-owned foundation of Paraná; and social organizations in São Paulo. Semi-structured interviews were conducted and documents were analyzed to assess whether contractual flexibility is the decisive factor in the adoption of these labor management models in public health, as an alternative to the statutory model. The selected samples were analyzed according to the human resources flexibility framework developed by Francisco Longo (2007). It was possible to conclude that even though flexibility is seen in the models analyzed, the model was adopted only for its broader aspect of flexibility, limited to the easing of regulatory rigidity.

Keywords: management reform - regulatory rigidity - flexibility - labor management - public health.

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	11			
1.2 A TESE.....	12			
1.2.1 O problema de pesquisa	12			
1.2.2 As perguntas e a hipótese	13			
1.3 A CONTRIBUIÇÃO DO ESTUDO	14			
1.4 METODOLOGIA EMPREGADA.....	14			
1.5 A ESTRUTURA DO TRABALHO	19			
2.REVISÃO	DA	LITERATURA		
.....		21		
2.1 DO DASP AO DECRETO-LEI N. 200/67: DO ENSAIO DE RACIONALIZAÇÃO AO DESENVOLVIMENTISMO		21		
2.2 A CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988: O ENRIJECIMENTO DO DIREITO ADMINISTRATIVO DE PESSOAL		24		
2.3. A REFORMA GERENCIAL BRASILEIRA: UMA TENTATIVA DE FLEXIBILIZAÇÃO.....		27		
2.3.1 Instrumentos criados pelo movimento reformista aplicáveis às questões de recursos humanos.....		29		
3.A	SAÚDE	PÚBLICA	NO	BRASIL
.....				39
3.1 SUS E UNIVERSALIZAÇÃO				39
3.2 SUS, DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO				42
3.3 SUS E RECURSOS HUMANOS: A NECESSÁRIA FLEXIBILIZAÇÃO				46
4.AS EXPERIÊNCIAS DOS ESTADOS DA BAHIA, DO PARANÁ E DE SÃO PAULO				67
4.1A	EXPERIÊNCIA	DO	ESTADO	DA BAHIA
.....				69
4.1.1 Análise das entrevistas.....				69

4.1.1.1 Impressões iniciais sobre a saúde pública no Estado da Bahia	69
4.1.1.2 Categorias de problemas ligados à gestão da saúde.....	70
4.1.1.3 Impressões sobre o modelo adotado	75
4.1.2 Quadro de temas mais frequentes	76
4.1.3 Documentos concernentes ao modelo de gestão adotado no Estado da Bahia: trechos relevantes à pesquisa.....	77
4.2 A EXPERIÊNCIA DO ESTADO DO PARANÁ.....	79
4.2.1 Análise das entrevistas.....	79
4.2.1.1 Impressões iniciais sobre a saúde pública no Estado do Paraná.....	79
4.2.1.2 Categorias de problemas ligados à gestão da saúde.....	81
4.2.1.3 Impressões dos entrevistados sobre o modelo adotado	86
4.2.2 Quadro de temas mais frequentes	86
4.2.3 Documentos concernentes ao modelo de gestão adotado no Estado do Paraná: trechos relevantes à pesquisa	88
4.3A EXPERIÊNCIA DO ESTADO DE SÃO PAULO	89
4.3.1Análise das entrevistas	89
4.3.1.1 Impressões iniciais sobre a saúde pública no Estado de São Paulo.....	89
4.3.1.2 Categorias de problemas ligados à gestão da saúde.....	93
4.3.1.3 Impressões dos entrevistados sobre o modelo adotado	96
4.3.2 Quadro de temas mais frequentes	98
4.3.3 Documentos concernentes ao modelo de gestão adotado no Estado de São Paulo: trechos relevantes à pesquisa.....	99
5A FLEXIBILIDADE DE GESTÃO COMO DETERMINANTE DA ESCOLHA DOS MODELOS ANALISADOS.....	101
5.1A VARIÁVEL ANALÍTICA: RETOMANDO O CONCEITO DE FLEXIBILIDADE	101

5.2 INDICADORES DOS ELEMENTOS COMUNS ÀS EXPERIÊNCIAS ESTADUAIS ESTUDADAS	104
5.3 CONCLUSÕES	111
6CONSIDERAÇÕES	113
REFERÊNCIAS.....	115
ANEXO A	121
ANEXO B	122

1. INTRODUÇÃO

1.1 EXPLICAÇÕES INICIAIS

A saúde é elemento essencial à pessoa, devendo ser garantida a todos. E é por adotar essa concepção que, no Brasil, a Constituição Federal dispõe que a saúde é direito de todos e dever do Estado, conferindo a maior abrangência possível à saúde pública nacional.

Mas garantir saúde à população é tarefa difícil e cara. Dadas as dimensões e a população deste país, variados são os contextos regionais e os problemas a serem enfrentados. Mas, ainda que, muitas vezes, as necessidades verificadas em uma dada região já tenham sido superadas em outras, há demandas que são disseminadas por todo o território nacional.

Assim, propiciar condições para que todos tenham uma vida saudável é empreitada – para não dizer impossível – difícilíssima. A exigência de investimentos é infinita, pois as demandas e a tecnologia evoluem constantemente. Por isso, para a prestação dos serviços de saúde são exigidos amplos capitais financeiro e humano.

De fato, não é possível prestar serviços de saúde sem o emprego de um corpo volumoso de trabalhadores. São médicos, enfermeiros, técnicos de diversas áreas, seguranças, secretárias e outros profissionais que executam as ações idealizadas na formulação das políticas de saúde, prestando atendimento à população.

Por isso, a gestão de recursos humanos na saúde – e especificamente na saúde pública – envolve vários desafios, muitos dos quais são criados pelo próprio Poder Público.

No Brasil, a legislação aplicável aos entes públicos tem como foco o controle da atuação estatal. Por essa razão, os procedimentos criados por lei tendem a ser complexos e, na maior parte das vezes, não se coadunam com a complexidade e as peculiaridades dos serviços de saúde.

Porém, nas últimas décadas têm se disseminado formas alternativas de gestão, que privilegiam a transferência da atividade pública não-exclusiva para o setor não-estatal. É o que vem ocorrendo, por exemplo, quando a Administração Pública firma contratos de gestão com organizações sociais da saúde, associações

que se tornam, dessa forma, responsáveis por gerir equipamentos de saúde, tais como hospitais.

A literatura tem apontado como justificativa dessa tendência a tentativa de fuga do sistema legal rígido que dificulta a gestão de áreas complexas como a saúde pública.

Paralelamente a esse movimento, muito se tem discutido o futuro do trabalho. Vários fatores têm sido apontados como determinantes da mudança de paradigma com relação ao que se espera do trabalhador: a relativização das fronteiras nacionais, a constante inovação tecnológica, a busca pelo equilíbrio entre trabalho e vida pessoal são alguns exemplos.

Não se sabe como será o emprego dentro de algumas décadas. Muito se tem especulado a esse respeito. Diversas profissões já têm desaparecido – como, e.g., a de vários tipos de profissionais de linha de montagem e a de operadores de telefonia. De outro lado, diferentes carreiras têm surgido em decorrência das profundas alterações dos costumes verificadas na atualidade, a exemplo da propagação da economia compartilhada e da disseminação de habilidades ligadas ao próprio desenvolvimento de soluções tecnológicas.

Por essa razão, a flexibilidade é palavra-chave na gestão do trabalho atual. Tanto o empregador quanto o trabalhador devem ser flexíveis, adaptando-se às novas necessidades do mercado e às características que as condições de trabalho assumem em razão de toda essa inovação.

Mas, qual é a flexibilidade a se buscar? E a flexibilidade é também necessária no setor público, marcado por elementos como a estabilidade funcional e os procedimentos rígidos? É possível e desejável ser flexível na prestação de serviços de saúde pública?

É na busca de respostas a esses questionamentos que se pretende contribuir por meio do presente trabalho.

1.2 A TESE

1.2.1 O problema de pesquisa

Atualmente, o Poder Público tem enfrentado desafios para a contratação de pessoal na área da saúde pública.

Há inúmeras vagas de médico e enfermeiro que não são preenchidas em razão da ausência de interesse por parte desses profissionais, que não encontram no setor público um salário competitivo com a atuação na rede privada. Além disso, a própria estruturação da carreira pública – com controle de frequência, jornada fixa etc. – muitas vezes é incompatível com a natureza dessas profissões, o que torna o serviço público de saúde ainda menos atrativo.

Em razão disso, muitas vezes esses profissionais precisam prestar serviços em diversos locais, o que pode também ser incompatível com as normas aplicáveis ao setor público estatal.

Essas, dentre outras dificuldades, são corriqueiramente enfrentadas pela Administração Pública. Em decorrência desse e de diversos outros fatores demonstrados ao longo do trabalho, foram criadas variadas alternativas para a contratação de pessoal, passando pela parcerização com organizações sociais, a contratação na forma de parcerias público-privadas, a criação de fundações estatais e mesmo de serviços sociais autônomos na área da saúde. Várias foram as soluções adotadas, a juízo dos gestores de cada ente federativo.

Decidiu-se por analisar alguns casos de soluções diferentes criadas em nível estadual, posto que, nos termos da divisão de competências fixada para o Sistema Único de Saúde, são os Estados os responsáveis pela criação de redes regionais de serviços de saúde.

A tese busca encontrar um ponto comum no processo de decisão pelos modelos adotados nos três Estados analisados, buscando verificar se a variável analítica que norteou o processo foi mesmo a flexibilidade de gestão de recursos humanos – e, em caso positivo, qual tipo de flexibilidade, segundo a tipologia criada por Longo (2007).

1.2.2 As perguntas e a hipótese

Por meio da presente pesquisa, pretende-se responder às seguintes perguntas:

a) As principais políticas públicas, na área da saúde pública, formuladas nos últimos 10 anos nos Estados escolhidos tiveram como fator decisivo a flexibilidade de gestão dos recursos humanos?

b) Em caso afirmativo, qual era o tipo de flexibilidade almejada, conforme a tipologia exposta por Longo (2007)?

Assim sendo – e considerada a variável analítica da flexibilidade na gestão de pessoal e, mais especificamente, da tipologia criada por Longo (2007) –, da análise da literatura existente sobre as questões de RH em saúde pública é possível inferir que a flexibilidade contratual (LONGO, 2007, p. 143) foi fator decisivo na formulação das principais políticas públicas em saúde dos últimos 10 anos, nos Estados analisados.

1.3 A CONTRIBUIÇÃO DO ESTUDO

Há vasta teoria sobre as questões de recursos humanos na área da saúde. Contudo, conforme se analisou no item 3.3, a maioria dos trabalhos refere-se à precarização decorrente dos novos arranjos institucionais e contratuais na saúde pública. São pesquisas descritivas, causais-dedutivas, que apontam em regra os efeitos da adoção dos referidos modelos.

O presente estudo é, por sua vez, compreensivo (HUSSERL, 2000). Quer dizer que busca dar sentido às escolhas realizadas pelos gestores públicos – ou acordadas entre esses e outros atores – com relação aos modelos de gestão na área da saúde pública. Para tanto, considera o modo como os sujeitos (os atores estudados) percebem os fatos, a sua consciência sobre eles. Confrontando essas percepções emanadas dos diferentes atores, busca-se concluir qual foi o verdadeiro móvel das escolhas realizadas.

Considerada a limitação do objeto empírico estudado, ao procurar compreender se a busca de flexibilidade de gestão de RH (e de qual tipo de flexibilidade) é mesmo o fator decisivo para a formulação das citadas políticas públicas, não se pretende realizar nenhuma abstração generalizante. O escopo do estudo é limitado à análise dos casos escolhidos.

É relevante observar que, durante a fase de pesquisa bibliográfica, não foi encontrado outro trabalho científico com intuito semelhante.

1.4 METODOLOGIA EMPREGADA

Para compreender os motivos que determinaram a escolha dos modelos

de gestão estudados, aplicou-se uma abordagem qualitativa. Os métodos qualitativos são adequados ao presente estudo, pois, dentre outras situações, “são empregados como métodos exploratórios de um fenômeno social emergente – uma nova tecnologia, um novo costume, um novo imaginário societário –, como métodos criativos em um processo de inovação empreendedora” etc. (ALAMI; DESJEUX; GARABUAU-MOUSSAOUI, 2010, p. 18-19).

O interesse da presente pesquisa reside no processo decisório – e não apenas no resultado, a decisão propriamente dita. Assim, trata-se de busca de significado, da intenção dos atores envolvidos, o que também justifica a escolha da abordagem qualitativa.

Trata-se, aliás, de uma análise qualitativa de materiais qualitativos. Os sujeitos estudados apresentaram suas opiniões e perspectivas sobre o processo de formulação – dados que não poderiam ser colhidos nem tratados mediante abordagem estatística.

O método escolhido para o estudo foi o método comparativo. Como explica Collier (1993, p. 110), resumindo as ideias de Lijphart, método comparativo é uma análise sistemática de um pequeno número de casos. Segundo o autor, em um cenário de escassez de tempo, energia e recursos financeiros, a análise intensiva de poucos casos pode ser mais promissora que a análise estatística superficial de vários casos. Observa Collier (1993), contudo, que o método apresenta um problema que lhe é inerente: a fraca capacidade de diferenciar explicações rivais, em uma situação em que há muitas variáveis e poucos casos. Há várias soluções para esse obstáculo, dentre as quais a redução do número de variáveis.

A fim de afastar esse problema, escolheu-se analisar apenas três casos – as políticas de saúde pública formuladas nos últimos dez anos nos Estados da Bahia, do Paraná e de São Paulo – segundo uma variável analítica apenas: o tipo de flexibilidade de gestão de RH.

Conforme se aponta no capítulo 2, coexistem em nível estadual diversas modalidades organizacionais e de gestão de pessoal que a literatura aponta como instrumentos de flexibilização. Entretanto, para os fins dessa pesquisa, foram eleitos três Estados nos quais se destacaram, nos últimos anos, três modelos distintos: parcerias público-privadas (PPPs) na Bahia, estado em que se criou a primeira parceria público-privada da saúde; fundação estatal no Paraná; organizações sociais em São Paulo, modelo predominante atualmente nesse ente federativo.

Embora existam atualmente outros modelos de gestão diversos do estatutário – que serão abordados no item 3.3 –, os casos foram escolhidos em função da difusão na mídia da ideia de se tratarem de casos de sucesso e/ou em razão do seu ineditismo (considerada a época da implantação).

Ademais, a diversidade de modelos e de contextos permite a diversificação dos elementos a serem analisados.

Isso se deve ao fato de, ainda que o número de casos seja reduzido, cada caso permitir a realização de comparações internas, correspondentes à diversidade de modelos escolhidos em cada estado – que não foi ignorada - e às diferentes impressões ou opiniões sobre os motivos das escolhas. E

These within-case comparisons are critical to the viability of small-N analysis. As Stanley Lieberman (1991, p. 312-315) has correctly insisted, taken by themselves, comparisons across a small number of cases, using either a most similar or a most different systems design, provide a weak basis for causal inference. However, if one considers the role of these internal comparisons, the 'N' is substantially increased, thereby strengthening causal analysis.) (COLLIER, 1993, p. 112).

Para possibilitar essas comparações, os meios de investigação empregados foram a pesquisa bibliográfica, a análise documental e a pesquisa de campo.

Na primeira etapa do estudo, foi realizada pesquisa bibliográfica por meio da leitura de livros e artigos científicos que abordassem os temas discutidos. A escolha desses documentos baseou-se na sua atualidade e/ou relevância (conforme o número de citações).

A partir da revisão da literatura foi possível construir o seguinte quadro teórico preliminar, a fim de amparar uma análise comparativa dos dados coletados e dos documentos estudados:

TEMAS	PRINCIPAIS TEORIAS	PRINCIPAIS AUTORES	PRINCIPAIS IDEIAS
A reforma gerencial no Brasil	Impactos no RH e privatização/publicização	Bresser-Pereira (1996)	Transferências de atividades públicas não-exclusivas do Estado aos setores privado e público não-estatal

Quadro 1 – Quadro teórico preliminar (continua)

Fonte: Elaboração própria.

Rigidez normativa no Brasil	Cultura legalismo e limitações de gestão	Sundfeld (2012)	A rigidez normativa acaba determinando a adoção de soluções “criativas” de gestão
SUS	Universalização e institucionalidade federativa	Abrucio (2005)	Houve ampliação do papel dos Estados-membros no modelo descentralizado nas últimas décadas
Gestão de pessoal na saúde pública	Precarização e flexibilidade	Pierantoni, Varella e França (2004); CONASS (2011)	Os novos modelos de gestão na saúde pública geram a precarização do trabalho
Flexibilidades em recursos humanos	Conceito específico para RH e tipologia	Longo (2007)	Flexibilidade como característica desejável do trabalhador; tipologia utilizada como variável analítica

Quadro 1 – Quadro teórico preliminar (conclusão)
 Fonte: Elaboração própria.

Posteriormente, passou-se à análise de leis e de instrumentos contratuais, com a finalidade de adiantar hipóteses e de colher provas que corroborassem os dados a serem coletados nas entrevistas (FIGUEIREDO, 2007).

Porém, a aproximação mais direta ao objeto empírico do estudo somente foi propiciada pelas entrevistas, que buscaram apreender as opiniões e impressões dos sujeitos sobre a formulação das políticas públicas.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, que concedem aos respondentes a chance de serem *experts* no assunto e de informarem a pesquisa (LEECH, 2002, p. 688). Buscava-se testar, nos casos específicos, o quadro teórico preliminar.

Observando o que ensina Triviños (2006), as entrevistas partiram de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e suposições que interessam ao objeto da pesquisa, e abriram espaço para novas indagações conforme os sujeitos fossem respondendo às perguntas iniciais.

Foram selecionados para a entrevista gestores inseridos nas

Secretarias Estaduais de Saúde e em conselhos profissionais – CRMs e CORENs –, procurando-se escolher sujeitos que tivessem profundo conhecimento a respeito das políticas de gestão de RH da saúde adotadas em âmbito público estadual nos últimos anos. Dentre os integrantes dos conselhos profissionais, apenas três nunca trabalharam na Administração Pública. Dentre esses, um é acadêmico estudioso das relações de emprego na saúde pública. E, apesar de não terem atuado na gestão pública, os relatos desses três conselheiros contribuíram para o conhecimento da situação do trabalho nos Estados em que estão inseridos.

É importante observar, nesse ponto, a dificuldade em se agendar as entrevistas. Vários dos sujeitos selecionados inicialmente precisaram ser substituídos – mas, acredita-se, sem prejuízo para a pesquisa, pois os dados colhidos puderam ser analisados de forma satisfatória.

No Estado da Bahia, não foi possível entrevistar um gestor integrante da Secretaria Estadual de Saúde. Apesar de insistentes e exaustivas tentativas de agendamento – inclusive com aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética da Secretaria –, não houve resposta por parte da pessoa que havia sido designada diretamente pelo Secretário Estadual, com a anuência da Superintendente de Recursos Humanos, para a entrevista.

São esses os cargos e/ou funções desempenhadas pelos entrevistados, em cada um dos Estados:

ESTADO	ÂMBITO	CARGO/FUNÇÃO DO ENTREVISTADO
BAHIA	Conselho Regional de Medicina	Vice-Presidente
	Conselho Regional de Enfermagem	Vice-Presidente, acadêmico dedicado ao RH na saúde
PARANÁ	Secretaria Estadual de Saúde	Diretor-Geral
	Conselho Regional de Medicina	Conselheira, Superintendente de Gestão em Saúde da Secretaria Estadual
	Conselho Regional de Enfermagem	Assessora Executiva, ex-Chefe de Gabinete da Secretaria Estadual
SÃO PAULO	Secretaria Estadual de Saúde	Ex-Coordenador de RH, atual Coordenador do Observatório de RH

Quadro 2 – Cargos e/ou funções desempenhadas pelos entrevistados (continua)

Fonte: Elaboração própria.

SÃO PAULO	Conselho Regional de Medicina	Diretor, ex-Presidente, ex-integrante da Secretaria da Saúde e atual gestor de organização social
	Conselho Regional de Enfermagem	Presidente

Quadro 2 – Cargos e/ou funções desempenhadas pelos entrevistados (conclusão)

Fonte: Elaboração própria.

Antes dos encontros, presenciais ou virtuais, foi entregue protocolo ético aos entrevistados. As entrevistas iniciaram-se com algumas questões previamente elaboradas, que abordavam os principais pontos, sugeridos pela literatura, que pudessem levar à resposta das perguntas de pesquisa.

Em seguida, eram feitas perguntas de diferentes naturezas, principalmente perguntas exemplificativas e questões que buscavam confirmar impressões decorrentes de respostas anteriores:

What are known as ‘presuming’ questions are common in journalism, but are usually not good social science. There are circumstances, however, when such questions are necessary to make respondents comfortable enough to answer honestly. When the question is one that the respondent is likely to try to avoid and involves a matter that may have a stigma attached to it, a presuming question may be the only way to go. (LEECH, 2002, p. 666).

Findas as entrevistas, foi realizada uma análise temática transversal nas suas transcrições, a fim de apreender alguns temas frequentes, de modo a criar um código para a análise (ALAMI; DESJEUX; GARABUAU-MOUSSAOUI, 2010, p. 122) baseado nos conceitos invocados, nas principais ideias e nas expressões utilizadas.

Diversos trechos das entrevistas foram reproduzidos no capítulo 4, a fim de justificar e ilustrar as conclusões da pesquisa. Alguns fragmentos não se referem especificamente aos modelos de gestão eleitos como paradigma para cada Estado estudado, porém foram mantidos por permitirem melhor contextualização.

Ao final, foram elaboradas tabelas para a análise dos dados colhidos conforme a variável analítica eleita para o estudo, possibilitando a chegada às conclusões apresentadas no capítulo 5.

1.5 A ESTRUTURA DO TRABALHO

No presente capítulo, procurou-se explicar em que consiste a tese e qual foi a metodologia utilizada.

Para a confecção deste presente trabalho, buscou-se partir da revisão de literatura rumo à análise dos casos e à consequente conclusão.

A literatura revista foi apresentada em um processo de especificação, que foi de uma abordagem mais abrangente para uma mais específica.

Por isso, foram estudados, no capítulo 2, alguns dos principais movimentos de reforma da Administração Pública brasileira, para que se pudesse compreender o contexto em que foram escolhidos os modelos de gestão ora analisados. O caminho percorrido contemplou o panorama normativo iniciado na primeira metade do século passado, passando pela edição do Decreto-lei n. 200/67 e pela promulgação da Constituição Federal, para alcançar a reforma gerencialista da década de 1990, a partir da qual se difundiram os modelos de gestão da saúde ora analisados.

Dentro desses movimentos de reformas, diversas escolhas políticas foram realizadas. Dentre elas, as políticas de saúde, onde se inserem os casos estudados. Para que se pudesse compreender a extensão das peculiaridades da área, que deveriam ser levadas em conta na análise dos casos, era essencial estudar o SUS, suas características e as novas tendências com relação à gestão do trabalho na saúde – dentre as quais, a flexibilização. Esse estudo foi realizado no capítulo 3.

Os dados, por sua vez, foram analisados no capítulo 4, em que se deu o estudo comparativo das falas dos entrevistados a fim de encontrar elementos comuns que testassem as hipóteses de pesquisa formuladas, empregando para tanto a variável analítica da flexibilidade de gestão em RH, segundo a tipologia de Longo.

Por fim, no capítulo 5 foram expostas as conclusões do estudo.

2. REVISÃO DA LITERATURA

A escolha de um modelo de gestão a ser adotado para a saúde pública é influenciada pelo contexto em que se inserem os problemas a serem enfrentados e os atores responsáveis pela tomada de decisão.

E, dado que o Poder Público nos Estados democráticos de Direito, está subordinado à legalidade em sua atuação, o contexto normativo é fator relevante a ser considerado para essa escolha.

Na realidade, no Estado brasileiro, as grandes reformas da Administração Pública aperfeiçoam-se por meio de alterações legislativas – algumas vezes, em nível constitucional. Assim, analisar o panorama normativo aplicável às relações de pessoal no serviço público é estudar uma relevante expressão da visão consolidada em dado momento a respeito desse assunto.

Por essa razão, nesse capítulo, a aproximação do tema em que está inserido a presente tese será realizada por meio da revisão da literatura a respeito das maiores reformas da Administração Pública brasileira ocorridas desde meados do século passado e de seus impactos sobre as relações de trabalho no setor público.

2.1 DO DASP AO DECRETO-LEI N. 200/67: DO ENSAIO DE RACIONALIZAÇÃO AO DESENVOLVIMENTISMO

Segundo Nunes (2017), a história do Brasil pós-descobrimento foi marcada por quatro gramáticas políticas, que são características ou práticas hegemônicas que delinearam a vida pública nacional: o patrimonialismo, o clientelismo, os corporativismos e o insulamento burocrático.

Os portugueses trouxeram consigo, já no período monárquico, a ideia de que tudo o que era público compunha o patrimônio pessoal do rei. Essa tradição patrimonialista se manteve na cultura nacional.

Como efeito desse pensamento, os governantes cultivaram a prática, à qual se denominou clientelismo, de se valer da máquina estatal para conceder vantagens ou favores a terceiros em troca de vantagens eleitorais ou pessoais.

Paralelamente, os segmentos profissionais organizaram-se na defesa dos interesses próprios do grupo, olvidando-se, muitas vezes, do atendimento aos

anseios da coletividade e da priorização de práticas que promovessem a racionalidade dos gastos públicos.

Finalmente, difundiu-se a prática, entre os agentes públicos, da valorização de exigências e de procedimentos (previstos em lei justamente para refrear o patrimonialismo e o clientelismo) ineficientes e, por vezes, desnecessários. O emaranhado de processos e requisitos exigidos para o alcance da atuação pública ficou conhecido pela população como “burocracia”, e causou o afastamento do corpo burocrático – i.e., dos agentes públicos – dos cidadãos aos quais deveria servir.

Várias tentativas de superação dessas tradições foram feitas ao longo da história nacional.

Com a Revolução de 1930, foram desbancados os grandes oligarcas em prol do estabelecimento do Estado Novo. Organizou-se a máquina estatal, por meio de regulações e aprimoramento da estrutura institucional. Como aponta Lima Júnior (1998), o período foi marcado pela edição de regras que buscavam estabelecer o princípio do mérito na organização de pessoal. Nessa ocasião, foi criado o Departamento de Administração Pública do Serviço Público (DASP), em nível federal, que posteriormente foi replicado nos Estados como Departamentos Administrativos (os Daspinhos).

Tratava-se de reforma que buscava consolidar a necessidade de disciplina e de cumprimento de regras, reforçando o sistema burocrático-weberiano.

Para Weber (1995), para que se atingisse a máxima eficiência, as atribuições em uma organização, pública ou privada, deveriam ser racionalmente escalonadas em um corpo burocrático profissional e exercidas conforme procedimentos pré-definidos. O trabalhador deveria ser recrutado por meio de um mecanismo formal, com base em avaliação de mérito, para ocupar postos dotados de estabilidade. Os meios de produção pertenceriam não aos empregados, mas ao empregador.

Reformas dessa natureza foram chamadas pelo Banco Mundial de reformas de primeira fase. Uma vez alcançados seus objetivos iniciais, dariam lugar às reformas de segunda fase, destinadas a promover a flexibilidade, a discricionariedade e a orientação para resultados (LONGO, 2007, p. 225).

Entretanto, nem sequer se conseguiu implantar, com as medidas adotadas na década de 30, uma administração racional nos moldes weberianos.

Apesar disso, é certo que foi essa primeira grande reforma a responsável pela consolidação da institucionalização da máquina pública (WARLICH, 1984).

A segunda grande reforma da máquina estatal foi implantada pelo Decreto-lei n. 200/67, editado já no período da ditadura militar.

Na época, o ideal de racionalização do serviço público foi suplantado pela busca do desenvolvimento nacional. Duas expressões desse novo paradigma administrativo foram a ampliação da participação do Estado na economia e a implantação de maior dinamismo nas relações de pessoal. No que toca a essa segunda via de ação, a própria Constituição de 1967 instituiu a contratação de pessoal pelo regime celetista para o serviço público:

Art. 104 - Aplica-se a legislação trabalhista aos servidores admitidos temporariamente para obras, ou contratados para funções de natureza técnica ou especializada. (BRASIL, 1967).

De outro lado, a descentralização administrativa foi consagrada pelo mencionado Decreto-lei n. 200/67, que criou as quatro entidades da Administração Indireta: autarquias, fundações, empresas públicas e sociedades de economia mista. Nos termos do artigo 5º do decreto-lei, essas pessoas jurídicas eram dotadas de autonomia administrativa e financeira:

Art. 5º Para os fins desta lei, considera-se:

I - Autarquia - o serviço autônomo, criado por lei, com personalidade jurídica, patrimônio e receita próprios, para executar atividades típicas da Administração Pública, que requeiram, para seu melhor funcionamento, **gestão administrativa e financeira descentralizada**.

II - Empresa Pública - a entidade dotada de **personalidade jurídica de direito privado**, com patrimônio próprio e capital exclusivo da União, criado por lei para a exploração de atividade econômica que o Governo seja levado a exercer por força de contingência ou de conveniência administrativa podendo revestir-se de qualquer das formas admitidas em direito. (Redação dada pelo Decreto-Lei nº 900, de 1969)

III - Sociedade de Economia Mista - a entidade dotada de **personalidade jurídica de direito privado**, criada por lei para a exploração de atividade econômica, sob a forma de sociedade anônima, cujas ações com direito a voto pertençam em sua maioria à União ou a entidade da Administração Indireta. (Redação dada pelo Decreto-Lei nº 900, de 1969)

IV - Fundação Pública - a entidade dotada de personalidade jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, criada em virtude de autorização legislativa, para o desenvolvimento de atividades que não exijam execução por órgãos ou entidades de direito público, com **autonomia administrativa, patrimônio próprio gerido pelos respectivos órgãos de direção**, e funcionamento custeado por recursos da União e de outras fontes. (Incluído pela Lei nº 7.596, de 1987) (BRASIL, 1967, grifo nosso).

O pessoal admitido nessas entidades submetia-se a regime celetista, e a contratação prescindia de concurso público. Com essas medidas, o Estado pretendia retirar da Administração Direta parte da função pública, além de ampliar sua participação na atividade econômica.

Tentou-se, dessa forma, abrandar as regras aplicáveis à Administração Pública, tornando-as mais maleáveis às necessidades da promoção do pleno desenvolvimento. Para Bresser-Pereira (1996), “A reforma iniciada pelo Decreto-Lei 200 foi uma tentativa de superação da rigidez burocrática, podendo ser considerada como um primeiro momento da administração gerencial no Brasil.” (p. 7).

2.2 A CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988: O ENRIJECIMENTO DO DIREITO ADMINISTRATIVO DE PESSOAL

Duas décadas depois, ocorreu a redemocratização da política nacional. Para institucionalizá-la, foi promulgada a Constituição Federal de 1988, que marcou o endurecimento do Direito Administrativo.

A população desconfiava do gestor público, que se presumia sempre corrupto. Por essa razão, nossa atual Constituição traçou um modelo rígido, que adota em larga medida o princípio do mérito e a valorização de procedimentos que garantam o controle externo da Administração Pública, em detrimento das reais necessidades do serviço (PACHECO, 2011; BRASIL, 1995, p. 26).

O mote era evitar a corrupção. Não era fomentar a eficiência da burocracia.

As leis supervenientes, como a Lei n. 8.112/90, criadora do regime jurídico único em âmbito federal, e a Lei n. 8.666/93, a Lei das Licitações e Contratos Administrativos, por exemplo, cristalizaram esse paradigma. Motta (2010) chega a afirmar que, no âmbito das compras públicas, todo o modelo é corruptocêntrico, tendo

[...] como base fundamental o combate à corrupção, elemento em torno do qual gravitam, em órbitas hierarquizadas por ordem de importância, a Legislação, os Sistemas, as Pessoas e por último, quando possível de se enxergar a olho nu, o Resultado (p. 93).

A rigidez, contudo, não bastou para frear a corrupção, existente até a atualidade. Como ensina Sundfeld (2014), “[...] muita burocracia e dirigismo legal

inibem mais a gestão que a corrupção, como provam os 20 anos da lei 8.666/93, a famosa lei de licitações, que burocratizou muito e não teve tanto efeito sobre os corruptos.”

Nesse contexto, a Constituição de 1988, ao tratar dos servidores públicos, institucionalizou o chamado Regime Jurídico Único (RJU), a eles aplicável:

Art. 39. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios instituirão, no âmbito de sua competência, regime jurídico único e planos de carreira para os servidores da administração pública direta, das autarquias e das fundações públicas. (BRASIL, 1988, grifo nosso).

Surgiram, então, controvérsias a respeito do que seria o RJU. Ainda que houvesse consenso a respeito da imposição à Administração, em cada ente federativo e nas entidades descentralizadas, da opção por um único regime aplicável aos seus servidores, divergiam os estudiosos a respeito de qual seria esse regime – se o da Consolidação das Leis do Trabalho (Decreto-Lei n. 5.452/43), designado regime celetista, ou o estatutário.

Regime estatutário é a denominação dada à submissão das relações de trabalho entre os servidores públicos e a Administração Pública a uma lei específica, o estatuto. Trata-se de lei editada em cada ente federativo, com incidência sobre o próprio corpo burocrático.

Para cumprir esse comando constitucional, a União editou, em 1990, a Lei n. 8.112, o estatuto dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. Alguns governos subnacionais já possuíam estatutos, que foram recepcionados pela Constituição de 1988, i.e., continuaram em vigor por não conflitarem com as normas constitucionais. Foi o que ocorreu nos Estados do Paraná, em que havia a Lei n. 6174/70, e de São Paulo, em que os servidores públicos já eram regidos pela Lei n. 10.261/68. Outros entes federativos editaram estatutos após a promulgação da Constituição Federal, a exemplo da Bahia, em que vige a Lei n. 6.677/94.

Entretanto, alguns entes federativos, dentre os quais destacam-se os Municípios, adotaram, a título de RJU, o regime celetista para os seus servidores, com poucas derrogações de Direito Público – como, p.e., a investidura via concurso público.

Mas, inobstante a divergência a respeito do conceito de RJU, a intenção do constituinte, ao instituí-lo, foi uniformizar os planos de carreira na Administração

Direta e nas demais pessoas jurídicas de Direito Público Interno – autarquias e fundações –, “acabando com as antigas diferenças que, como é sabido, por anos e anos provocaram inconformismos e litígios entre os servidores.” (CARVALHO, 2013, p. 488).

De fato, o RJU foi recebido pelos servidores públicos como a efetivação de duas conquistas. A primeira, o plano de carreira, que se iniciava com o provimento do cargo por meio de concurso público em uma lotação geralmente menos privilegiada geograficamente, com ascensão funcional e salarial por patamares distintos até que se atingisse o ápice da carreira e da remuneração a ela correspondente. A segunda, a estabilidade, instituída sob o pretexto de preservar a autonomia do agente público e que, na redação original da Constituição, garantia aos servidores nomeados em virtude de concurso público, após dois anos de efetivo exercício, que somente perderiam o cargo em decorrência de sentença transitada em julgado ou mediante processo administrativo em que lhes fosse assegurada ampla defesa (BRASIL, 1988, art. 41).

Mas essas conquistas dos servidores públicos deram-se à custa da eficiência do serviço público. Embora a Constituição tenha procurado racionalizar a burocracia e garantir que a função administrativa se desse por meio da observância a procedimentos legais, olvidou-se da necessidade de garantir aos cidadãos que essa atuação estatal produzisse os resultados esperados.

Ainda hoje a principal queixa dos gestores públicos é o excesso de formalismo e de controle, que engessam a sua atuação e obstam a eficiência (PACHECO, 2012).

Além disso,

A legislação brasileira reflete a ausência de uma política de recursos humanos coerente com as necessidades do aparelho do Estado. É, em princípio, o aspecto da administração pública mais vulnerável aos efeitos da crise fiscal e da política de ajuste. **A legislação que regula as relações de trabalho no setor público é inadequada, notadamente pelo seu caráter protecionista e inibidor do espírito empreendedor.** [...] Além disso, a extensão do regime estatutário para todos os servidores civis, ampliando o número de servidores estáveis, não apenas encareceu enormemente os custos da máquina administrativa, mas também **levou muitos funcionários a não valorizarem seu cargo, na medida em que a distinção entre eficiência e ineficiência perde relevância.** (BRASIL, 1995, p. 27, grifo nosso).

Tratava-se de impasse a ser resolvido: como implantar uma Administração Pública racional sem onerar a eficiência da máquina pública?

2.3. A REFORMA GERENCIAL BRASILEIRA: UMA TENTATIVA DE FLEXIBILIZAÇÃO

Nos países desenvolvidos, a partir da década de 1970, e nos países em desenvolvimento, dos anos 80 e 90 em diante, intensificou-se um anseio generalizado pela reforma da Administração Pública.

Estava em crise o modelo do Estado do Bem-Estar Social. A multiplicação dos direitos garantidos aos cidadãos, que deveriam ser providos pelo Poder Público, acabou agravando a crise fiscal e impossibilitando a satisfação da crescente demanda por serviços públicos. Por essa razão, tornou-se necessário todo tipo de contingenciamento, o que deu origem à insatisfação com o modelo de Administração Pública então vigente (LONGO, 2007, p. 130).

Outros fatores que deram origem a esse movimento foram a globalização, o desenvolvimento tecnológico e a crise de legitimidade do Estado (BRASIL, 1995, p. 10-11; BRESSER-PEREIRA, 2000, p. 173). Ademais, Longo (2007) explica que

Duas orientações ou *megatendências* (Longo, 1999a, p. 214) orientam esses movimentos. Por um lado, uma orientação eficientista, amplamente dominante, direcionada à luta contra o déficit e pela redução dos gastos, e muito influenciada pelas teorias econômicas do *public choice* (Schwartz, 1994) e pelas convicções políticas da 'nova direita' (apesar de que, na prática, a transversalidade política das iniciativas e discursos de reforma acabará por ser notável). Por outro lado, uma orientação 'de serviço público', caracterizada pela ênfase na qualidade do serviço, a visão do cidadão como cliente e a consecução da 'receptividade' da administração (OCDE, 1988, p. 37). (p. 130).

Nesse cenário, os governos dos países mais desenvolvidos foram, a partir da década de 1970, paulatinamente reformando seus modelos de Administração Pública.

No Brasil, assim como em diversos países em desenvolvimento, essa vontade de mudar a estrutura da Administração Pública intensificou-se apenas na década de 1990. Mais tarde, com a assunção do governo federal pelo Presidente Fernando Henrique Cardoso e a criação em 1995 do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), para cuja chefia foi nomeado Bresser-Pereira, inaugurou-se o movimento de reforma gerencial brasileiro.

De acordo com o Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), formulado pelo então Ministro, o Estado brasileiro, a exemplo do que já ocorria em alguns países do Hemisfério Norte, deveria reduzir sua atuação direta, privatizando empresas que exerciam atividade econômica e, quanto às funções sociais, transferindo seu exercício ao setor privado ou ao setor público não-estatal, mantendo, contudo, o financiamento estatal.

Adotou-se um novo paradigma, segundo o qual a atividade pública deveria ser exercida de forma eficiente, voltada sempre à produção de resultados e à satisfação do cidadão, que passou a ser visto como cliente. O Poder Público passaria a observar os ditames do gerencialismo, a ideia de que o poder decisório é distribuído entre todos os níveis da organização do trabalho, desmantelando o arranjo hierárquico tradicional:

Na administração pública gerencial a estratégia volta-se (1) para a definição precisa dos objetivos que o administrador público deverá atingir em sua unidade, (2) para a garantia de autonomia do administrador na gestão dos recursos humanos, materiais e financeiros que lhe forem colocados à disposição para que possa atingir os objetivos contratados, e (3) para o controle ou cobrança a posteriori dos resultados. Adicionalmente, pratica-se a competição administrada no interior do próprio Estado, quando há a possibilidade de estabelecer concorrência entre unidades internas. No plano da estrutura organizacional, a descentralização e a redução dos níveis hierárquicos tornam-se essenciais. Em suma, afirma-se que a administração pública deve ser permeável à maior participação dos agentes privados e/ou das organizações da sociedade civil e deslocar a ênfase dos procedimentos (meios) para os resultados (fins). (BRASIL, 1995, p. 16, grifo nosso).

A aplicação desse ideal ao setor público deu origem ao que vários autores denominam “nova gestão pública” (NGP) (LONGO, 2007, p. 131), que implicou a descentralização do poder decisório, com ampliação da discricionariedade de agentes públicos de diferentes níveis federativos e hierárquicos.

Buscava o PDRAE aliar a busca pela eficiência à necessidade ainda existente de consolidar a racionalidade na Administração Pública:

Para mudar essa situação seria necessário, de um lado, **flexibilizar a gestão pública** e, de outro, **tornar o corpo burocrático mais *accountable*** em relação aos cidadãos. O Plano Diretor era o instrumento aglutinador dessa proposta. **Ao contrário do que diziam os críticos da época, sua concepção não defendia o Estado mínimo e tampouco propunha a destruição da ‘burocracia weberiana’, definida como a estrutura profissional e meritocrática que deve prevalecer no funcionalismo.** (SANO; ABRUCIO, 2008, p. 66, grifo nosso).

Sano e Abrucio (2008) explicam que, na época, instalou-se um debate altamente ideologizado, em que críticos do PRDAE acusavam-no de abandonar a busca pela racionalidade no serviço público em nome da defesa da gestão por resultados – o que não era, na realidade, o escopo do movimento reformista.

Com relação à política de recursos humanos, a tendência mundial, fruto do novo paradigma gerencialista, era (e ainda é) a flexibilização.

De fato, como esclarece Longo (2007), a tendência internacional na área de gestão de recursos humanos (GRH), já constatável nos países desenvolvidos, é o aumento da discricionariedade dos gestores em prol de uma diminuição do engessamento decorrente da cultura legalista:

A redução do gasto com pessoal converteu-se em objetivo fundamental para os governos (OCDE, 1999a, p. 25). Mas, a relevância alcançada pela GRH não foi apenas consequência da necessidade de redução de custos. Também teve relação com uma **reconsideração da própria função diretiva ou gerencial e com o reconhecimento de seu papel no sistema público**. Essa irrupção do *management*, e a lógica descentralizada que carrega consigo, produziu uma **tendência generalizadora de transferência de autonomia e ampliação da discricionariedade dos gestores em matéria de GRH** (OCDE, 1999a, p. 20; Pollitt e Bouckaert, 2000, p. 72 e seguintes; Ruffini, 2000, p. 138-9; Horton, 2000, p. 212 e seguintes; Thompson e Cachares, 2000, p. 239) [...] Nos países que analisamos, a função pública evoluiu, em geral, de um sistema uniforme para outro mais pluralista (Ridley, 2000, p. 32), no qual, frente ao tradicional engessamento e padronização da relação entre empregadores e empregados, foram surgindo diversas formas de emprego e padrões diversificados de trabalho (Horton, 2000, p. 213) que se traduziram em **diversas modalidades contratuais e de organização do tempo de trabalho**. (LONGO, 2007, p. 134-135, grifo nosso).

Especificamente no setor público brasileiro, o PDRAE, considerando as mazelas que impediam a instauração de uma cultura efficientista na burocracia nacional, já mencionadas no item 2.2, incorporou as tendências mundiais e traçou diretrizes com elas condizentes. Entretanto, essas medidas sofrem diversas críticas quanto aos seus efeitos sobre os direitos sociais dos trabalhadores (dos quais tratará o item 3.3).

Nas décadas seguintes, além das medidas propostas pelo Plano Diretor, foram adotadas outras formas de transferência das atividades públicas a esferas não estatais, por meio de privatizações ou de parcerias com o terceiro setor, tema do próximo item.

2.3.1 Instrumentos criados pelo movimento reformista aplicáveis às questões de recursos humanos

Como premissa para a proposta de instrumentos de reforma, o Plano Diretor classificou os setores do Estado em quatro categorias.

A primeira, que engloba o núcleo estratégico, corresponde ao setor onde são tomadas as decisões estratégicas. O núcleo é composto pelos integrantes dos Poderes Legislativo e Judiciário, do Ministério Público, e pelo Chefe do Executivo em conjunto com seus ministros ou secretários e assessores diretos.

Em segundo lugar vêm as atividades exclusivas, categoria que corresponde à prestação de serviços essenciais à população e ao próprio Estado que competem apenas a esse: regulamentar, fiscalizar, fomentar. Trata-se de atividades derivadas do poder extroverso do Estado, das quais são exemplos a polícia, a previdência social geral e a vigilância sanitária, por exemplo.

Ademais, no caso dos serviços não-exclusivos, o Estado atua concomitantemente com organizações públicas não-estatais e privadas. Esses serviços ocorrem em dois casos: quando se trata de atividades ligadas à consecução de direitos humanos fundamentais (como educação, saúde e cultura), casos em que, a fim de garantir a universalidade desses direitos, a Constituição permite que entidades não-estatais concorram com o Poder Público na sua prestação; e quando essas atividades produzem ganhos que são distribuídos para a sociedade, não podendo ser apropriados como lucro (como no caso das universidades, hospitais, centros de pesquisa e museus). O interesse público, nessa hipótese, decorre da natureza da atividade (por exemplo, serviços de saúde) ou da possibilidade de impacto positivo na ordem econômica ou social (como ocorre na pesquisa científica) (SALGADO, 2011).

Por fim, na categoria de produção de bens e serviços para o mercado atuam as sociedades empresárias, privadas, que têm prioridade na execução de atividades econômicas que busquem o lucro. Entretanto, em alguns casos, ou em razão da ausência de capital privado para investir na área ou devido à natureza de monopólio natural da atividade, o Estado pode atuar como agente econômico, por meio das empresas estatais (BRASIL, 1995, p. 41-42)¹.

¹ A Constituição Federal de 1988 estipula, desde sua origem, que as atividades definidas como serviço público devem ser prestadas diretamente pelo Poder Público, por meio de seus agentes, somente se admitindo a delegação a ente particular por meio de concessão ou permissão, nos termos do *caput* do seu artigo 175. Daí se conclui que qualquer outra atividade de natureza pública,

Ora, a reforma administrativa proposta pelo MARE foi operacionalizada por meio da edição da Emenda Constitucional n. 19, de 1998, que alterou diversos dispositivos constitucionais relativos à Administração Pública.

Uma alteração emblemática foi a inclusão, no *caput* do artigo 37, dentre os princípios norteadores da Administração Pública – a Constituição Federal previa, desde a sua origem, os princípios da legalidade, da impessoalidade, da moralidade e da publicidade –, o da eficiência.

Mais especificamente com relação à prestação do serviço público que ora se analisa, a emenda constitucional modificou o artigo 39, já analisado no item 2.2, extinguindo o regime jurídico único a que deveriam se submeter os servidores públicos. O *caput* desse dispositivo constitucional passou a assim dispor: “A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios instituirão conselho de política de administração e remuneração de pessoal, integrado por servidores designados pelos respectivos Poderes.” (BRASIL, 1988).

Portanto, a partir da edição dessa emenda os servidores públicos poderiam se submeter tanto ao regime estatutário quanto ao celetista ou a algum outro especialmente criado por lei. Daí porque em nível federal, por exemplo, convivem a Lei n. 8.112/90, o estatuto dos servidores públicos, e a Lei n. 9.962/00, que regula alguns pontos da relação de trabalho mantida com os servidores federais celetistas.

Alguns estudiosos, a partir de então, passaram a denominar empregado público aquele agente regido pela C.L.T., enquanto o termo servidor era destinado apenas àqueles submetidos a regime estatutário.

Ambos os regimes podiam conviver, portanto, tanto na Administração Pública Direta quanto na Indireta.

Todavia, foi concedida parcialmente medida cautelar, em agosto de 2007, na Ação Direta de Inconstitucionalidade n. 2135, em trâmite perante o Supremo Tribunal Federal, que tem por objeto a alteração desse artigo constitucional pela

ainda que inserida nos setores do Estado acima expostos, se prestada por ente não-estatal, público ou privado, não pode ser considerada serviço público em sentido estrito – exceto se tiver sido delegada por meio de concessão ou de permissão.

Ressalte-se, nesse ponto, que esse dispositivo constitucional está inserido no trecho da Constituição Federal que regulamenta a ordem econômica. No que toca à ordem social – que abarca a saúde, a previdência social e a assistência social –, o texto constitucional estabelece complementariedade e suplementariedade entre as ações dos setores estatal e não estatal, como se verá adiante, no capítulo 3.

Emenda Constitucional n. 19/98 (e na qual ainda não foi proferida decisão final). Reconheceu-se a ocorrência de vício formal consistente na inobservância ao processo legislativo. A decisão suspendeu a eficácia do dispositivo questionado, restabelecendo o sistema anterior – i.e., a obrigatoriedade do regime jurídico único.

Entretanto, tendo vigido por quase uma década o dispositivo alterado, havia, na época, uma constelação de legislações, em todos os níveis federativos, que implementavam o emprego público, submetido à C.L.T., concomitantemente à manutenção do cargo público regido pelo estatuto funcional. Por essa razão, assim se decidiu:

Pedido de medida cautelar deferido, dessa forma, quanto ao *caput* do art. 39 da Constituição Federal, ressaltando-se, em decorrência dos efeitos *ex nunc* da decisão, a **subsistência, até o julgamento definitivo da ação, da validade dos atos anteriormente praticados com base em legislações eventualmente editadas durante a vigência do dispositivo ora suspenso**. (BRASIL, 2008, grifo nosso).

Assim, permaneceram em vigor as leis que – no interregno entre a publicação da Emenda Constitucional n. 19/98 e a prolação da decisão que suspendeu a eficácia do *caput* do artigo 39 da Constituição Federal, na redação por aquela alterada – instituíram regime funcional diverso daquele que havia sido adotado pelos diversos entes públicos a título de regime jurídico único.

Ressalte-se, nesse ponto, que o RJU, conceitualmente, aplica-se mesmo apenas aos servidores públicos efetivos. Os temporários e os comissionados, admitidos respectivamente nos termos dos incisos IX e V do artigo 37 da Constituição, deveriam ser regidos pelo que se convencionou denominar regime jurídico administrativo, i.e., uma lei específica aplicável a cada hipótese. Na prática, os entes federativos adotam ora a legislação celetista ora a estatutária também para a regulamentação dessas relações de trabalho.

Além disso, note-se que subsiste a confusão a respeito do que seja o regime jurídico único imposto pelo texto constitucional:

Com o restabelecimento do regime jurídico único, retornou a controvérsia sobre a matéria. Vale a pena relembrar as três posições: (1ª) o regime único indica a obrigatoriedade de adoção exclusiva do regime estatutário; 62 (2ª) cabe à pessoa federativa optar pelo regime estatutário ou trabalhista, mas, uma vez feita a opção, o regime deverá ser o mesmo para a Administração Direta, autarquias e fundações de direito público; (3ª) admite-se a opção por um regime único para a Administração Direta e outro para autarquias e fundações públicas. (CARVALHO FILHO, 2015, p. 630).

O fato de à mencionada medida cautelar ter sido conferido efeito *ex nunc*,

i.e., “dali para frente”, irretroativo, com a manutenção dos regimes criados durante a vigência do texto alterado do artigo 39, aliado às várias interpretações existentes sobre o que seja o regime jurídico único, gerou a panaceia de regimes que atualmente convivem na Administração Pública, tanto Direta quanto Indireta. Existem, por exemplo, empregados públicos (i.e., celetistas) em Municípios e servidores públicos (i.e., estatutários) em autarquias.

Mas, além da tentativa frustrada de diversificar a regulamentação do serviço público prestado pelos agentes públicos, a reforma administrativa buscou combater a rigidez normativa por meio da criação de instrumentos que ampliassem o exercício pelo setor não-estatal de atividades que não fossem exclusivas do Estado. A transferência dessas atividades para o setor público não-estatal é o que se denomina publicização.

De acordo com o Plano Diretor, o Estado deixa de prestar os serviços e passa a regulá-los e a financiá-los, fomentando também a competitividade e o incremento da eficiência. As atividades que permanecem sob sua responsabilidade devem ser preferencialmente executadas de forma descentralizada (BRESSER-PEREIRA, 2000, p. 179).

Quando prestados pelo setor privado, esses serviços são regidos essencialmente por regras de Direito Privado – as mesmas que regulam a atividade privada em geral. Todavia, tratando-se de ente não-estatal parceirizado com o Poder Público, a natureza da relação de proximidade com o ente público acarreta, em tese, a utilização de um regime normativo híbrido, caracterizado pelo que juridicamente se denominam “derrogações de Direito Público” (MARTINS; LEVY, 2011, p. 15). Desse modo, há quem defenda deverem essas organizações não-estatais observar algumas regras procedimentais rígidas, características do setor público – tais como a necessidade de licitar e de realizar concurso público.

Essa situação de submissão a regras publicísticas não se coaduna com os objetivos do PDRAE, que tentava justamente livrar as organizações, tanto agências estatais quanto parceiros privados, das limitações advindas da cultura da procedimentalização e normatização excessivas (PACHECO, 2012).

Para instrumentalizar essa transferência de atividades para fora do âmbito estatal, o Plano previu a figura da organização social (OS), que seria a transformação de uma entidade estatal em uma pública não-estatal. Essa nova entidade seria financiada mediante dotação orçamentária, permitindo, em troca, o

controle por resultados estabelecidos em contrato de gestão:

Na União, os serviços não-exclusivos de Estado mais relevantes são as universidades, as escolas técnicas, os centros de pesquisa, os hospitais e os museus. A reforma proposta é a de **transformá-los** em um tipo especial de entidade não-estatal, as organizações sociais. A ideia é transformá-los, voluntariamente, em 'organizações sociais', ou seja, em **entidades que celebrem um contrato de gestão com o Poder Executivo** e contem com autorização do parlamento para participar do orçamento público. **Organização social não é, na verdade, um tipo de entidade pública não-estatal, mas uma qualidade dessas entidades, declarada pelo Estado.** (BRESSER-PEREIRA, 2000, p. 25, grifo nosso).

Daí se vislumbra que as organizações sociais (OSs) são entidades que têm por objetivo prestar serviços à população – atividades não-exclusivas do Estado – mediante o compromisso de obtenção de melhores resultados. E recebem, após a obtenção da qualificação de OSs e firmado contrato de gestão com a Administração Pública, flexibilidades de gestão (tais como a submissão dos trabalhadores a regime celetista e a realização de compras por meio de regime próprio) (BRESSER-PEREIRA, 2000, p. 26).

De fato, um dos instrumentos utilizados para se superar o excesso de restrições legais é a contratualização de resultados, que ocorre pelo estabelecimento, em instrumento contratual, de metas a serem cumpridas em troca da concessão de maior flexibilidade ou de previsibilidade. Assim, a aferição do cumprimento das metas, *a posteriori*, substitui o controle clássico político, que se dá pela hierarquia, e o burocrático, por meio da averiguação do cumprimento de normas (PACHECO, 2004, p. 2).

Criaram-se, a partir de então, legislações regulamentadoras de instrumentos como: a organização social (Lei n. 9.637/98), que foi regulamentada como um modelo de qualificação atribuível a ente público não-estatal destinado a parcerias de longo prazo, com mecanismos de cogestão público-privada; a organização da sociedade civil de interesse público (OSCIP – Lei n. 9.970/99), criada para facilitar a cooperação do setor público com entidades privadas para projetos específicos de curta ou média duração, sem preocupação com a cogestão (SALGADO, 2011, p. 11); a parceria público-privada, espécie de contrato de concessão complexo e de longa duração (PPP – Lei n. 11.079/04); e o regime de mútua cooperação com organização da sociedade civil (OSC – Lei n. 13.019/14) (SALGADO, 2013; PIRES JR.; COUTINHO, 2011).

Outro instrumento instituído pela Emenda Constitucional n. 19/98 a fim de

implementar a eficiência no setor público foi um outro tipo de contrato de gestão, inserido no § 8º do artigo 37 da Constituição. Qualquer órgão da Administração Pública Direta, autarquia ou fundação pública poderia firmar contrato de gestão com seu Ministério supervisor, adquirindo, então, a qualificação de agência executiva e obtendo a concessão de flexibilidades de gestão mediante a imposição de metas de resultados a serem alcançados. No entanto, o dispositivo constitucional não foi ainda regulamentado, e a única agência executiva federal existente no Brasil é o Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia (INMETRO).

Atualmente, há diversos casos de parcerias bem-sucedidas entre o Poder Público e entidades não-estatais, especialmente na área de prestação de serviços de saúde.

Na realidade, é intrigante a variedade de instrumentos pelos quais os setores público e privado se relacionam em torno da execução de atividades públicas e de interesse público, tais como convênios, concessões de diversos tipos, qualificações de entes privados como organizações sociais etc. Essa circunstância, somada à inadequada denominação desses modelos (muitas vezes, a simples leitura de um instrumento contratual revela que a natureza do vínculo firmado não corresponde ao nome que lhe foi conferido – por exemplo, um convênio é, na realidade, um contrato de gestão), dificulta tanto o controle quanto o estudo desses vínculos e aumenta a desconfiança da população.

De fato, várias resistências corporativas se impuseram ao estabelecimento dos novos modelos de transferência da atividade pública não-exclusiva ao setor não-estatal.

Ao medo da inovação, filho do já mencionado patrimonialismo brasileiro, somaram-se oposições decorrentes da inadequação dos novos instrumentos de parceirização ao ordenamento jurídico ultrapassado. Como consequência, construiu-se um arcabouço jurídico esquizofrênico, que contraria a natureza dos instrumentos criados, retirando-lhes possibilidades de concessões de flexibilidades concebidas pelas próprias leis instituidoras (SALGADO, 2013, p. 15).

Pacheco (2012) ressalta, ainda, que durante o Governo Lula houve grande expansão do aparelho do Estado, principalmente por meio da criação de empresas públicas e serviços sociais autônomos (SSAs). Esses últimos eram diferentes daqueles SSAs instituídos por entidades profissionais nas décadas de 40 e 50, como o Sesi e o Senai, por exemplo. Agora, os SSAs passaram a ser

instituídos pelo Poder Executivo e mantidos com recursos orçamentários, repassados por meio de contrato de gestão ou de convênios anuais. No entanto, naquele governo pouco se avançou quanto à parcerização com entes não-estatais.

Paralelamente, os governos estaduais começaram a elaborar suas próprias legislações para regulamentar as organizações sociais e as organizações da sociedade civil de interesse público. Impelidos pelas restrições de gastos com pessoal advindas da edição da Lei Camata (Lei Complementar n. 82/95) e da Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar n. 101/00), os governos subnacionais passaram a adotar os referidos modelos para a publicização de atividades públicas não-exclusivas do Estado, sobretudo de serviços de saúde (PACHECO, 2012; CAMMAROTA et al., 2013).

Contudo, uma peculiaridade alimentou a desconfiança generalizada sobre esses modelos: governos estaduais criaram organizações sociais em decorrência da ampliação da oferta de serviços, atribuindo o título de OS a entidades da sociedade civil, para o fim de gerenciamento de serviços públicos. Não se verifica, nesse modelo, o processo de publicização de uma organização estatal previamente existente – como previa o PRDAE, no qual se buscava a concessão de flexibilidades, e não de autonomia organizacional.

Em decorrência da desconfiança gerada pela ausência nas OSs estaduais da cogestão público-privada, dentre outros fatores, reforçaram-se os controles formais e de procedimentos, retomando questões como a necessidade de licitar para escolher as entidades aptas a firmar parcerias, além de pontos como a observância, pelos parceiros privados, das regras de licitação (PACHECO, 2012).

Essa posição já havia sido sustentada logo após a aprovação da lei federal que regulamentou as organizações sociais, quando o Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil, juntamente com o Partido dos Trabalhadores e o Partido Democrático Trabalhista, ajuizou uma ação direta de inconstitucionalidade contra a Lei n. 9.637/98, o marco regulatório das organizações sociais, e contra a Lei n. 9.648/98, que alterou a redação do artigo 24, inciso XXIV, da Lei de Licitações (n. 8.666/93). A ação foi julgada parcialmente procedente para dar interpretação conforme aos diplomas impugnados². Reconheceu-se no acórdão publicado em

² STF. AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE: ADI 1923. Requerentes: Partido dos Trabalhadores – PT – e Partido Democrático Trabalhista – PDT. Requerido: Congresso Nacional.

dezembro de 2015, dentre outros pontos, a inexistência do dever de as organizações sociais licitarem para contratar com terceiros e de realizarem concurso público para admitir pessoal.

Nesse ínterim, aprovou-se legislação instituidora de um regime de concessão destinado a parcerias de longo prazo entre os setores público e privado, a parceria público-privada em sentido estrito (PPP – Lei n. 11.074/04). Nessa modalidade contratual há a previsão de repartição de riscos entre os parceiros e de fixação de metas a serem cumpridas pelo ente privado, o que denota que, além de buscar recursos de origem privada, o novo instituto tinha também por objetivo alcançar a eficiência (OLIVEIRA; PAIVA, 2013, p. 5).

Em 2009, motivado pela necessidade de garantir agilidade e qualidade na atividade pública, o Ministério do Planejamento, do Orçamento e da Gestão convocou uma comissão de juristas para que elaborassem o Anteprojeto de Lei Orgânica da Administração Pública. Esse documento propôs uma nova estrutura tanto para o Aparelho do Estado federal, adotando o conceito de “administração policêntrica”, quanto para suas relações com os entes de colaboração (SALGADO, 2013; PACHECO, 2011). O anteprojeto diferenciou categorias de entidades não estatais que exercem atividades de interesse público, em parceria com o Poder Público: as entidades paraestatais (corporações profissionais e SSAs) e as entidades de colaboração (fundações privadas e associações sem fins lucrativos).

Mais recentemente, o tema do estabelecimento de parcerias entre os setores público e privado voltou à agenda, por conta da necessidade de se realizarem obras de grande porte, necessárias ao abrigo dos eventos esportivos internacionais de 2014 e 2016 (SALGADO, 2013, p. 3). Por conseguinte, foram tomadas diversas medidas amenizadoras da rigidez do regime jurídico público, como a criação do regime diferenciado de contratações públicas (Lei n. 12.462/11).

Vale lembrar, ainda, que os instrumentos de contratualização surgiram em meio a uma já mencionada cultura de rigidez e de receio das punições provenientes dos órgãos de controle. Somando-se a isso o despreparo da burocracia e dos próprios advogados públicos, que desconheciam a legislação que criou referidos instrumentos e que, por isso, desconfiavam da legalidade das flexibilidades

oferecidas, instalou-se um clima de insegurança jurídica que impediu a sua mais ampla utilização (COUTINHO; BERNARDO; SILVA, 2008).

Na verdade, os advogados públicos costumam rejeitar as novidades ainda não testadas nos órgãos de controle (SUNDFELD, 2012, p. 38).

De fato, os críticos da reforma temiam que os instrumentos de flexibilização possibilitassem ainda mais desvios e prejuízos ao interesse coletivo e que aniquilassem direitos considerados adquiridos, razão pela qual os próprios juristas publicistas se opuseram às medidas reformadoras (SUNDFELD, 2012, p. 127).

Ainda nesse âmbito, critica-se o uso pelo Poder Público da contratualização de resultados como instrumento formal de fuga do regime jurídico publicístico (SALGADO, 2011, p. 23). Di Pietro (2012, p. 288 e 299) aponta a inconsistência do estabelecimento de parcerias com cooperativas prestadoras de serviço público (há algumas no Município de São Paulo, por exemplo) e fundações de apoio a instituições de ensino superior federais.

Entretanto, essa oposição não produz efeitos apenas sobre a máquina pública, que muitas vezes é tolhida de utilizar os novos modelos contratuais. Sofrem também as entidades assistencialistas, que se veem sob constante desconfiança de inidoneidade ao tratar com verbas públicas (SALGADO, 2013, p. 6).

Esses instrumentos são largamente utilizados na área da saúde pública, gerando reflexos especialmente sobre a gestão de recursos humanos, conforme se verificará no próximo capítulo.

3. A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

A gestão de recursos humanos na área da saúde pública é muito complexa. Compreender os desafios por ela impostos pressupõe o conhecimento das questões mais gerais ligadas à saúde pública.

Passa-se, neste ponto, a analisar aspectos gerais do sistema de saúde.

3.1 SUS E UNIVERSALIZAÇÃO

O sistema de saúde hoje vigente é fruto de uma política de saúde. Mas, no caso da saúde, o termo política refere-se tanto às decisões tomadas pelos detentores do poder político (*Politics*) quanto às ações a serem implementadas pela máquina pública (*Policy*) (PAIM; TEIXEIRA, 2006, p. 74).

E, quanto ao primeiro significado do termo, o Brasil evoluiu do recurso ao assistencialismo filantrópico a um sistema público e universal.

Inicialmente, a prestação de serviços de saúde pública aos desassistidos era realizada por entidades filantrópicas, muitas vezes de cunho religioso. Assim eram as Santas Casas da Misericórdia, distribuídas por todo o território nacional e originariamente ligadas à Igreja Católica.

Ressalte-se, nesse ponto da narrativa, que os serviços de saúde no Brasil sempre foram prestados por instituições não estatais, exclusiva ou subsidiariamente ao Estado. Isso vem ocorrendo desde a época das primeiras entidades filantrópicas até a atualidade, conforme se verá a seguir.

Carvalho (2013, p. 7) relata que, em 1923, foi editada a Lei Elói Chaves, que atrelou a saúde dos trabalhadores à previdência. Também para atender aos trabalhadores, foram criadas as caixas de pensão e os institutos, além dos Serviços Especiais de Saúde Pública (Sesp), destinados a atender as populações extratoras de borracha e manganês. Em 1966, surgiu o Instituto Nacional de Previdência Social, o INPS.

O autor também aponta que, em 1963, na 3ª Conferência Nacional de Saúde, discutiu-se a descentralização da saúde e o conceito de saúde como direito de todos. Entretanto, os militares, assentos ao poderem 1964, sepultaram o assunto.

Na década de 80, a crise da previdência levou ao estreitamento da associação entre o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

(INAMPS), autarquia federal criada em 1977, e os serviços públicos de saúde. A saúde pública passou a ser responsabilidade, então, das Ações Integradas de Saúde (AIS) e, a partir de 1987, dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) – que deram origem ao Sistema Único de Saúde (SUS) atual (CARVALHO, 2013, p. 8-9).

Nessa mesma década iniciou-se o debate público sobre a reformulação da saúde pública, a Reforma Sanitária. Os serviços ligados à saúde pública deveriam passar a ser caracterizados pela universalidade – isso é, deveriam ser prestados a todos os cidadãos:

O projeto da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), ao postular a garantia do direito à saúde como componente da cidadania, indicava um conjunto de mudanças no Estado, na sociedade e na cultura, visando a melhoria da situação de saúde e das condições de vida da população. Como parte dessa **totalidade de mudanças**, defendia o princípio de que a **saúde era um direito de todos e um dever do Estado**, propondo a instalação de um **Sistema Único de Saúde**, democrático e descentralizado, com responsabilidades estabelecidas para as três esferas de governo.” (PAIM; TEIXEIRA, 2007, p. 1820, grifo dos autores).

A discussão da proposta foi marcada pela participação popular, e o movimento foi exitoso, dando origem a um acordo entre os setores conservadores e progressistas (Carvalho, 2013, p. 10) no âmbito da Assembleia Nacional Constituinte de 1987 que levou à consagração no texto constitucional das mudanças almejadas:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

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. (BRASIL, 1988).

Da leitura do artigo 197 depreende-se que os serviços de saúde podem ser prestados tanto pelo Poder Público, por meio do Sistema Único de Saúde, quanto pela iniciativa privada. De fato, conforme já analisado no item 2.2.2, trata-se de atividade não-exclusiva do Estado, o que permite seu exercício pelo Poder Público, pelo setor privado e pelo público não-estatal.

E é em decorrência dessa sistematização que surgiram as parcerizações entre o setor público e as entidades públicas não-estatais.

Os autores integrantes das classes de profissionais da saúde têm

uma visão mais crítica a respeito dessas interações entre os setores estatal e não-estatal. São ideias correntes em seus discursos a fundamentação neoliberal da reforma gerencial (VERDE; BERNARDO; BÜLL, 2013, p. 20) e a precarização das relações de trabalho, que se discutirá no item 3.3.

O seguinte trecho sintetiza a crítica dessa vertente da literatura a respeito do assunto:

A reforma neoliberal iniciada na década passada, centrada num modelo gerencialista e na desresponsabilização do Estado para com parcela significativa dos direitos sociais conquistados, além de não resolver os problemas mencionados, criou outros com a disseminação de **organizações sociais**, OSCIPs, cooperativas e outras formas de terceirização da gestão e precarização do trabalho em saúde. A polarização entre a administração direta e a desresponsabilização estatal embotou a busca de alternativas que, respeitando os princípios e diretrizes da Reforma Sanitária e do SUS, fossem capazes de superar os problemas aludidos e assegurassem efetividade, qualidade e eficiência nos serviços prestados pelo SUS. (PAIM; TEIXEIRA, 2007, p. 1820, grifo dos autores).

Alguns desses autores, contudo, apesar de discordarem das parcerizações, defendem a criação de fundações estatais destinadas a gerir os sistemas de saúde (PAIM; TEIXEIRA, 2007, p. 1827).

Mas o que a reforma buscava era alternativas que viabilizassem o cumprimento, pela Administração Pública, do preceito constitucional que universalizou a saúde.

A Constituição Federal de 1988 criou uma gama de direitos universais – como o ensino básico, o acesso a bens e serviços culturais e a seguridade social –, cuja prestação estatal pode ser exigida por todo e qualquer cidadão. A grandiosidade dessa garantia constitucional demanda o emprego de técnicas avançadas de gestão que possibilitem o seu cumprimento.

Vários são os desafios a serem superados pelos gestores do sistema, tais como a insuficiência do financiamento público e a descontinuidade administrativa, fruto da interrupção de políticas públicas já em fase de implementação em prol da criação de novas, formuladas por novos governos ao assumirem o poder político:

São inúmeros os exemplos de descontinuidade administrativa, às vezes entre as forças de uma mesma coligação política ou entre correntes ou grupos de um mesmo partido. Casos como Santos, Campinas, Porto Alegre, Salvador, São Paulo, Bahia e Rio Grande do Sul, entre outros, apontam para a necessidade de construir formatos institucionais que reduzam a vulnerabilidade do SUS, assegurem certa proteção face às turbulências da vida político-partidária e possibilitem, simultaneamente, a efetividade, eficiência e eficácia da gestão. (PAIM; TEIXEIRA, 2007, p. 1.821).

Ademais, esses estudiosos apontam alguns nós críticos ligados ao processo de institucionalização e à própria gestão do SUS. Dentre eles, destacam-se:

- a) a falta de gestão profissionalizada, tanto pela escassez de quadros qualificados quanto pela indicação clientelista para ocupantes de cargos comissionados;
- b) a fragilidade institucional e a ineficiência da gestão de sistemas, serviços e recursos; e
- c) o engessamento da gestão de serviços e recursos estratégicos imposto pela legislação, que cria procedimentos morosos e complexos e limita o gasto público – no caso da Lei de Responsabilidade Fiscal –, “dificultando a realização de concursos para admissão de pessoal, algo que incide drasticamente no sistema de saúde, sabidamente um setor de produção de ‘trabalho intensivo’” (PAIM; TEIXEIRA, 2007, p. 1.823).

Finalmente, ainda com relação à gestão, o SUS é organizado em três níveis de atenção. A atenção primária é a porta de entrada no sistema, o atendimento prestado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e na Estratégia Saúde da Família (ESF). O nível secundário engloba o atendimento em unidades especializadas. O terciário refere-se a questões de alta complexidade, que demandam intervenção hospitalar (MACIEL; SANTOS; RODRIGUES, 2015, p. 80).

Essa divisão de atividades conforme o nível de complexidade refletiu-se na descentralização do sistema de saúde entre os entes federativos, o que será abordado no item seguinte.

3.2 SUS, DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO

Descentralizar competências é transferir responsabilidades de gestão da instância central para organizações locais. A descentralização de gestão é tendência mundial, “[...] um desses consensos que ninguém discute ao se falar de reforma administrativa.” (LONGO, 2007, p. 138).

Ressalte-se que, na tradição administrativista nacional, descentralizar é transferir a titularidade e o exercício da atividade administrativa, por instrumento

legal, da Administração Pública Direta às pessoas jurídicas da Administração Indireta. Di Pietro denomina esse fenômeno descentralização administrativa (2014, p. 481).

Contudo, este tópico do estudo trata da **descentralização política**, que é a distribuição de competências entre as diferentes esferas federativas.

De fato, no que toca à saúde, uma das inovações constitucionais que tinham como objetivo instrumentalizar a atuação do Estado como garantidor da universalidade do direito à saúde foi a descentralização do SUS:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo; (BRASIL, 1988).

Além do texto constitucional, também a Lei n. 8.080/90, o marco regulatório do SUS, cristalizou a ideia de que a saúde pública no Brasil é prestada por um sistema descentralizado, com direção única em cada esfera de governo.

Como consequência desse movimento, a União, que concentrava em suas mãos a prestação de serviços de saúde no período anterior à promulgação da Constituição, teve sua competência reduzida com a redistribuição das ações de saúde entre os governos subnacionais – notadamente aos Municípios, que ficaram responsáveis pela atenção básica (LIMA ET AL., 2012, p. 2882).

Aliás, Batista (2017) explica que a redução das competências da esfera federal e a ampliação da atuação das esferas subnacionais quanto à formulação e a implementação de políticas públicas foi um dos motes dos movimentos de reforma do Estado na maioria dos países latino-americanos. E, especificamente no caso brasileiro,

A descentralização foi concebida como instrumento de universalização do acesso e do aumento do controle dos beneficiários sobre os serviços sociais. À exceção da área de previdência, nas demais áreas da política social brasileira, como educação fundamental, assistência social, saúde, saneamento e habitação popular, foram instituídos programas que objetivavam transferir paulatinamente um conjunto de atribuições da gestão federal aos níveis estadual e municipal de governo. (BATISTA, 2017, p. 4).

Esse fenômeno causou a remodelação do federalismo brasileiro, aumentando a relevância dos governos subnacionais.

Todavia, os Estados brasileiros apresentam capacidades gestoras – capacidades estatais entendidas genericamente como as habilidades e

competências do ente público para estabelecer seus objetivos e realizá-los (PIRES; GOMIDE, 2016, p. 2) – em diferentes níveis de qualificação, em razão dos diversos patamares de desenvolvimento econômico e social encontrados pelo país.

Por essa razão, como observam Abrucio (2005, p. 405) e Pierantoni, Varella e França (2004), é preciso fortalecer a capacidade gestora das três esferas de governo e desenvolver ações relativas à saúde e “também ações intersetoriais que indiquem novos patamares de desenvolvimento econômico e social, obedecendo às desigualdades e às especificidades regionais e locais.” (PIERANTONI, VARELLA E FRANÇA, 2004, p. 58).

Daí a relevância do contraponto à descentralização: a regionalização (LIMA et al., 2012, p. 2883).

De fato, a descentralização da função pública está atrelada à sua regionalização. Lima et al (2012), em estudo sobre os sistemas de saúde pública, explicam que, em alguns países, como Inglaterra, Alemanha, Itália, Espanha e Canadá, essa articulação entre descentralização e regionalização possibilitou a organização de redes de serviços, associadas à criação e fortalecimento de autoridades sanitárias. Dessa forma, poucas atribuições foram conferidas aos governos locais, “[...] enquanto os níveis regionais, vinculados aos entes estaduais ou provinciais nas federações, expandiram suas funções de planejamento e gestão sobre as políticas de saúde.” (LIMA ET AL, 2012, p. 2882).

É por isso que a Constituição Federal e a Lei n. 8.080/90 estabeleceram, dentre os princípios tecnogerenciais do SUS, a descentralização, a regionalização, a hierarquização³, o gestor único em cada esfera de governo, a conjugação de recursos das três esferas de governo, a organização dos serviços para evitar duplicidade, a complementariedade e a suplementariedade do privado, o financiamento tripartite e a participação da comunidade (CARVALHO, 2013, p. 15).

E, ainda que à descentralização se atribua o mérito de propiciar a universalização do atendimento na área da saúde, ao transferir para os Municípios a

³ “Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:
[...]

IX – descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;” (BRASIL, 1990).

maior parte dos serviços a serem prestados aos cidadãos, espera-se que a regionalização seja instrumento para a promoção da equidade na prestação desse serviço nas várias regiões do país, equilibrando as diferenças regionais, pois “[...] a heterogeneidade das capacidades estatais das distintas subunidades da federação afeta de forma diferenciada o acesso a direitos dos cidadãos ao logo do território nacional, e, portanto, implica em variações no exercício da democracia.” (BATISTA, 2017, p. 2).

De fato,

[...] considera-se que **o avanço do processo de regionalização tende a interferir positivamente no acesso à saúde**, pois permite: observar os determinantes sociais de saúde no modo como estes se expressam no território; projetar necessidades de organização dos serviços de forma ampla incorporando diferentes campos da atenção e visão de futuro; atender uma população que não necessariamente se restringe aos territórios municipais; estabelecer portas de entrada e hierarquia tecnológica com base em parâmetros de necessidade e utilização dos recursos disponíveis; utilizar melhor os recursos humanos e tecnológicos presentes na região de forma a desbloquear fluxos e garantir resolutividade na atenção; disponibilizar recursos sociais e políticos que incentivem o compartilhamento de responsabilidades e entre os governos nos sistemas de saúde. (LIMA et al, 2012, p. 2.883, grifo nosso).

Contudo, ainda que tenha sido a saúde a área em que esses processos de descentralização e de regionalização tenham obtido mais êxito, eles não estão imunes a problemas característicos desse setor.

Em primeiro lugar, a descentralização tem um efeito desorganizador sobre a gestão de recursos humanos, pois os trabalhadores acabam se submetendo a vários modelos de políticas diferentes, sujeitos a regulação estatal diversificada (PIERANTONI; VARELLA; FRANÇA, 2004, p. 58), o que acaba prejudicando a sua segurança jurídica.

Além disso,

Embora esta área apresente o maior número de consorciamentos intermunicipais no Brasil, **a descoordenação e a competição ainda ocorrem entre as redes municipais**. Este fenômeno é especialmente grave nas regiões metropolitanas, em que há uma enorme desarticulação entre as cidades e o ‘efeito carona’ está bastante presente. Outro problema é a **indefinição do papel atribuído ao governo estadual**, tanto na qualidade de executor como, principalmente, no papel de coordenador das relações entre as municipalidades. A situação mal resolvida dos estados no arranjo federativo da saúde pública tem implicações até mesmo financeiras, pois a maioria não investe o percentual mínimo definido na Emenda Constitucional (EC) no 29/2002. " (ABRUCIO; FRANZESE; SANO, 2013, p.152, grifo nosso).

Mas é certo que o processo de institucionalização da gestão do Sistema Único de Saúde “[...] pode ser caracterizado como um movimento pendular de descentralização/centralização, regido pelo esforço de se implantar o pacto federativo incorporado à Constituição de 1988.” (PAIM; TEIXEIRA, 2007, p. 1.822).

As Normas Operacionais Básicas de 1993 (NOB 01/93) e de 1996 (NOB 01/96) iniciaram o processo de descentralização, remodelando a distribuição de competências entre as três esferas federativas, por meio da transferência de recursos de toda ordem (financeiros, físicos, humanos e materiais) dos níveis federal e estadual para o municipal (PAIM; TEIXEIRA, 2007, p. 1.822).

Posteriormente, já nos anos 2000, foi editada a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/ 2001, reformulada em 2002), que fortaleceu o papel das Secretarias Estaduais de Saúde. A regionalização instituída por essas normas ocorreu por meio da criação de sistemas microrregionais de saúde, a fim de possibilitar a economia de escala na compra de insumos e a integralidade da atenção, implementando redes de serviços que articulassem os já mencionados níveis de atenção.

Em seguida, foi aprovado o Pacto da Saúde, em 2006, com a finalidade de fortalecer a regionalização dos serviços de saúde. O pacto propôs reformas institucionais no SUS, com a criação de instâncias colegiadas, e redefiniu as responsabilidades dos gestores em função das necessidades de saúde da população (TAVEIRA, 2010, p.5). Dessa forma, o pacto retirava a ênfase da normatização, instituindo um processo de negociação contínua entre gestores, que firmavam "Termos de Compromisso" entre si, no âmbito das preexistentes Comissões Intergestores instituídas por portarias de 1991 e de 1993: a Tripartite (CIT), em âmbito nacional, e as Bipartites (CIB), em nível estadual (PAIM; TEIXEIRA, 2007, p. 1.822; LIMA et al, 2012, p. 2.882; CARVALHO, 2013, p. 24).

Esses movimentos de organização da gestão da saúde no campo do SUS produziram impactos relevantes na política de recursos humanos nesse setor, como se verá no próximo item.

3.3 SUS E RECURSOS HUMANOS: A NECESSÁRIA FLEXIBILIZAÇÃO

A gestão do trabalho na saúde pública é, realmente, um tema atual (PIERANTONI; VARELLA; FRANÇA, 2004, p. 64). Aliás, a gestão de recursos

humanos (GRH) em geral tem ganho cada vez mais destaque entre os estudos de administração.

Como ressalta Longo (2007), “Nossos modelos mentais foram interiorizando a transcendência do patrimônio humano para o êxito de quase todo projeto coletivo de envergadura, e essas percepções se transferiram, ao menos em parte, para o interior dos sistemas públicos.” (p. 197).

Hoje, importam as pessoas. Consequentemente, a gestão do pessoal tornou-se área sensível no contexto organizacional.

Entretanto, a literatura de gestão de pessoas na saúde pública, notadamente aquela produzida por integrantes do grupo dos trabalhadores, tem concentrado seus esforços, nos últimos anos, no debate da precarização das relações de trabalho.

Daí se pode concluir que é essa a imagem que os profissionais da saúde do SUS vêm fazendo das relações de trabalho estabelecidas nesse contexto: a da precarização.

Trabalho precário é aquele que não garante ao empregado seus direitos sociais – trabalhistas e previdenciários. Esse é o conceito adotado pelos Conselhos Nacionais de Secretários de Saúde Estadual (CONASS) e Municipal (CONASSEM). As entidades sindicais, contudo, incluem nessa noção o trabalho não precedido de concurso público (TAVEIRA, 2010, p. 12), no que são seguidas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2009).

Ainda que a precarização das relações de trabalho seja um fenômeno contemporâneo bastante generalizado, sua ocorrência na área da saúde pública tem chamado a atenção dos estudiosos. Muitos daqueles autores integrantes das categorias profissionais atribuem esse fenômeno a características desse setor, no qual a já mencionada descentralização favorece a competição entre governos subnacionais por profissionais escassos, gerando um aumento da rotatividade de trabalhadores e a sujeição desses à instabilidade político-partidária (MEDEIROS; ALBUQUERQUE, 2014, p. 66; VILELA; MAFRA, 2015, p. 43):

A rotatividade dos profissionais, mencionada anteriormente, tem relação direta com os vínculos empregatícios estabelecidos. Dentre os danos causados aos usuários perpassam o rompimento do vínculo entre profissional e população adscrita e a descontinuidade da assistência (LOURENÇO et al., 2009; BARBOSA et al., 2009; BARBOSA e RODRIGUES, 2006; CAMPOS, 2005; MACHADO, 2005; BRASIL, 2004). (TAVEIRA, 2010, p. 2).

Todavia, é importante fazer, nesse ponto, uma ressalva. Esse discurso predominante nas revistas de saúde pública, que liga a reforma gerencial ao neoliberalismo e à precarização das relações de trabalho, deve ser avaliado com parcimônia.

A transferência dos serviços de saúde pública a entidades não estatais não se confunde com a precarização dos vínculos trabalhistas. Essa transferência não acarreta necessariamente a formação de um vínculo precário, que pode, por sua vez, existir até mesmo no domínio da Administração Pública Direta.

Ora, inexistente precarização na hipótese de um médico contratado por uma organização social que tenha seus direitos trabalhistas respeitados e o recolhimento tempestivo de suas contribuições previdenciárias. De outro lado, um enfermeiro sob regime estatutário que não venha recebendo os reajustes de vencimentos anuais determinados pelas normas constitucionais pode alegar a precariedade do seu vínculo de trabalho, em razão do desrespeito a direitos sociais.

Na realidade, aqueles autores confundem a perda da estabilidade e da carreira pública características do vínculo estatutário com precarização. Mas, como visto, trabalho precário é coisa diversa...

Contudo, há que se considerar que a rotulação da prestação da atividade pública não-exclusiva por entidades não estatais como trabalho precário é predominante tanto na literatura da saúde pública quanto em certos setores da própria Administração Pública.

Aliás, a transferência de funções públicas para o setor não-estatal vem ocorrendo há tempos, e por meio do emprego de vários instrumentos.

Desde a década de 90 a contratação administrativa da Lei n. 8.666/93 é utilizada para terceirizar a gestão de serviços prestados à própria Administração, considerados serviços intermediários (como limpeza e segurança, por exemplo). Posteriormente, surgiram novas legislações que, concretizando as ideias do Plano Reformador, possibilitaram outras formas de transferência da atividade pública não-exclusiva ao setor público não-estatal (já mencionadas no item 2.2.3).

No caso da saúde pública, a diversificação das modalidades de vínculos de trabalho deveu-se, também, à própria implantação do SUS. A priorização da atenção básica, a expansão da cobertura das ações de saúde (PIERANTONI; VARELLA; FRANÇA, 2004, p. 59) e o movimento de descentralização multiplicaram

os postos de trabalho nas unidades subnacionais, especialmente nos Municípios, que foram obrigados a contratar em um cenário de restrição imposta pela Lei de Responsabilidade Fiscal (MAGALHÃES, 2015, p. 8). Esse conjunto de circunstâncias é um dos fatores apontados como responsáveis pela adoção das formas alternativas de contratação que veremos a seguir.

O caso dos agentes comunitários de saúde (ACS), admitidos em âmbito municipal no contexto do Programa Saúde da Família, é emblemático. Como destaca Taveira (2010), em 2002 o Ministério da Saúde publicou o guia “Modalidade de contratação dos Agentes Comunitários de Saúde”, no qual se admitia a vinculação por formas indiretas (por meio de contrato, convênio ou termo de parceria com entidades privadas). No ano seguinte, o Ministério Público do Trabalho considerou que as relações de trabalho preconizadas pelo Ministério da Saúde eram precárias. Em 2006, sobreveio a edição da Emenda Constitucional n. 51, “que estabeleceu Processo Seletivo Público como mais uma forma de ingresso dos ACS no serviço público, regulamentada pela Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006” (TAVEIRA, 2010, p. 15), gerando o aumento de incentivos aos Municípios para formalizar essas relações trabalhistas.

Mas, em recente estudo sobre a gestão dos recursos humanos, o CONASS verificou que as modalidades de vínculos passíveis de serem classificadas como precárias não são hegemônicas nas Secretarias Estaduais de Saúde. Em nível estadual, na Administração Direta, prevalece ainda a nomeação de servidores estatutários sujeitos ao já mencionado regime jurídico único. Nos Municípios é que se verifica maior precarização das relações de trabalho (CONASS, 2011, p. 17-18).

Contudo, mesmo entre entes de igual nível federativo (i.e., entre Estados e entre Municípios), a escolha pelos modelos de gestão varia. Isso deve-se à diversidade de contextos econômicos e sociais existentes no Território Nacional.

Na já mencionada pesquisa sobre RH do CONASS, quando se buscou verificar as modalidades de contratação ocorrentes nas unidades da Federação, constatou-se que

A adoção dessas modalidades dá-se de forma diferente entre as próprias regiões e mesmo entre os estados de uma mesma região, devendo sua expressão ser analisada em cada contexto e de acordo com o modelo de gestão adotado pelo estado, pelo município ou pela União. Assim, por exemplo, apesar de a modalidade de cooperativas ser pouco representativa na média nacional, encontraremos estados onde essa modalidade é predominante para algumas categorias, como médicos e enfermeiros. Da mesma forma, encontraremos

estados que adotam o modelo de organizações sociais para diferentes setores sendo, nesse caso, a força de trabalho não pertencente aos quadros da administração direta. (CONASS, 2011, p. 17, grifo nosso).

Essas diferenças regionais devem ser reconhecidas e consideradas, razão pela qual é tão importante a já implementada gestão participativa intergestores (entre os entes da Federação) e intersetorial (entre os Poderes do Estado), conforme salientam Pierantoni, Varella e França (2004, p. 59).

A disseminação dos vínculos de trabalho alternativos ao estatutário na saúde pública, especialmente entre os Estados e Municípios brasileiros, deve-se a várias causas.

Em primeiro lugar, destaque-se que, ao contrário do que ocorre no setor produtivo, o desemprego não é fator relevante na saúde pública, já que “em alguns países se detecta que esse setor, tanto no segmento público quanto no privado, comporta-se como um forte indutor de empregos, como é o caso do SUS no Brasil.” (CONASS, 2011, p. 13).

O motivo mais frequentemente apontado pelos gestores públicos para a busca de formas alternativas de contratação é a inadequação do quadro normativo, que engloba tanto a rigidez legal quanto, inversamente, a ausência de regulamentação em questões trabalhistas específicas:

Para efeito de síntese, ainda podem ser identificados outros fatores problemáticos que impactam o cotidiano da gestão do trabalho no SUS, merecendo reflexão, crítica e dedicação na busca de formas adequadas de superação, tais como **a pouca flexibilidade do RJU para a gestão do trabalho; a indefinição quanto à regulamentação do regime celetista para o setor público**; os Termos de Ajuste de Conduta (TACs) realizados com o foco na questão trabalhista, como determinante, mas nem sempre exequível pelos gestores, sem constrangimentos de outras despesas também necessárias ao bom funcionamento do SUS; o trabalho desregulado e desprotegido; a falta de controle e planejamento sobre os gastos com pessoal; a falta de controle e baixa capacidade de avaliação do sistema e de recursos humanos; a baixa eficácia e efetividade dos serviços e a insatisfação dos trabalhadores com a mobilização de suas representações. (CONASS, 2011, p. 19-20, grifo nosso).

Com relação à rigidez, a principal queixa são os limites de gastos com pessoal impostos pela Lei de Responsabilidade Fiscal⁴:

⁴ “Art. 19. Para os fins do disposto no *caput* do art. 169 da Constituição, a despesa total com pessoal, em cada período de apuração e em cada ente da Federação, não poderá exceder os percentuais da receita corrente líquida, a seguir discriminados:

I - União: 50% (cinquenta por cento);

II - Estados: 60% (sessenta por cento);

III - Municípios: 60% (sessenta por cento).” (BRASIL, 2000)

[...] a flexibilização dos vínculos de trabalho no SUS tem sido justificada pelos gestores como consequência das restrições legais da Lei de Responsabilidade Fiscal (2000) [...] Os gastos com terceirização não são calculados como despesa com pessoal. (TAVEIRA, 2010, p. 16).

Na realidade, somente são computados como despesa com pessoal, para fins de verificação da responsabilidade fiscal do Poder Público, os gastos para pagamento da folha de vencimentos dos servidores da própria Administração Pública, Direta ou Indireta. Todas as outras modalidades de gestão estão excluídas desse cálculo.

Outro fator apontado pela literatura especializada é o amadorismo dos gestores de recursos humanos na área da saúde. Como relatam Lorenzetti et al. (2014),

No Brasil, ainda prevalece a cultura de que qualquer profissional sabe gerir e que a administração se aprende na prática. Raros são os gestores que passaram por bons programas formativos para apreensão de conhecimentos e habilidades próprias da gestão, como liderar grupos, favorecer a motivação e contribuir para a eficácia e efetividade das organizações e melhoria da qualidade de vida das pessoas no trabalho. A enfermagem é a única das profissões da saúde que inclui no currículo de graduação a disciplina de administração envolvendo atividades práticas. (p. 422-423, grifo nosso).

Como resultado, faltam profissionais preparados para atuar como gestores no SUS, o que ocasiona uma alta rotatividade dos gestores. Ademais, a deficiência de formação e de educação continuada para a gestão acarretam a dificuldade de atuar em modelos de gestão diferentes do tradicional. “Como consequência, a capacidade gerencial está distante das necessidades e complexidade do setor saúde.” (LORENZETTI ET AL, 2014, p. 420-421).

Para Pierantoni, Varella e França (2004, p. 52-53), há uma histórica negligência com relação ao estabelecimento de políticas de RH, especialmente em razão de abordagens que valorizam apenas aspectos quantitativos, de políticas públicas centralizadas de regulação e da falta de valorização do papel dos profissionais. Além disso, a complexidade dos problemas de saúde exige, cada vez mais, trabalho multiprofissional, de modo que as prioridades dos gestores devem se vincular à criação de condições favoráveis a esse tipo de trabalho, coordenando e mantendo equipes (TAVEIRA, 2010, p. 16).

Na prática, não é o que vem ocorrendo. Há, na realidade, diversos problemas relativos à gestão do trabalho na saúde pública que conduzem, segundo a literatura especializada, à formulação de relações precárias de emprego.

Conforme já mencionado, os movimentos de descentralização e de regionalização que marcaram a consolidação do SUS acabaram gerando uma

pluralidade de vínculos empregatícios em diferentes realidades socioeconômicas. Aliando-se a isso a ausência de planos de carreira e de diferenciação salarial entre profissionais com formação diversa aos quais se conferem atribuições semelhantes – como ocorre entre técnicos e auxiliares de enfermagem –, além das dificuldades em se obter a aprovação da autoridade competente para a contratação de novos profissionais, surge um terreno propício para tensões e confrontos entre os próprios trabalhadores de cada unidade ou região (MACIEL; SANTOS; RODRIGUES, 2015, p. 79).

Em estudo sobre as condições de trabalho dos trabalhadores da saúde, especificamente sobre os técnicos e auxiliares de nível médio, Maciel, Santos e Rodrigues (2015) levantaram as seguintes reclamações, por parte desses profissionais:

- a) Riscos ligados a agressões físicas e a delitos praticados contra os profissionais, situação agravada pela localização de certas unidades de saúde;
- b) Falta ou insuficiência de médicos, que acaba gerando o acúmulo do trabalho;
- c) Baixos salários;
- d) Falta de reconhecimento pelos superiores e pelos usuários;
- e) Problemas de saúde decorrentes especialmente do cansaço e do estresse gerados pela sobrecarga de trabalho;
- f) Defasagem ou inadequação dos equipamentos existentes nas unidades; e
- g) Excesso de demanda.

Esses problemas acabam funcionando como etapas de um círculo vicioso:

Os trabalhadores se submetem a essas condições para garantir seus empregos. Ao fazerem isso, se submetem a perdas de direitos trabalhistas, o que pode produzir tensão e insegurança no trabalhador. No entanto, tentam compensar as perdas salariais por meio do multiemprego, o que os leva ao estresse, à fadiga e a acidentes de trabalho (MACIEL; SANTOS; RODRIGUES; 2015, p. 76).

Todo esse quadro teve como consequência a proliferação de diferentes modelos de relação de trabalho.

Para os gestores da saúde pública, essa variedade de modelos oferece alternativas frente à baixa autonomia gerencial que possuem. Entretanto, é relevante observar que existem

[...] posições políticas distintas sobre o assunto: a dos defensores do SUS 'público puro', que rejeitam a criação das OSs e FEs; a dos defensores de 'gestão pública flexível', que não aceitam as OSs, mas defendem as FEs; e o grupo do SUS

‘mais efetivo’ ou dos ‘gestores pragmáticos’, que tanto apoiam a modalidade das OSs quanto das FEs, com vista à expansão e melhoria da assistência hospitalar. Ressalta-se que o CNS tem posição contrária às OSs e FEs (Nogueira, 2010). (MEDEIROS; ALBUQUERQUE, 2014, p. 71).

O CONASS realizou o “2º Levantamento da Organização, Estrutura e Ação da Área de Recursos Humanos das Secretarias Estaduais de Saúde”, no ano de 2015, por meio do qual constatou que há uma pluralidade de vínculos de contratação nas Secretarias Estaduais de Saúde, representada na tabela (dividida em três, para maior legibilidade) e no gráfico seguintes:

Tabela 1 – Diferentes vínculos de contratação nas Secretarias Estaduais de Saúde (Parte 1) (continua)

UNIDADES FEDERATIVAS		Rondônia	Acre	Amazonas	Roraima	Pará	Amapá	Tocantins	Alagoas	Bahia
ESTATUTÁRIO	N. ABS	6.246	3.955	12.298	3.163	6.823	2.792	7.366	NI	24.459
	%	88,5	81	64	60,3	77,6	50,1	73,2	0	86,9
EST. FUNÇÃO GRATIFICADA	N. ABS	18	288	288	486	346	6	316	NI	388
	%	0,3	5,9	5,9	9,3	3,9	0,1	3,1	0	1,4
DAS OU COMISSIO- NADO	N. ABS	0	96	96	0	128	0	218	NI	1.130
	%	0	2	2	0	1,5	0	2,2	0	4
SERV. PÚB. CONTRATO CLT	N. ABS	39	544	544	367	1.167	1.352	683	NI	42
	%	0,6	11,1	11,1	7	13,3	24,2	6,8	0	0,1
TERCEIRIZADO	N. ABS	0	0	0	375	0	0	0	NI	285
	%	0	0	0	7,1	0	0	0	0	1
PRESTADOR DE SERVIÇO	N. ABS	0	0	0	0	304	0	0	NI	0
	%	0	0	0	0	3,5	0	0	0	0
FUNDAÇÃO ESTATAL	N. ABS	0	0	0	0	0	0	0	NI	0
	%	0	0	0	0	0	0	0	0	0
“O.S.”	N. ABS	0	0	0	0	0	0	0	NI	0
	%	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MUNICIPALI- ZADO	N. ABS	58	0	0	0	0	0	1.327	NI	0
	%	0,8	0	0	0	0	0	13,2	0	0
FEDERAL CEDIDO À SES	N. ABS	700	0	0	510	25	1.427	19	NI	30
	%	9,9	0	0	9,7	0,3	25,6	0,2	0	0,1
OUTRO	N. ABS	0	0	6.922	346	0	0	136	NI	1.825
	%	0	0	36	6,6	0	0	1,4	0	6,5
TOTAL	N. ABS	7.601	4.883	19.200	5.247	8.793	8.793	10.065	10.070	28.159
	%	100	100	0	100	100	100	100	100	100

Fonte: CONASS (2015).

Tabela 1 – Diferentes vínculos de contratação nas Secretarias Estaduais de Saúde (Parte 2)

UNIDADES FEDERATIVAS		Ceará	Maranhão	Paraíba	Pernambuco	Piauí	Rio G. do Norte	Sergipe	Espírito Santo	Minas Gerais
ESTATUTÁRIO	N. ABS	3.804	4.918	NI	16.635	8.766	NI	2.243	0	2.294
	%	32,9	34,8	0	41,1	71,9	0	19,8	0	19,8
EST. FUNÇÃO GRATIFICADA	N. ABS	0	226	NI	801	0	NI		NI	522
	%	0	1,6	0	2	0	0	0	0	4,5
DAS OU COMISSIO- NADO	N. ABS	0	634	NI	422	0	NI	320	NI	360
	%	0	4,5	0	1	0	0	2,8	0	3,1
SERV. PÚB. CONTRATO CLT	N. ABS	455	0	NI	2.602	356	NI	0	NI	126
	%	3,9	0	0	6,4	2,9	0	0	0	1,1
TERCEIRIZAD O	N. ABS	56	6.537	NI	4.288	0	NI	210	NI	1.913
	%	0,5	46,2	0	10,6	0	0	1,9	0	16,5
PRESTADOR DE SERVIÇO	N. ABS	3.836	0	NI	0	328	NI	0	NI	73
	%	33,2	0	0	0	2,7	0	0	0	0,6
FUNDAÇÃO ESTATAL	N. ABS	0	0	NI	0	2.134	NI	7.256	NI	0
	%	0	0	0	0	17,5	0	64,1	0	0
“O.S.”	N. ABS	951	0	NI	8.500	0	NI	0	NI	0
	%	8,2	0	0	21	0	0	0	0	0
MUNICIPALI- ZADO	N. ABS	26	9	NI	3.857	0	NI	1.131	NI	4.109
	%	0,2	0,1	0	9,5	0	0	10	0	35,5
FEDERAL CEDIDO À SES	N. ABS	2.350	1.757	NI	2.572	600	NI	162	NI	1.809
	%	20,3	12,4	0	6,4	4,9	0	1,4	0	15,6
OUTRO	N. ABS	71	56	NI	807	0	NI	0	NI	378
	%	0,6	0,4	0	2	0	0	0	0	3,3
TOTAL	N. ABS	11.549	14.137	NI	40.486	12.184	17.961	11.322	9.179	11.584
	%	100	100	0	100	100	100	100	100	100

Fonte: CONASS (2015).

Tabela 1 – Diferentes vínculos de contratação nas Secretarias Estaduais de Saúde (Parte 3)
(continua)

UNIDADES FEDERATIVAS		Rio de Janeiro	São Paulo	Paraná	Rio G. do Sul	Santa Catarina	Goiás	Mato Grosso	Mato Grosso do Sul	Distrito Federal
ESTATUTÁRIO	N. ABS	14.731	NI	NI	2.779	9.025	9.842	4.470	NI	26.052
	%	36,6	0	0	45,9	76,8	69,6	82	0	71,2
EST. FUNÇÃO GRATIFICADA	N. ABS	673	NI	NI	81	97	0	167	NI	1.541
	%	1,7	0	0	1,3	0,8	0	3,1	0	4,2
DAS OU COMISSIO- NADO	N. ABS	380	NI	NI	203	43	1.665	311	NI	360
	%	0,9	0	0	3,4	0,4	11,8	5,7	0	1

Fonte: CONASS (2015).

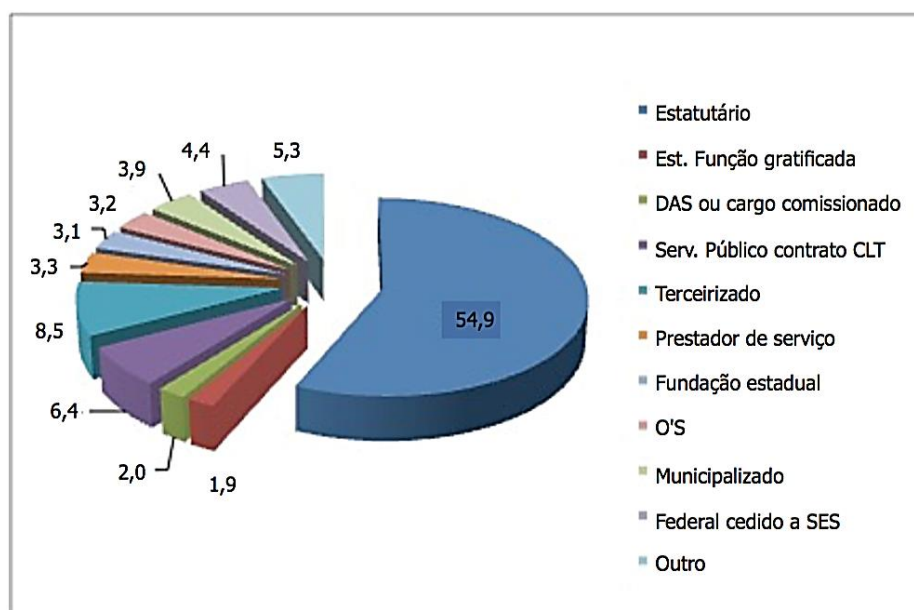
Tabela 1 – Diferentes vínculos de contratação nas Secretarias Estaduais de Saúde (Parte 3) (conclusão)

UNIDADES FEDERATIVAS		Rio Janeiro	de São Paulo	Paraná	Rio do Sul	G. Santa Catarina	Goiás	Mato Grosso	Mato Grosso do Sul	Distrito Federal
SERV. PÚBL. CONTRATO CLT	N. ABS	10.304	NI	NI	65	1	63	233	NI	1.584
	%	25,6	0	0	1,1	0	0,4	4,3	0	4,3
TERCEIRIZADO	N. ABS	4.364	NI	NI	453	1.177	1.757	0	NI	5.279
	%	10,9	0	0	7,5	10	12,4	0	0	14,4
PRESTADOR DE SERVIÇO	N. ABS	5.848	NI	NI	0	0	34	0	NI	0
	%	14,5	0	0	0	0	0,2	0	0	0
FUNDAÇÃO ESTATAL	N. ABS	0	NI	NI	338	0	0	0	NI	0
	%	0	0	0	5,6	0	0	0	0	0
"O.S."	N. ABS	0	NI	NI	0	0	177	0	NI	327
	%	0	0	0	0	0	1,3	0	0	0,9
MUNICIPALI- ZADO	N. ABS	0	NI	NI	1.418	448	0	0	NI	0
	%	0	0	0	23,4	3,8	0	0	0	0
FEDERAL CEDIDO À SES	N. ABS	0	NI	NI	358	307	332	0	NI	745
	%	0	0	0	5,9	2,6	2,3	0	0	2
OUTRO	N. ABS	3.917	NI	NI	355	646	262	268	NI	688
	%	9,7	0	0	5,9	5,5	1,9	4,9	0	1,9
TOTAL	N. ABS	40.217	NI	9.350	6.054	11.744	14.132	5.449	4.110	36.576
	%	100	0	0	100	100	100	100	100	100

TOTAL GERAL N. ABS

355.649

Fonte: CONASS (2015).

Gráfico 1 – Diferentes vínculos de contratação nas Secretarias Estaduais de Saúde
Fonte: CONASS (2015).

Esses dados demonstram que, na realidade, **inexiste regime jurídico único na saúde pública estadual**. Coexistem regimes estatutários, celetistas, servidores cedidos de outros entes federativos, empregados contratados/terceirizados e formas parceirizadas de gestão, como as organizações sociais e fundações estatais. **Há diversidade, na verdade, de modelos de gestão, incluindo soluções que, segundo a literatura, buscam a concessão de flexibilidades de gestão.**

Dos três Estados analisados no presente estudo, apenas a Bahia forneceu dados ao CONASS para a análise das modalidades de vínculos existentes. Nesse Estado, prevalece o vínculo estatutário, seguido pela categoria “Outro”, que, por exclusão, supõe-se referir-se à contratação de serviços via PPP, o que será abordado no capítulo 4. São menos expressivos os vínculos de regime jurídico administrativo (daqueles que exercem função gratificada ou ocupam cargo em comissão), celetista e federal (agentes públicos cedidos ao Estado).

Os conceitos de modalidades de contratação utilizados pelo CONASS para a elaboração do mencionado estudo já haviam sido expostos por ocasião da publicação do trabalho “Gestão do trabalho e da educação na saúde” (2011), que assim descreveu algumas das modalidades de contratação então existentes:

- I. Servidor estatutário, que ingressa na Administração Direta por meio de concurso público e tem sua relação de trabalho regida pelo estatuto, também chamado de Regime Jurídico Único (RJU), adotado em cada ente federativo;
- II. Servidor celetista, figura criada pela Emenda n. 19/1998 para o exercício de funções perante a Administração Direta ou Indireta, segundo as regras da Consolidação das Leis de Trabalho (CLT);
- III. Trabalho intermediado pelas Organizações Sociais (OSs), regidas, em nível federal, pela Lei n. 9.637/1998. Os Estados e Municípios devem editar regulamentações próprias. São associações civis que recebem, mediante decreto, a qualificação de Organizações Sociais. Os trabalhadores, no caso, estão vinculados a essas associações;
- IV. Trabalho intermediado pelas Organizações Civas de Interesse Público (Oscips), com as quais se firmam termos de parceria submetidos, em nível federal, à Lei n. 9.790, de 23 de março de 1999. As Oscips também são associações civis, mas recebem a qualificação

do Ministério da Justiça e, “Em contrapartida, podem celebrar com o poder público os chamados termos de parceria, uma alternativa interessante aos convênios para ter maior agilidade e razoabilidade em prestar contas.” (CONASS, 2011, p. 36).

Apesar de o Estado de São Paulo não ter fornecido ao CONASS os dados necessários à participação na pesquisa, a literatura aponta que o modelo de contratação via OS foi bastante difundido nesse ente federativo, principalmente em razão das restrições orçamentárias impostas pela Lei de Responsabilidade Fiscal:

A explicação desse sucesso das OS tem a ver, basicamente, com três fatores. Primeiro, com a flexibilização administrativa, que favorece um melhor gerenciamento. Segundo, com o mecanismo do contrato de gestão, que aumenta a capacidade de planejar e executar por meio de metas capazes de serem avaliadas. Por fim, com o êxito do modelo de repasse a entes públicos não estatais, que só deu certo em São Paulo, porque foi constituído um núcleo burocrático estratégico na Secretaria de Estado da Saúde, capaz de regular, monitorar, avaliar e, eventualmente, alterar o rumo do processo de contratualização. (SANO; ABRUCIO, 2008, p. 78).

Entretanto, esse modelo sofre críticas de alguns autores (MACHADO, 2016, p. 11; LORENZETTI et al, 2014, p. 423-424), que elencam alguns problemas nele encontrados: temporariedade dos contratos; alta rotatividade de profissionais e gestores; profissionais jovens e inexperientes; baixa qualidade e descontinuidade do cuidado; insuficiente controle social; dificuldades na gestão de pessoas, com ausência de planejamento da carreira e de regras gerais para a progressão funcional; baixo desempenho.

E, além dessas, há outras modalidades de contratação que também são consideradas precárias por parte da literatura:

De 2010 a 2012, nos registros do CNS, a precarização passou a ser associada às novas modalidades institucionais de gerência das unidades assistenciais: Fundações de Apoio (FAs), Organizações Sociais (OSs), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscips) e as Fundações Estatais (FEs). (MEDEIROS; ALBUQUERQUE, 2014, p. 71).

Alguns autores entendem que, dentre essas modalidades, a menos danosa aos interesses dos trabalhadores seria a fundação estatal. Trata-se de fundação instituída a partir de vinculação de patrimônio público, porém regida pelo Direito Privado, e que pode firmar contrato de gestão com a Administração Direta a fim de estabelecer metas e objetivos a serem cumpridos e de regular o recebimento de recursos. Segundo Paim e Teixeira (2007),

Pode instituir formas de trabalho não precarizadas, com carreiras específicas e ingresso por concurso público. Têm a possibilidade de contribuir para a redução de cargos de confiança derivados de indicação político-partidária e de ampliar o controle social no cotidiano da gestão através de conselhos curadores e consultivos, sem prejuízo das atribuições dos conselhos de saúde respectivos. Finalmente, a indicação de dirigentes, em vez de se constituir em moeda de troca nos arranjos político-partidários sob o pretexto do alcance da "governabilidade", poderá passar, a partir de critérios de qualificação técnica, pelo crivo dos conselhos de saúde e/ou Parlamento, sendo nomeados pelo Executivo por um período de cinco ou seis anos. (p. 1.828).

Todavia, entende-se que esses vínculos de emprego, considerados precários por certos estudiosos, não refletem, necessariamente, a busca pela flexibilização das relações de trabalho.

Na realidade, segundo aponta a literatura, trata-se de alternativas muitas vezes utilizadas com a finalidade de fugir à rigidez (inflexibilidade) das normas de pessoal vigentes no setor público.

Entretanto, **a flexibilidade em RH, não obstante englobe essa noção de superação da rigidez normativa, não se resume a ela.** O conceito é, a um só tempo, mais amplo, abarcando métodos e processos que não desatendem aos modelos normativos em vigor, e mais específico, pois se refere apenas a práticas de gestão de pessoal.

Pierantoni, Varella e França (2004), ao tratarem da necessidade de criação de um plano de cargos mais adaptável, expuseram uma ideia compatível com a noção de flexibilidade em RH adotada como variável analítica na presente pesquisa:

Há de se pensar em planos de cargos que contemplem tipos de vínculos empregatícios e formas de remuneração compatíveis com as funções típicas de carreira da saúde e promovam, entre outras, a fixação do trabalhador (incluindo uma política de incentivos) e a especificação de vínculos flexíveis e adaptáveis a condições locais e especiais, não diretamente relacionadas com o trabalho em saúde, pactuados entre trabalhadores, gestores e a sociedade. (p. 6).

Como se vê, as autoras abordaram a **flexibilidade como adaptabilidade às condições e necessidades reais do trabalho, e não como simples busca de alternativas a um modelo jurídico – legal ou contratual – específico.**

Então, afinal, qual é o conceito de flexibilidade utilizado no presente estudo?

Primeiramente, é importante distinguir precariedade de flexibilidade nas relações de trabalho, valores que são vistos, muitas vezes, como faces de uma mesma moeda: os vínculos de trabalho seriam flexíveis do ponto de vista do empregador e precários do ponto de vista do trabalhador (EBERHARDT; CARVALHO; MUROFUSE, 2015, p. 19).

O trecho seguinte exemplifica esse tipo de pensamento, que confunde flexibilização com terceirização:

Antunes (2007) coloca que, no interior da flexibilização da organização do trabalho a terceirização representa a sua principal forma. Por um lado, a facilidade de se adaptar as novas exigências produtivas e do mercado produz um caráter flexível à gestão, que se desobriga de tudo que é fixo, rígido ou estável, dos diferentes usos da força de trabalho. Daí a transferência das responsabilidades de gestão pra um terceiro. Por outro lado, essa transferência desresponsabiliza a empresa contratante quanto aos direitos dos trabalhadores em todos os níveis, ao mesmo tempo em que fazem fragmenta os coletivos de trabalho e joga-os em condições precárias de trabalho, de saúde e de emprego. Assim, **a terceirização permite visualizar o “lugar” em que se evidencia a associação entre flexibilização e precarização: a organização do trabalho.** Onde observa-se que grande parte da força humana disponível para o trabalho em escala global ou se encontra exercendo trabalhos parciais, precários, temporários, ou já vivenciam a realidade do desemprego. Estes trabalhadores encontram menos trabalho, espalhando-se pelo mundo à procura de qualquer trabalho que lhe seja oferecido, configurando uma crescente tendência de precarização do trabalho em escala global. (MAGALHÃES, 2015, p. 4, grifo nosso).

Mas, embora a flexibilidade possa ser causa da precarização – entendida como perda de direitos trabalhistas e previdenciários –, com essa não se confunde.

O conceito adotado neste trabalho será explicado à luz do livro de Francisco Longo, “Mérito e flexibilidade”, de 2007.

Flexibilizar é adaptar-se. Em razão da já mencionada superação do modelo organizacional racional hierárquico, com empregados altamente especializados, não existe mais a demanda por um trabalhador contratado para desempenhar a mesma função durante décadas, sem a expectativa de mudanças. As necessidades das pessoas evoluem rapidamente, mas são supridas, em grande parte, pelas novas tecnologias. De outro lado, o desenvolvimento tecnológico tem criado funções até então inexistentes. Assim, a demanda por trabalho também é variável, e tende a sê-lo cada vez mais.

Portanto, o profissional deve ser adaptável, e essa adaptabilidade

inclui a possibilidade de mudança.

Assim, as regras aplicáveis à relação de trabalho devem possibilitar e estimular essa mobilidade, sempre à luz das necessidades do serviço. Essa “flexibilidade de RH” não depende, necessariamente, da superação do regime jurídico único aplicável aos servidores públicos estatutários ou da infração aos seus ditames.

Na realidade, trata-se de uma nova postura perante as relações do trabalho, que envolve a conscientização tanto do empregado a respeito da inadequação da “imobilidade funcional” quanto do empregador, que deverá verificar a necessidade de mudanças e propiciar condições para a sua implementação.

Um exemplo desse raciocínio é o trabalho remoto (*home office*), que tem sido estimulado, por meio de instrumentos legais, em diversas esferas do serviço público⁵. Não se verifica, no caso, afronta ao regime jurídico estatutário. Por meio da edição de normas regulamentadoras, é estabelecida uma flexibilidade de gestão de RH que permite ao trabalhador adaptar seu trabalho às necessidades do serviço – comprometendo-se a manter sua produtividade – e às suas ambições pessoais.

Outro exemplo é a possibilidade conferida por vários estatutos de pessoal de opção pelo trabalhador entre diferentes horários de início da jornada de trabalho.

Daí se conclui que a flexibilidade de RH pode ser fomentada pela própria legislação que rege as relações de trabalho, inclusive a estatutária.

Desse modo, flexibilizar a gestão do pessoal não significa, necessariamente, fugir ao regime jurídico estatutário. Há diversas regras estatutárias que preveem medidas flexibilizatórias, como ilustram os mencionados exemplos.

É certo que, de um modo geral, o regime publicístico tende a uniformizar procedimentos, na contramão do que se entende por flexibilização. Entretanto, no sistema jurídico convivem, de um lado, regras rígidas e, de outro,

⁵ No Poder Judiciário, o teletrabalho foi regulamentado pelo Conselho Nacional de Justiça por meio da Resolução n. 227, de 15 de junho de 2016. Nos considerandos desse ato normativo, destacam-se a menção ao princípio da eficiência, ao avanço tecnológico e à melhoria do clima organizacional e da qualidade de vida dos servidores. Alguns Tribunais do País já haviam adotado o trabalho remoto, com sucesso.

medidas de flexibilização.

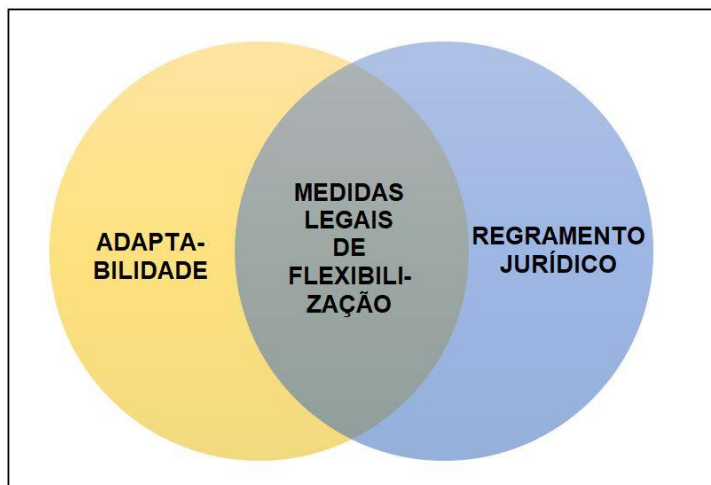


Ilustração – Relação entre a flexibilidade de RH e o regramento jurídico
Fonte: Elaboração própria.

Espera-se que a legislação contemple cada vez mais instrumentos de flexibilização da relação de trabalho.

Em um contexto histórico, esse conceito específico de flexibilidade de gestão de RH, adotado no presente estudo, surgiu como decorrência do debate sobre a flexibilidade no trabalho:

O debate contemporâneo sobre a flexibilidade no trabalho inicia-se na Europa no final da década de 1970 e no início da de 1980 (Farnham e Horton, 2000, p. 7), ligado a um conjunto de fatos sociais entre os quais se encontram: 1) a mudança nos mercados mundiais e o incremento da concorrência global; 2) a mudança tecnológica, especialmente a registrada no campo da informação e das comunicações; 3) a volatilidade dos mercados de produto; 4) o desemprego crescente, e 5) o trânsito da economia industrial para a chamada era pós-industrial.” (LONGO, 2007, p. 34).

Nas últimas décadas, alterou-se profundamente o perfil do trabalho. Atualmente, multiplicam-se os estudos a respeito do futuro do trabalho, pois a rápida transformação tecnológica extingue diversas profissões e torna incertas as capacidades desejáveis em um profissional. Devido à alta fluidez da demanda, desconhecem-se inclusive os rumos do mercado, o que torna ainda mais imprevisível a existência de certos postos de trabalho inclusive em curto prazo.

Nesse contexto de incertezas, surgiu a necessidade de flexibilização:

O perfil do novo trabalhador deve, então, adequar-se às novas funções que cada trabalhador deverá desempenhar, atentando-se ainda à possibilidade de transferibilidade entre setores ou até mesmo a construção de formas alternativas de sobrevivência fora do mercado formal de trabalho. Entre as novas competências requeridas desse trabalhador, destacam-se o aumento

de escolaridade exigida, exigência de conhecimentos gerais, capacidade de planejar, capacidade de comunicação, trabalho em equipe, flexibilidade, acesso a mais informações, capacidade de decisão frente a problemas complexos, valorização de traços de personalidade (como responsabilidade, criatividade, iniciativa e espírito crítico) (GARAY; SHEFFER, Beatriz). (CONASS, 2011, p. 12).

De fato, a mobilidade é uma das principais características da flexibilidade laboral – tanto a mobilidade funcional, relativa às atribuições, quanto a geográfica:

A mobilidade interna, tanto funcional quanto geográfica, é um requisito, necessário, por um lado, para obter o máximo de aproveitamento do quadro de pessoal, o que a faz imprescindível em situações de ajuste. Por outro lado, permite adaptar os recursos às mudanças de contexto ou de demanda, cada vez mais frequentes nas situações atuais. O estímulo à mobilidade, tanto horizontal quanto vertical, leva à eliminação das barreiras, característica, como vimos, de muitos sistemas de função pública. Por sua vez, a mobilidade externa, isto é, a que se produz além das fronteiras da organização, é uma característica específica de orientações que, como as que estamos analisando, dão destaque a uma maior abertura e permeabilidade entre os setores público e privado. (LONGO, 2007, p. 136).

Mas um projeto correto de adaptabilidade compatibiliza as estratégias e necessidades mutáveis da organização e as aspirações e interesses do pessoal (LONGO, 2007, p. 201-202). Desse modo, busca-se não prejudicar o trabalhador.

No setor de saúde, essa necessidade de adaptação é notória. As tecnologias avançam constantemente, e as movimentações da população e das epidemias fazem com que a demanda por trabalho seja flutuante. A flexibilidade é um elemento chave para o êxito das relações de trabalho nesse campo.

Mas, para que não haja conflitos e para que a flexibilização seja bem-sucedida, e reconhecendo que os direitos trabalhistas são um elemento de rigidez no setor público que, especialmente no caso da saúde, dificulta a gestão do trabalho, Longo (2007) recomenda que se superem as visões de confrontação entre a direção das organizações e os atores que exercem uma função representativa das organizações de empregados (sindicatos e órgãos de representação), estabelecendo um diálogo social fluido e orientado para o pacto. Deve-se

[...] considerar a gestão comum das relações trabalhistas como um exercício pedagógico, em que a metodologia e as soluções aplicadas a cada caso concreto produzem determinadas aprendizagens organizacionais e prolongam por isso seus efeitos para muito além, facilitando no futuro o predomínio das visões de transação e de acordo, ou então de seus contrários. (LONGO, 2007, p. 207).

Essa não é uma tarefa simples, especialmente no setor público, tradicionalmente pouco afeto a mudanças.

Longo (2007) aponta como obstáculos à flexibilização na Administração Pública:

- a. o excesso de padronização de práticas de pessoal, que reduz a capacidade de adaptação a ambientes dinâmicos e a novas necessidades;
- b. a alta especificação de tarefas, que enrijece a atividade profissional, afastando a possibilidade de mobilidade; e
- c. a centralização exagerada da gestão. A organização do trabalho decorre, geralmente, da lei ou de acordos coletivos centralizados, impossibilitando que as decisões sejam tomadas em função das necessidades de gestão (LONGO, 2007, p. 132-133).

Há várias espécies de flexibilidade em RH. No item 5.1 será exposta a tipologia utilizada como variável analítica para apreciação dos dados colhidos na presente pesquisa.

A classificação da flexibilidade em gestão de pessoal em espécies reflete a existência de duas visões da flexibilidade:

A primeira dessas visões da flexibilidade ancora-se numa percepção dominante das pessoas como restrição e se centra na redução dos custos de pessoal. Ela combina com os discursos empresariais da reengenharia, da redução de pessoal (*downsizing*), das competências-chave e da empresa em rede, e se orienta principalmente para a detecção e eliminação de excedentes e para a conversão dos custos de pessoal, fixos em variáveis.

A segunda visão tende a perceber as pessoas mais como oportunidade, e coloca a ênfase na flexibilidade da Gestão de Recursos Humanos (GRH) como apoio à criação de valor por parte das pessoas. Sintoniza-se com os discursos empresariais da qualidade total (Fundação Europeia para a Gestão da Qualidade, 1999), do nivelamento de estruturas e da promoção de autonomia pessoal para decidir (*empowerment*), ou com as práticas de alto desempenho (Pfeffer, 1998b, p. 44 e seguintes), e se orienta principalmente para a melhora qualitativa das políticas de recursos humanos, especialmente das mais relacionadas com o envolvimento e o compromisso das pessoas.

Em sentido análogo, faz-se distinção entre uma gestão de recursos humanos “dura”, caracterizada por uma aproximação mais instrumental e uma ênfase clara na minimização dos custos, e uma “branda”, integrada pelo conjunto de políticas destinadas a maximizar a integração organizacional, o compromisso dos empregados e a qualidade do trabalho (Storey, 1995). (LONGO, 2007, p. 36, grifo nosso).

De outro lado, as organizações enxergam a flexibilidade como o conjunto de mecanismos necessários à melhoria do controle dos gestores sobre os recursos humanos, enquanto os trabalhadores a veem como as mudanças

que lhes possibilitam equilibrar a relação entre trabalho e vida pessoal (LONGO, 2007, p. 36).

As reformas da gestão pública que se disseminaram nas últimas décadas tinham como um de seus lemas a flexibilidade. As espécies de flexibilidade que serão analisadas no capítulo 5 foram adotadas diferentemente em cada contexto geográfico, o que se deveu, em grande medida, à visão de flexibilidade adotada.

Ademais, no caso do Brasil há vários problemas de gestão de pessoal da saúde pública que geram impactos sobre a qualidade do serviço prestado ao usuário. Por isso, consideradas as já analisadas deficiências de gestão, é preciso desenvolver uma capacidade de direção de recursos humanos que considere o panorama atual da Administração Pública.

Atualmente, o Poder Público não pode ser visto como uma estrutura organizada, estanque, com direção totalmente centralizada. Instalou-se uma heterogeneidade de sistemas públicos, em que atuam na prestação de atividades públicas tanto a Administração Pública tradicional quanto um universo de outras entidades. Os problemas difíceis que caracterizam a contemporaneidade demandam soluções transversais, fruto da cooperação entre unidades internas e, muitas vezes, de relações que ultrapassam os limites de uma organização (LONGO, 2007, p. 163).

Por essa razão, impõe-se o desafio da coordenação sem hierarquia:

Para Subirats (2003, p. 11), entraram em crise dois elementos fundamentais da forma como até hoje se governou: a especialização e a autoridade. [...] Quando o objetivo fundamental passa a ser, na expressão de Bardach (1998, p. 20), a construção da capacidade de colaboração interorganizacional, o comportamento humano se converte na variável chave para o sucesso. Na maior parte das vezes, esses objetivos irão reforçar as tendências ao *empowerment*, **exigindo a transferência da capacidade de ação** e, inclusive, **do poder negociador** aos profissionais situados na base operativa das organizações, chamados a **formar equipes multifuncionais autogestionadas com profissionais de outras organizações**, cujos aglutinadores fundamentais (Bardach, 1998, p. 130) terão de ser a mútua inteligibilidade e a confiança. Administrar essas novas formas de fazer, imprescindíveis para enfrentar a complexidade dos problemas sociais emergentes que sobrecarregam as agendas dos governos, **implica o desenvolvimento e fortalecimento significativo da função de dirigir pessoas**. A superação dos modelos burocrático-hierárquicos de chefia, de avaliação do desempenho ou de chamamento de responsabilidades (Longo, 2003b) aponta para um padrão mais sofisticado e sutil do exercício da administração pública. Nele a liderança pessoal e a posse de um amplo elenco de habilidades sociais são componentes básicos. (LONGO, 2007, p. 164, grifo nosso).

Mas, no setor público brasileiro, em que as práticas estão limitadas pelo regramento legal, para que se possa instalar esse novo paradigma de gestão de trabalho é muitas vezes necessária uma alteração dos modelos normativos.

Na prática, os entes públicos já têm atuado dessa forma, dentro dos limites da normatividade. Especialmente no âmbito da assistência social, diferentes instâncias administrativas – entre mais de um dos três Poderes, inclusive – têm agido em colaboração mútua na tentativa de resolver problemas difíceis, inclusive em conjunto com entidades do terceiro setor.

Todavia, trata-se de um modo de agir ainda incipiente. Para que as novas práticas de gestão se disseminem, é preciso modificar as regras, ampliando as hipóteses de ação conjunta e consolidando as mudanças que já vêm ocorrendo.

Mas, como observa Longo (2007, p. 211-212), antes da mudança legal é importante que se promova a mudança cultural, a alteração dos modelos mentais no inconsciente coletivo das organizações públicas. É preciso superar, basicamente, dois mitos:

- a) O mito do dano corporativo, segundo o qual deve-se preservar a isonomia e a uniformidade no serviço público, o que é feito, preferencialmente, por meio da centralização da direção;
- b) O mito do direito adquirido, que consolida situações de fato em favor dos trabalhadores, impedindo a mobilidade necessária à flexibilização.

Segundo o autor, esses mitos são as grandes forças de resistência à evolução das práticas de gestão. Assim, é inefetivo impor inovações por meio de alterações legislativas sem a prévia mudança cultural. Para tanto, é preciso que a Administração Pública dê maior abertura à sociedade, “que vá enfraquecendo a tendência do emprego público de se configurar como um universo cultural impenetrável e opaco, regido por valores próprios e diferentes dos que são peculiares das relações de trabalho” (LONGO, 2007, p. 213).

Mas por que parece tão difícil disseminar a necessidade de flexibilização da gestão de pessoal no setor público brasileiro?

É porque, como já mencionado, o medo da corrupção – do clientelismo, do nepotismo – faz com que se enrijeça o arcabouço normativo. Instala-se, assim, um círculo vicioso, pois, para fugir da rigidez, os gestores buscam alternativas que acabam sendo mais permeáveis aos vícios da corrupção. Trata-se do círculo vicioso

burocrático, proposto por Hondegheem e Steen⁶ (2000, p. 66, apud LONGO, 2007, p. 225).

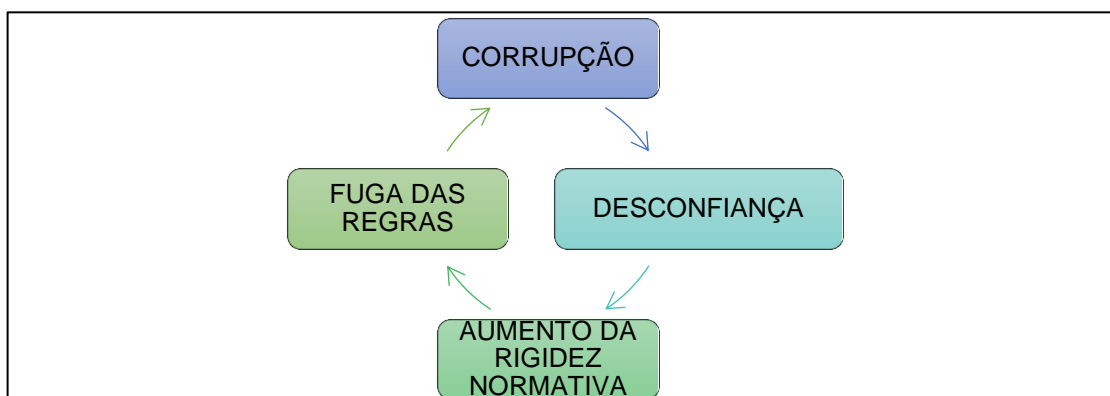


Ilustração – Círculo vicioso burocrático de Hondegheem e Steen

Fonte: LONGO, 2007, p. 225.

Nota: Ilustração criada pela autora.

Por essa razão, Longo (2007, p. 223) aponta que, em países que ainda seguem a lógica do butim político (*spoil system*), é preciso consolidar a necessidade de disciplina e de cumprimento de regras, reforçando o sistema burocrático-weberiano.

Entretanto, essa necessidade não afasta a premência de se difundir a cultura da flexibilização do trabalho público.

Para Longo (2007, p. 226), mérito e flexibilidade devem conviver no emprego público contemporâneo. Para evitar os desvios de rota, basta que se tenha consciência do delicado equilíbrio existente entre esses dois valores.

⁶ HONDEGHEM, Annie. STEEN, Trui. Public Services: Can Regulations go Along with Flexible Personnel Arrangements?. *Human Resources Flexibilities in the Public Services*, 2000.

4. AS EXPERIÊNCIAS DOS ESTADOS DA BAHIA, DO PARANÁ E DE SÃO PAULO

Conforme explicitado no item 1.1, optou-se pela coleta de dados por meio da realização de entrevistas semiestruturadas com integrantes das Secretarias da Saúde e dos Conselhos Regionais de Enfermagem e de Medicina dos Estados da Bahia, do Paraná e de São Paulo.

Ressalte-se, nesse ponto, que não foi possível entrevistar um representante da Secretaria de Saúde baiana. Foram contatados o próprio secretário estadual e vários servidores da área de recursos humanos, além de submetido o projeto de pesquisa à análise do Comitê de Ética da pasta. O Secretário e a Superintendente de Recursos Humanos subscreveram a autorização para a realização do estudo. Ainda assim, não houve êxito no agendamento da entrevista.

Nas entrevistas realizadas, as perguntas feitas, tanto as iniciais quanto aquelas que foram surgindo ao longo dos encontros, a fim de esclarecer ou aprofundar pontos mencionados pelos participantes, basearam-se no quadro teórico inicial formulado no item 1.1.

As entrevistas foram transcritas. No presente capítulo, passamos à análise temática transversal dos conteúdos, a fim de buscar temas frequentemente mencionados, criando, a partir deles, um código para a análise (ALAMI; DESJEUX; GARABUAU-MOUSSAOUI, 2010, p. 122), que se realizará no capítulo seguinte.

Em cada grupo de entrevistas – i.e., nas entrevistas referentes a cada um dos Estados analisados – foi possível identificar alguns temas comuns.

Portanto, a fim de sistematizar a análise temática, os dados colhidos em cada Estado foram organizados conforme o seguinte esquema:

1. *Impressões iniciais sobre a saúde pública no Estado*: nesse item, é verificado o modelo de gestão prevalente ou inovador atualmente adotado naquele Estado, consoante os entrevistados, que também justificam a importância da gestão de pessoal na saúde pública e tecem críticas ao SUS e/ou à gestão da saúde pela Administração Direta;
2. *Categorias de problemas ligados à gestão da saúde*: aqui são organizadas as falas dos participantes quanto aos seguintes temas:
 - gestão em geral;

- déficit de pessoal;
- queixas dos estatutários;
- admissão;
- plano de carreira;
- remuneração;
- continuidade do serviço;
- condições de trabalho;
- mobilidade;
- infraestrutura;
- qualidade do trabalhador.

3. *Impressões sobre o modelo adotado no Estado*: reúnem-se nesse tópico os pensamentos dos entrevistados a respeito do que motivou a adoção do modelo analisado no contexto estadual, além das vantagens e desvantagens do modelo, de impressões sobre o panorama atual do modelo adotado e, finalmente, da opinião pessoal a respeito do assunto.

A identificação dos entrevistados, em cada trecho citado, observa o seguinte código:

ESTADO	ÂMBITO	CÓDIGO PARA IDENTIFICAÇÃO
BAHIA	Conselho Regional de Medicina	CRM/BA
	Conselho Regional de Enfermagem	COREN/BA
PARANÁ	Secretaria Estadual de Saúde	SESA/PR
	Conselho Regional de Medicina	CRM/PR
	Conselho Regional de Enfermagem	COREN/PR
SÃO PAULO	Secretaria Estadual de Saúde	SESA/SP
	Conselho Regional de Medicina	CRM/SP
	Conselho Regional de Enfermagem	COREN/SP

Quadro 3 – Códigos para identificação dos entrevistados
Fonte: Elaboração própria.

Após a análise de cada grupo de entrevistas, elaborou-se uma tabela que sintetiza os temas nelas abordados, apontando as ideias apuradas nas falas dos entrevistados que mais interessam à verificação da hipótese de pesquisa, no capítulo 5.

Finalmente, expõem-se, para cada Estado, a legislação e, se for o caso, o instrumento contratual relativo ao modelo de gestão adotado. Ressalve-se que somente foram transcritos trechos que interessam ao escopo da presente pesquisa, por corroborarem os dados coletados nas entrevistas. Optou-se por não criar um anexo ao trabalho com os documentos na íntegra, em razão da indicação, para cada um deles, do link para consulta *online*.

4.1 A EXPERIÊNCIA DO ESTADO DA BAHIA

4.1.1 Análise das entrevistas

4.1.1.1 Impressões iniciais sobre a saúde pública no Estado da Bahia

Na Bahia, de acordo com os entrevistados, a gestão dos equipamentos de saúde tem sido feito, prevalentemente, por meio da terceirização.

Afirmam que as formas mais utilizadas em nível estadual são a parceria público-privada, a terceirização por meio de contratação de sociedades empresárias para fornecimento de mão de obra, a parceria com organizações sociais e a criação de fundações. A contratação de cooperativas é mais recorrente nos Municípios.

A experiência mais inovadora e mais bem-sucedida no Estado da Bahia é a parceria público-privada, notadamente no caso do Hospital do Subúrbio, em Salvador.

Contudo, a terceirização no Estado tem ocorrido, na maior parte das vezes, por meio da celebração de contrato de gestão com organizações sociais. Relatam os entrevistados que essas pessoas jurídicas são responsáveis pela alocação de médicos para a gestão de postos de saúde, hospitais ou setores hospitalares, o que tem sido feito de forma quase sistemática em todas as regiões.

4.1.1.2 Categorias de problemas ligados à gestão da saúde

Admissão

Com relação ao recrutamento de profissionais, a ausência de planejamento e de flexibilidade característica da gestão pela AP Direta é apontada como um dos obstáculos enfrentados pelos gestores.

A contratação de recursos humanos ocorre sem nenhum planejamento e em um contexto de carência de gestão eficiente de sistemas e de discussão a respeito de remuneração, meritocracia e flexibilidade.

Especificamente na categoria médica, há várias especialidades que não são atraídas por um concurso público nos moldes tradicionais. É necessária uma forma de recrutamento flexível, que considere as particularidades de cada situação.

É o caso do cirurgião, por exemplo, que realiza procedimentos em horários variáveis, muitas vezes em situações emergenciais e, portanto, imprevisíveis. Além dele, há certas especialidades das quais se exigem viagens constantes a trabalho, como, por exemplo, a dos médicos fiscais. Nessas hipóteses, o contrato regido pelo Direito Público não propicia remuneração adequada.

Essa dificuldade também é verificada no caso do médico plantonista. Conforme os entrevistados, não há problemas para contratar médicos em turnos de doze horas⁷. No entanto, o caso do médico plantonista que precisa ficar de sobreaviso não é atendido pelos moldes rígidos do concurso público e do regime estatutário.

O recrutamento de preceptores e a contratação temporária são outros exemplos da falta de flexibilidade inerente ao concurso público.

Nos últimos anos, tem aumentado o número de residências médicas oferecidas aos egressos dos cursos de graduação em Medicina. A Lei n. 12.871,

⁷ A Lei n. 13.467/17, que implementou a Reforma Trabalhista, incluiu o artigo 59-A na Consolidação das Leis do Trabalho, conferindo *status* de legalidade à jornada de 12x36: “Art. 59-A. Em exceção ao disposto no art. 59 desta Consolidação, é facultado às partes, mediante acordo individual escrito, convenção coletiva ou acordo coletivo de trabalho, estabelecer horário de trabalho de doze horas seguidas por trinta e seis horas ininterruptas de descanso, observados ou indenizados os intervalos para repouso e alimentação.” (BRASIL, 2017)

de 22 de outubro de 2013, que instituiu o Programa Mais Médicos, criou, em seu artigo 5º, o conceito de residência universal, prevendo que, após 31 de dezembro de 2018, a todo médico graduado deverá ser oferecida vaga em residência médica⁸.

Em decorrência dessa reforma, há hoje mais médicos preceptores, responsáveis pelo acompanhamento da formação dos residentes. No entanto, seria necessária uma contratação específica para esses médicos, pois o modelo estatutário tradicional não permite a flexibilidade necessária ao desempenho concomitante das duas funções – a médica e a educacional. Segundo um dos entrevistados, “[...] a grande dificuldade no servidor público é essa situação de ter a individualização, você colocar mérito, colocar ao mesmo tempo produção, carreira, tudo junto no sistema que a gente sabe que é engessado por leis bem restritivas.” (CRM/BA, 2018).

Além disso, as contratações temporárias por vezes são necessárias no serviço público de saúde, para, por exemplo, propiciar o cumprimento de planos específicos, a prestação de horário extraordinário, a cobertura de férias. Essas situações rotineiras, contudo, não são contempladas pelas leis regulamentadoras dessa modalidade de contratação.

Diante dessas dificuldades, alega-se que o modelo de parceria público-privada oferece maior flexibilidade, especialmente no que toca à admissão de pessoal, pois oferece a possibilidade de negociação particularizada com o médico, o que torna a contratação mais eficiente.

Por fim, acredita-se que a oferta de profissionais costuma ser satisfatória. Até meados desta década, a contratação de médicos era tarefa árdua em todo o país, exceto no Sul e no Sudeste, pois “[...] há uma espécie de mão de obra médica que fica concentrada sobretudo no eixo Rio-São Paulo, nas grandes cidades desse eixo” (COREN/BA, 2018). No entanto, esse problema foi minorado por meio da implementação do mencionado Programa Mais Médicos, que buscou distribuir territorialmente a mão de obra médica.

⁸ “Art. 5º Os Programas de Residência Médica de que trata a Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, ofertarão anualmente vagas equivalentes ao número de egressos dos cursos de graduação em Medicina do ano anterior.

Parágrafo único. A regra de que trata o caput é meta a ser implantada progressivamente até 31 de dezembro de 2018.” (BRASIL, 2013)

Plano de carreira

Com relação ao servidor público estatutário, entende-se que a criação de um plano de carreira que atenda aos interesses do Estado e do trabalhador não é possível nos hospitais de alta complexidade, em razão da diversidade de profissionais que neles atuam. Em outras áreas, contudo, isso seria possível.

Um exemplo é o que os entrevistados denominam “carreira de Estado do médico”, que envolve um planejamento de longo prazo. Nesse caso, o ingresso dá-se em locais insalubres, perigosos ou distantes dos grandes centros. O plano de carreira funciona como um atrativo para que profissionais se interessem por trabalhar nessas localidades. Nesse cenário, os médicos têm a expectativa de trabalhar nesses locais, geralmente Municípios pequenos, por alguns anos e, após promoção, transferir-se para cidades maiores.

Nas OSs, predominam os contratos curtos, com duração de um ano prorrogável por mais um ou de dois anos prorrogáveis por dois. Nelas, os profissionais não têm uma perspectiva de carreira a longo prazo, o que abala sua sensação de segurança. Na prática, vencido o prazo do contrato, relatam os entrevistados que os médicos atuantes nas organizações sociais costumam procurar outro emprego que ofereça mais estabilidade.

Nesse cenário de contratos de trabalho de curta duração, é alta a rotatividade dos trabalhadores, o que é apontado como um grave problema. A constante troca de equipes e de gestores dificulta o planejamento do serviço.

Já na mais renomada parceria público-privada na área da saúde pública da Bahia é possível planejar uma carreira, pois os contratos de trabalho têm habitualmente duração longa que nas OSs. No Hospital do Subúrbio, em Salvador, é possível planejar a gestão da mão de obra de acordo com a visão adotada pela instituição. “Aí o hospital funciona mais parecido com um hospital privado mesmo, que nenhum hospital tem interesse em ficar trocando de equipe.” (CRM/BA, 2018).

Remuneração

Com relação à remuneração dos servidores estatutários, destacou-se a situação de interiorização de médicos em busca de melhores salários. Além do já mencionado plano de carreira, outro fator que aumenta a atratividade dos

cargos de médico nas cidades do interior é a remuneração superior à ofertada na capital. Entretanto, essas relações de trabalho são mais instáveis.

Segundo os entrevistados, trata-se de uma situação de risco, que é conhecido pelos médicos que buscam uma lotação nessas localidades. Em muitos casos, a alta remuneração é paga por alguns meses, após os quais não há mais recursos para manter os pagamentos. O risco de calote é assumido pelos médicos, nessa situação, além do perigo decorrente da fraude nos contratos. Há casos em que nem sequer há formalização contratual. E “[o] risco encarece.” (CRM/BA, 2018).

De outro lado, o trabalho terceirizado é mais mal remunerado. O valor do salário-base dos celetistas é notadamente inferior em relação ao dos estatutários, exceto no caso do pessoal contratado via cooperativa.

Uma possível justificativa para essa desigualdade salarial pode ser a capacidade de reivindicação de direitos dos estatutários. Os servidores públicos são mais aptos a se organizar, razão pela qual conseguem conquistar novos direitos ou, ao menos, manter os direitos que já lhes foram conferidos.

Outro dado importante levantado nas entrevistas é a influência do gênero na remuneração dos trabalhadores da saúde, especificamente na das profissionais de enfermagem. Segundo relatos, uma enfermeira, independentemente de ter ingressado recentemente ou há muitos anos no serviço público estadual, ganha no máximo até três salários mínimos de salário-base, ao qual são acrescidas gratificações e adicionais. Entretanto, essa remuneração pode ser ampliada por meio da assunção de funções de direção ou de chefia. Há estudos, contudo, que comprovam que as mulheres não ocupam esses espaços, que são dominados por enfermeiros – i.e., profissionais do gênero masculino –, que acabam alcançando patamares salariais superiores muito mais rapidamente que as enfermeiras.

Continuidade do serviço

A descontinuidade da prestação dos serviços de saúde pública por equipes de profissionais da AP Direta é danosa à comunidade. Especialmente no caso dos tratamentos de longo prazo, em ambulatórios, e em cidades do interior, há uma tendência a consolidar-se a relação entre o médico e o paciente. Entretanto, como já salientado, é prática disseminada a troca

constante da equipe de trabalho, o que abala o vínculo criado tanto entre o paciente e o profissional quanto, em última análise, entre esse e a comunidade local.

Há, inclusive, o relato de uma maternidade – a Maternidade Zé Maria de Magalhães – na qual, após a recente assunção de um novo gestor, houve a troca de todo o quadro de funcionários. A situação de instabilidade foi agravada pela defasagem dos equipamentos. Além disso, passam-se meses sem que sejam preenchidas vagas de médico especialista de determinadas áreas. Recentemente, uma nova equipe de fisioterapia foi contratada, mas passaram-se meses sem que houvesse uma equipe especializada funcional, pois a troca de todo o *staff* demanda um período de adaptação dos recém-contratados aos protocolos assistenciais locais e de formulação das escalas de trabalho.

A situação no Hospital do Subúrbio, mais uma vez, é bem diferente. Por se tratar de um hospital em que os contratos são firmados a longo prazo, é garantida a estabilidade da equipe e da diretoria – tanto do diretor médico quanto dos coordenadores de serviço. Daí se pode concluir que nesse modelo é possível a manutenção de vínculos entre os profissionais e os pacientes, além do planejamento mais perene do serviço.

Por isso se entende que, “[n]essas terceirizações, acho que o segredo era ter essa forma de contratos que garantem a estabilidade, garantem a independência do hospital para manter esse planejamento de pessoal a longo prazo, já que o Estado não tem como fazer isso no momento.” (CRM/BA, 2018).

Condições de trabalho

A sobrecarga de trabalho, contudo, pode ser verificada inclusive no modelo de PPP. Há denúncias de subdimensionamento do quadro de pessoal de enfermagem, o que amplia a intensidade do trabalho. A situação, no caso do Hospital do Subúrbio, apenas não é mais grave em razão das condições materiais de trabalho, que são garantidas pela empresa gestora. Lá, não há falta de material nem de equipamento, ao contrário do que ocorre nos serviços de saúde geridos pela Administração Direta.

A exaustão dos trabalhadores chega ao ponto de motivar o suicídio. Nos três primeiros meses desse ano, há notícias de que, na Bahia, duas técnicas de enfermagem e uma enfermeira se mataram no local de trabalho, durante o horário de plantão. O Conselho Federal de Enfermagem, em razão da gravidade da situação, iniciou uma campanha sobre a saúde mental dos trabalhadores, que é, todavia, criticada:

“[...] eu tenho várias críticas à campanha, à forma de abordagem, porque eles estão abordando como se o trabalhador tivesse que apoiar o outro trabalhador, descaracterizando, esterilizando a relação de trabalho e as relações do ambiente de trabalho, a relação causa-consequência do que o ambiente de trabalho provoca nessas trabalhadoras, o subdimensionamento, o alto impacto que isso gera na identidade do trabalho, na sobrecarga de trabalho, os baixos salários, que o trabalhador tem que ter dois, três empregos...” (COREN/BA, 2018).

Além da questão do subdimensionamento dos cargos no serviço de saúde, o *home care* tem agravado as condições de trabalho, especificamente no campo da enfermagem. Segundo relatos, os profissionais que prestam serviço nas residências dos pacientes são, muitas vezes, cobrados por um copo de água ou pelo uso do banheiro, por exemplo. Em alguns casos, a família do paciente exige que o trabalhador preste serviços domésticos. Essas condições de trabalho também prejudicam a saúde mental dos profissionais.

4.1.1.3 Impressões sobre o modelo adotado

Quanto ao motivo que levou à terceirização da gestão da saúde no Estado da Bahia, divergem os entrevistados.

Um dos motivos apontados é a limitação aos gastos com pessoal da AP Direta, imposta pela Lei de Responsabilidade Fiscal (BRASIL, 2000). A restrição orçamentária impede o atendimento da demanda por novos funcionários, obstando a realização de concursos públicos e a contratação de servidores. Por essa razão, o Poder Público passou a se valer da terceirização do pessoal da saúde, em detrimento, segundo um dos entrevistados, da qualidade e da eficiência do serviço prestado à população (Cf. CRM/BA, 2018). E esse tipo de contratação vem sendo empregado há anos como medida paliativa, sem que haja planejamento nem foco na qualificação do pessoal recrutado.

Entretanto, acredita-se que a transferência dos serviços de saúde pública a setores não-estatais seja decorrência de uma escolha racional, de fundo político. Relatou-se que a Estratégia de Saúde da Família (ESF), por exemplo, foi implantada tardiamente em Salvador, nos anos 2000 – em nível nacional, o programa havia iniciado na primeira metade dos anos 1990. E a instituição do programa já ocorreu de forma terceirizada, a fim de burlar a Lei de Responsabilidade Fiscal:

No entanto, os gestores utilizam o argumento da legislação para burlar a própria legislação, dizendo que precisam contratar pelas vias de terceirização porque

chegam no limite de gastos com pessoal, e aí colocam a contratação de terceiros como pessoa jurídica e aquilo passa numa boa, e o mundo todo sabe que a lei é burlada dessa forma, o TCU, a CGU, todos os órgãos de controle sabem que é feito dessa forma. (COREN/BA, 2018).

Entende-se que se trata, na verdade, de escolha política fundada no ideário do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado de 1995, que privilegiaria a contratação via terceirização em vez da nomeação decorrente de aprovação em concurso público.

Os entrevistados apontam como uma das desvantagens da terceirização a ampliação das oportunidades para práticas de clientelismo. Informam que há mais de cinco anos não é realizado concurso público para médicos no Estado da Bahia e que toda substituição de pessoal tem sido feita por meio de terceirização. As pessoas jurídicas que fornecem a mão de obra, por sua vez, muitas vezes contratam sem prévia seleção pública. Desse modo, possibilitam-se o favorecimento no recrutamento independente de mérito e o uso político dos cargos. Na prática, referem existir muita indicação política para a contratação de médicos.

Ademais, a seleção das próprias pessoas jurídicas a serem contratadas pela Administração Direta para a gestão do pessoal da saúde sofre influência política. As empresas contratadas teriam uma “cota de favorecimento”, o que afastaria o escopo de busca pela eficiência característico da transferência da atividade pública para o setor não estatal.

Por fim, há a crença de que o modelo de PPP é mais eficiente na gestão de pessoal que a Administração Direta.

4.1.2 Quadro de temas mais frequentes

TEMA	IDEIAS APURADAS NAS ENTREVISTAS
Impressões sobre a saúde pública	Prevalência de formas terceirizadas de gestão.
Gestão	-
Déficit de pessoal	-
Queixas dos estatutários	-
Admissão	<ul style="list-style-type: none"> Ausência de planejamento e de flexibilidade na AP Direta; Maior flexibilidade no modelo de PPP.

Quadro 4. Principais ideias apuradas nas entrevistas relativas ao Estado da Bahia (continua)
Fonte: Elaboração própria.

Plano de carreira	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausência de plano de carreira como uma política pública generalizada na AP Direta; ▪ Contratos de curta duração, com alta rotatividade, nas OSs; ▪ Contratos de longa duração nas PPPs.
Remuneração	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Interiorização dos médicos em busca de melhor remuneração na AP Direta; ▪ Pior remuneração do trabalho terceirizado; ▪ Má organização para reivindicação de melhores condições; ▪ Influência do gênero na remuneração.
Continuidade do serviço	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Descontinuidade é danosa à coletividade; ▪ Continuidade da prestação do serviço no Hospital do Subúrbio (PPP).
Condições de trabalho	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sobrecarga de trabalho, inclusive no modelo de PPP; ▪ Suicídios de trabalhadores.
Mobilidade	-
Infraestrutura	-
Qualidade do trabalhador	-
Impressões sobre o modelo analisado	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adoção da terceirização motivada pela limitação dos gastos com pessoal; ▪ Opção política do gestor pela forma terceirizada, fundada no PDRAE; ▪ Ampliação das oportunidades para práticas de clientelismo; ▪ Maior eficiência do modelo de PPP, em comparação com a AP Direta.

Quadro 4. Principais ideias apuradas nas entrevistas relativas ao Estado da Bahia (conclusão)
Fonte: Elaboração própria.

4.1.3 Documentos concernentes ao modelo de gestão adotado no Estado da Bahia: trechos relevantes à pesquisa

Na Bahia foi editada a Lei n. 9.290, de 27 de dezembro de 2004, que institui o Programa de Parcerias Público-Privadas do Estado da Bahia – PPP Bahia – e dá outras providências. Essa lei reproduz dispositivos da Lei Federal n. 11.079,

de 30 de dezembro de 2004⁹, determinando, ao regulamentar, no seu artigo 11, as formas de remuneração do contratado, que

A remuneração do contratado será variável, vinculada ao seu desempenho na execução do contrato, conforme metas e padrões de qualidade, e se dará a partir do momento em que o serviço, obra ou empreendimento contratado estiver disponível para utilização (BAHIA, 2004, § 1º).

O caso pioneiro no Brasil de parceria público-privada na área da saúde, que foi também o mais citado entre os entrevistados, é o do Hospital do Subúrbio, em Salvador.

O contrato de concessão administrativa para gestão e operação de unidade hospitalar do Estado da Bahia (Edital n. 008/2009), firmado entre o Estado da Bahia e a Prodal Saúde S/A, tem por objeto a

Concessão da gestão e operação da Unidade Hospitalar ("Concessão"), no prazo e nas condições estabelecidas no Contrato e em seus Anexos, nas especificações mínimas estabelecidas no Anexo 21 e Anexo 3 e, em especial com o cumprimento dos Indicadores Quantitativos e dos Indicadores de Desempenho, previstos no Anexo 4, incluindo as obrigações a seguir: (i) a prestação gratuita e universal dos serviços de atenção à saúde aos Clientes, no âmbito do Sus e na forma deste Contrato; [...] (v) a contratação e gestão de profissionais de todas as áreas concernentes à operação da Unidade Hospitalar (BAHIA, 2009, cláusula 2.1).

Com relação à gestão de pessoal, o contrato de concessão estabelece que são obrigações da concessionária:

- (iii) estabelecer as seguintes condições para contratação e exercício das funções dos seus empregados, envolvidos diretamente na prestação dos serviços de atenção à saúde:
 - (a) efetuar segregação uniforme, ao longo da semana, das jornadas de trabalho estabelecidas para cada profissional, dividindo as horas estabelecidas de modo equânime entre os dias trabalhados na semana, sendo vedada a concentração dessas horas, excepcionando-se para finais de semana e feriados;
 - (b) restringir ao corpo clínico da própria Unidade Hospitalar, já contratado para desempenho dos serviços de atenção à saúde na jornada de trabalho regular, a assunção de plantões de período noturno, fins de semana e feriados, que serão assumidos, exclusivamente, pelos médicos e diaristas contratados, com exceção dos atendimentos e procedimentos prestados na unidade de urgência/emergência, para os quais se admitirá a presença de 50% (cinquenta por cento) de profissionais não integrantes do corpo clínico já contratado para desempenho dos serviços de atenção à saúde na jornada de trabalho regular;
 - (c) definir uma política de educação permanente para todos os colaboradores; e

⁹ BRASIL. LEI N. 11.079, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2004. *Institui normas gerais para licitação e contratação de parceria público-privada no âmbito da administração pública*, Brasília, DF, 2004. Disponível em: <http://www.impressanacional.gov.br/mp_leis/leis_texto.asp?Id=LEI%209887>. Acesso em: 12 mar. 2018.

(d) ter aprovado o plano de cargos, carreiras e salários para todo o quadro funcional, no período máximo de 6 (seis) meses após o início da operação. (BAHIA, 2009, cláusula 7.1.6).

É interessante notar que o próprio contrato permite a flexibilização de algumas dessas obrigações (cláusula 7.1.7), ao dispor que as previstas na subcláusula 7.1.6, (iii), “a” e “b” poderão ser flexibilizadas, após comunicado formal da Concessionária à SESAB, em situações epidemiológicas críticas, nas quais se demande jornadas de trabalhos e contratação adicional de profissionais, em caráter excepcional.

Com relação à admissão de pessoal, o contrato de concessão impõe à concessionária a obrigação de “dar ampla publicidade, por intermédio de veículos de mídia local e regional, dos processos de seleção de profissionais para desempenho de funções na Unidade Hospitalar” (cláusula 10.4), estabelecendo, ainda, que os encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais resultantes da execução do contrato ficam sob responsabilidade da concessionária (cláusula 10.10).

Por fim, os contratos entre a Concessionária e terceiros são regidos pelas normas de Direito Privado, não se estabelecendo relação de qualquer natureza entre os terceiros e o Poder Concedente – o Estado da Bahia (cláusula 10.7) (BAHIA, 2009).

4.2 A EXPERIÊNCIA DO ESTADO DO PARANÁ

4.2.1 *Análise das entrevistas*

4.2.1.1 *Impressões iniciais sobre a saúde pública no Estado do Paraná*

No Paraná, foram apontadas pelos entrevistados duas situações de interesse para a presente pesquisa: a criação do quadro próprio da Secretaria da Saúde, no âmbito da Administração Direta, e a criação da FUNEAS, a fundação estatal de saúde paranaense.

A Lei Estadual n. 18.136/14 instituiu o quadro próprio da Secretaria de Estado da Saúde, que está em fase de implementação. Até 2014, os servidores públicos estaduais da saúde integravam o quadro geral de servidores do Estado.

Já a FUNEAS teria sido criada em razão da necessidade de se agilizarem os procedimentos de gestão.

Trata-se de fundação pública com personalidade jurídica de Direito Privado, sem fins lucrativos, que tem por finalidade executar ações e serviços de saúde nas unidades próprias da Secretaria de Estado da Saúde. Seu escopo abrange o atendimento à população, a pesquisa e a prestação de educação permanente aos profissionais.

Em razão de sua natureza jurídica, não se aplicam a essa fundação estatal regras publicísticas que, na opinião dos entrevistados, entravam a gestão do pessoal na saúde pública paranaense.

Outro ponto relevante para a gestão da saúde, conforme as entrevistas, foi a definição clara das funções aptas a serem terceirizadas, distinguindo as atividades próprias dos serviços de saúde daquelas atividades intermediárias que podem ser transferidas ao setor privado, como as de lavanderia e cozinha, relevantes no ambiente hospitalar. Há ainda atividades que são de estrita responsabilidade do Estado e que, por essa razão, são indelegáveis, a exemplo da vigilância sanitária, da regulação de leitos e da auditoria do sistema. Essa demarcação possibilitou a racionalização das despesas da Secretaria Estadual de Saúde e do quadro de profissionais contratados.

Uma ideia recorrente na fala dos entrevistados é a da relevância do trabalhador na área da saúde. Existe a compreensão de que, nos serviços de saúde, o elemento humano é essencial. É o servidor que presta o serviço, atendendo a população. Por essa razão, a valorização da carreira promove ganhos em termos de gestão de pessoal.

Entretanto, a gestão de RH é muito complexa. Os serviços prestados no âmbito da saúde são muito variados. Não se pode comparar a rede de sangue com um hospital – as necessidades diferem substancialmente. De outro lado, a incorporação tecnológica, que é essencial na área da saúde, cria a necessidade de criação de novos instrumentos e processos de trabalho e a contratação de profissionais.

Outro aparente consenso é a crítica ao modelo adotado pela Administração Pública Direta, em duas frentes distintas: a rigidez da legislação e a estabilidade do servidor estatutário.

Na opinião dos entrevistados, o arcabouço legal brasileiro é muito restritivo quanto à gestão de pessoas, impedindo os gestores de escolherem alternativas mais racionais e eficientes em função de custo e desempenho. A definição do número de

servidores estatutários nas unidades de saúde também é um limitador. Muitas vezes, a Administração Direta não consegue sequer contratar o número mínimo de profissionais exigido por lei, pois, em muitas áreas, não consegue competir com a remuneração propiciada pelo mercado privado.

De outro lado, a estabilidade do servidor público estatutário é vista como um obstáculo à busca da eficiência do serviço público de saúde, por gerar a falta de comprometimento do trabalhador, a perda do senso de sua missão.

Segundo relatos, o serviço público na Administração Direta é dirigido por um sentimento institucionalizado de que o trabalhador tem autonomia para agir conforme sua vontade, sem necessidade de obediência a diretrizes. Para que o servidor estável seja demitido, é preciso que tenha cometido uma falta realmente grave. Mesmo em caso de abandono de emprego, o processo de desligamento é complexo. E é a fim de mitigar essas dificuldades que se teria criado a FUNEAS.

Assim, a visão que se tem da estabilidade do servidor público é muito negativa. A estabilidade garantiria a permanência do mau trabalhador, mas não impediria a perda do bom servidor, que geralmente decorre da ausência de flexibilidades característica do sistema.

E, supostamente em razão do poder conferido ao servidor público pela estabilidade, torna-se difícil implementar políticas que dependam de um processo de convencimento do quadro de pessoal:

O gestor, ele 'tá num nível de gestão, pra ele poder desencadear um processo que chegue na ponta, que seja no setor de urgência-emergência, nas unidades de saúde, na gestão direta dos contratualizados, porque a gente tem que monitorar também o hospital contratualizado, fazer os fluxos todos internos da gestão da saúde... Porque a gente tem que ter fluxos muito claros, muito estabelecidos, protocolos... Todo processo que dê suporte pra saúde funcionar, a gente precisa desencadear um processo muito grande de convencimento, de compromisso, sabe? E a gente não tem um instrumento forte pra isso quando se trata do funcionário público. Certo? Porque ele é muito empoderado, porque ele tem a bendita da estabilidade. (CRM/PR, 2018).

4.2.1.2 Categorias de problemas ligados à gestão da saúde

Gestão

Aponta-se como um fator de sucesso da gestão o fato de, no Estado do Paraná, a saúde pública ser gerida por profissionais da saúde. A cúpula da Secretaria Estadual da Saúde é formada por enfermeiros, médico veterinário e

outros trabalhadores do setor. Trata-se de pessoal conhecedor da realidade do sistema de saúde e com disposição para organizá-lo. Esse é tido como um dos motivos do avanço dos indicadores de saúde no Estado do Paraná, em conjunto com o apoio do próprio governo estadual.

Entretanto, as decisões ligadas à gestão de pessoal somente podem ser tomadas após um diálogo com a Secretaria da Administração e da Previdência, o que configura um obstáculo à administração. A Secretaria da Saúde coordena todos os equipamentos de saúde, mas a Secretaria da Administração e da Previdência realiza a gestão de pessoas. Os entrevistados salientaram a dificuldade em convencer essa secretaria das necessidades específicas do setor de recursos humanos da área da saúde.

Déficit de pessoal

O déficit de pessoal é considerado um dos maiores problemas ligados à gestão de pessoal na Secretaria da Saúde do Paraná. A principal dificuldade enfrentada nos últimos anos seria a reposição de pessoal. Havia uma perda anual de cerca de 500 trabalhadores.

Em 2017, houve nomeação de aprovados em concurso público, mas que se mostrou insuficiente, especialmente em razão da iminência de várias aposentadorias de servidores estatutários. Como as obrigações estatutárias foram saneadas nos últimos anos, com pagamento de progressões, promoções e outros direitos funcionais, muitos trabalhadores têm decidido se aposentar, o que amplia a necessidade de reposição do quadro de pessoal.

É possível inferir que as restrições impostas pela assessoria jurídica da Secretaria de Saúde à contratação de servidores estatutários decorra da questão orçamentária. Após a realização do último concurso, em um primeiro momento não foram nomeados aprovados, em razão da inexistência de recursos. Não se desconhece que “[...] é um custo alto de gestão a ampliação dos recursos humanos. Aí entra o limite prudencial da lei [*Lei de Responsabilidade Fiscal*]” (COREN/PR, 2018).

No caso do Paraná, existiam equipamentos de saúde, mas o déficit de pessoal impedia a prestação adequada do serviço pela Administração Direta. Relata-se, inclusive, que dois grandes equipamentos haviam sido inaugurados sem condições de funcionar, em razão da falta de trabalhadores. Essa situação contribuiu

para justificar o chamamento de aprovados no mencionado concurso público, além da realização de um novo certame.

Dessa forma, está se formando um quadro mais adequado ao atendimento das necessidades de saúde da população, condizente com a estrutura física existente, que é grande, ampla e centralizada (Cf. COREN/PR, 2018).

Queixas dos servidores estatutários

Os direitos dos servidores estatutários, bem como de candidatos aprovados em concurso público, não vinham sendo observados pela Administração Direta. Vários servidores esperavam havia anos por progressões ou promoções, que não eram autorizadas pelo governo. Além disso, havia concursos públicos vigentes sem a correspondente nomeação de novos trabalhadores.

A própria criação do quadro próprio da Secretaria da Saúde era vista como uma solução para os vários problemas enfrentados pelos servidores e foi uma demanda do Secretário de Saúde frente ao governo estadual a fim de melhorar as condições de trabalho do pessoal da saúde.

Admissão

O recrutamento de pessoal tem um custo algumas vezes impeditivo. Em razão do caráter de prestação de serviço da área da saúde, grande parte do gasto público em saúde refere-se à remuneração do funcionalismo.

Mas não há meios de impedir o avanço do volume de despesa pública quando se trata de saúde. A constante ampliação da demanda por serviços por parte da população torna imperativo investir em equipamentos de saúde. E, a cada nova unidade de saúde, surge a necessidade de se ampliar ao menos o quadro de pessoal, o laboratório de análises clínicas e o fornecimento de medicações. A fim de suprir a necessidade de mão de obra, realizam-se concursos públicos, que envolvem considerável gasto público. A despesa avança exponencialmente.

Mas é nesse cenário que ganha destaque a fundação estatal, que “[...] faz a mesma coisa mais barato.” (CRM/PR, 2018).

No âmbito da Administração Direta, a reposição de profissionais da Secretaria Estadual de Saúde foi uma das grandes vitórias na gestão dos últimos anos, que somente foi possibilitada pelo ajuste fiscal pelo qual o Estado passou recentemente. O reequilíbrio do orçamento público permitiu o preenchimento, até o

início de 2018, de 600 vagas, dentre as 1.000 inicialmente previstas, com possibilidade de recrutamento de ainda mais servidores.

Porém, em razão das dificuldades impostas pela legislação para a contratação de profissionais, formas alternativas de gestão foram buscadas. Algumas especialidades médicas não são atraídas via concurso público, pois o mercado privado oferece melhor remuneração. Para recrutar esses profissionais para o trabalho em hospitais públicos, foram adotadas estratégias como a contratação por meio de licitação, na modalidade concorrência pública. Em algumas unidades, pessoas jurídicas intermediam a prestação de serviços. É o caso dos anestesistas, que são contratados via cooperativas.

Plano de carreira

No caso da Administração Direta paranaense, a principal inovação quanto ao plano de carreira foi a já mencionada criação, em 2014, do quadro próprio da Secretaria de Saúde. Todavia, a implementação dessa política demandou negociação: “Mais de três anos para gente viabilizar um projeto como esse pelas dificuldades de interlocução, de poder de convencimento de outras áreas, da importância e das necessidades do quadro da saúde, mas conseguimos.” (COREN/PR, 2018).

O principal efeito da organização das carreiras profissionais dentro da própria Secretaria de Saúde foi a concessão dos direitos devidos aos servidores estatutários. No ano seguinte à implantação do quadro próprio, foram pagas as promoções e progressões pelas quais os trabalhadores aguardavam havia anos. Atualmente, a tramitação de pedidos de benefícios dessa natureza é rápida. A racionalização da carreira é um motivador para o profissional, que pode acompanhar o seu crescimento profissional.

A carreira pública é vista, agora, como um atrativo da Administração Direta:

O que é bom é que, se a pessoa quer fazer uma carreira, é uma pessoa comprometida, ela consegue ter uma tranquilidade dentro do sistema, porque ela sabe o que é uma carreira pública. Isso é bom, porque realmente dá estabilidade, você não ‘tá sujeito a processos de mudança política, chegar um maluco e querer te demitir porque te perseguiu... Nesse aspecto, ele dá segurança. (CRM/PR, 2018).

Qualidade do trabalhador

O nível de comprometimento do trabalhador com o cargo público

estatutário é, segundo relatos, baixo.

Essa situação não se verificaria na gestão realizada pela fundação estatal, especialmente em razão da possibilidade de dispensa do trabalhador. Há uma conexão maior com o trabalho, com mais preocupação quanto à produtividade.

Remuneração

O ordenamento jurídico vigente impede a promoção da justiça no que toca à remuneração do servidor estatutário. Não é possível pagar mais ao bom trabalhador, que não se vê atraído a permanecer no cargo quando surgem melhores oportunidades de emprego. De outro lado, há maus servidores sendo bem remunerados. E essa situação é injusta:

Então, eu vejo o sistema do funcionalismo público um sistema engessado, um sistema que não nos permite valorizar aquele que se desenvolve bem, porque são regras iguais. E regras iguais não são justas. Porque, ao contrário do que se pensa “ah, vamos fazer igual pra todos” ... A coisa mais burra é fazer igual pra todos, porque ela não é justa. Não se aplica justiça com tudo igual pra todos, porque as pessoas são diferentes. Deveriam ter regras diferentes, de acordo com desempenho, com avaliação de qualidade, com todas essas coisas. (CRM/PR, 2018).

E, nesse ponto, a situação somente é mais flexível nas organizações sociais, que ainda não foram implantadas em nível estadual no Paraná. Na fundação estatal, ainda que haja maior agilidade de contratação, observam-se várias regras publicísticas, inclusive no que toca à remuneração do pessoal.

Vantagens e desvantagens do modelo

O argumento da privatização da saúde ocupou o centro dos debates por ocasião da implantação da fundação estatal. Houve muita divergência na votação pela sua criação no Conselho Estadual de Saúde. Os conselheiros representantes dos sindicatos alegavam que se estava privatizando a saúde. No entanto, a fundação estatal, embora tenha personalidade jurídica de Direito Privado, submete-se a algumas regras típicas do regime jurídico de Direito Público – a exemplo da obrigatoriedade de realização de concurso público a fim de contratar trabalhadores.

Aliás, ressalta-se que a atuação do sindicato, com relação aos servidores estatutários, alterou-se substancialmente após a criação do quadro próprio da Secretaria da Saúde. Relata-se que, antes dessa inovação, o sindicato demandava a concessão de direitos aos servidores que não vinham sendo respeitados pela Administração Direta. Atualmente, com a regularização das progressões e promoções e o estabelecimento de um plano de carreira, as demandas do sindicato são mais pontuais. Como o trabalhador

está mais satisfeito, não adere a movimentos grevistas, por exemplo. A relação com o Poder Público, conseqüentemente, melhorou.

4.2.1.3 Impressões dos entrevistados sobre o modelo adotado

Os modelos alternativos ao estatutário de gestão de saúde pública foram criados, principalmente, em razão da necessidade de flexibilização. A máquina administrativa estatal é pesada e cara. A adoção de novos modelos traz mais agilidade à gestão.

Todavia, do relato de um dos entrevistados verifica-se que a FUNEAS foi criada em um contexto de regularização das relações de trabalho decorrente de acordo firmado em processo judicial:

Ação judicial em relação a isso [*precarização do trabalho*], nós já tivemos... E temos uma ação em um dos hospitais nossos – mas não é exatamente para médicos, é para outros profissionais, principalmente profissionais da enfermagem –, temos uma ação em que houve esse questionamento do Ministério Público do Trabalho. Daí a gente está tentando cumprir a determinação do Ministério Público do Trabalho. Nós temos um hospital, chamado Hospital do Trabalhador, que tem uma parceria com a Fundação da Universidade Federal do Paraná, e a FUNPAR contrata pessoal para atuar nesse hospital. Aí houve uma ação, não foi nem nesse governo, foi no governo anterior ao de 2010, e essa ação tramitou, o Estado foi condenado, e agora a gente está tendo que substituir os funcionários da FUNPAR por funcionários da SESA, que é a nossa Secretaria de Saúde. E aí, só para você entender, esse foi um dos motivos para gente criar nossa Fundação Estatal de Assistência de Saúde, a FUNEAS (SESA/PR, 2018).

Segundo o entrevistado, na ação judicial referida foi firmado acordo no qual a Secretaria de Saúde se comprometeu a realizar a substituição paulatina desses trabalhadores da FUNPAR por servidores estatutários ou por contratados via FUNEAS.

4.2.2 Quadro de temas mais frequentes

TEMA	IDEIAS APURADAS NAS ENTREVISTAS
Impressões sobre a saúde pública	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Criação do quadro próprio da SESA e da FUNEAS; ▪ Definição clara das atividades passíveis de terceirização; ▪ Rigidez da legislação relativa à gestão de pessoal; ▪ Estabilidade do servidor estatutário vista como obstáculo à busca da eficiência.

Quadro 5. Principais ideias apuradas nas entrevistas relativas ao Estado do Paraná (continua)
Fonte: Elaboração própria.

TEMA	IDEIAS APURADAS NAS ENTREVISTAS
Gestão	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestão por profissionais da saúde como um dos fatores de sucesso; ▪ Necessidade de articulação com a Secretaria de Administração e da Previdência que constitui óbice à gestão.
Déficit de pessoal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Um dos maiores problemas ligados à gestão de pessoal na SESA/PR; ▪ Restrição orçamentária como obstáculo à reposição de pessoal; ▪ Déficit de pessoal que impedia a utilização dos equipamentos existentes.
Queixas dos estatutários	Precarização da relação estatutária de trabalho.
Admissão	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alto custo do processo de recrutamento; ▪ Reposição de profissionais nos últimos anos; ▪ Busca de formas alternativas de gestão em razão da rigidez normativa.
Plano de carreira	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Criação do quadro próprio da SESA concedeu direitos que eram até então negados aos servidores estatutários; ▪ Carreira pública é atrativo da AP Direta.
Remuneração	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Injustiça da isonomia de vencimentos; ▪ Impossibilidade de remunerar conforme a qualidade do serviço prestado; ▪ Situação mais flexível nas OSs.
Continuidade do serviço	-
Condições de trabalho	-
Mobilidade	-
Infraestrutura	-
Qualidade do trabalhador	Baixo nível de comprometimento na AP Direta.
Impressões sobre o modelo analisado	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adoção dos modelos alternativos ao estatutário motivada pela necessidade de flexibilização; ▪ FUNEAS criada em contexto de regularização da gestão do trabalho decorrente de acordo firmado em processo judicial; ▪ Processo de implantação da fundação estatal marcado pelo debate a respeito da privatização da saúde; ▪ Mudança na atuação dos sindicatos junto à SESA após a criação do quadro próprio da Secretaria.

Quadro 5. Principais ideias apuradas nas entrevistas relativas ao Estado do Paraná (conclusão)
 Fonte: Elaboração própria.

4.2.3 Documentos concernentes ao modelo de gestão adotado no Estado do Paraná: trechos relevantes à pesquisa

A Lei n. 18.136, de 3 de julho de 2014, do Estado do Paraná¹⁰, dispõe sobre o Quadro Próprio dos Servidores da Secretaria de Estado da Saúde – QPSS.

Nos termos do artigo 2º dessa lei, integram o QPSS os servidores estatutários alocados na Secretaria de Estado da Saúde – SESA.

O art. 3º regulamenta a carreira de Promotor de Saúde, cuja remuneração é regulada no artigo seguinte.

A jornada de trabalho também é objeto desse ato normativo (artigo 6º), que determina que “O desenvolvimento nas carreiras, para os servidores estáveis, dar-se-á pelos institutos da promoção e da progressão” (artigo 7º), regulamentados nos dispositivos seguintes.

A Lei n. 17.959, de 11 de março de 2014, por sua vez, autoriza o Poder Executivo a instituir a Fundação Estatal de Atenção em Saúde do Estado do Paraná – FUNEAS-PARANÁ –, entidade com personalidade jurídica de Direito Privado, sem fins lucrativos, de interesse e de utilidade públicos, com autonomia gerencial, patrimonial, orçamentária e financeira, sujeita ao regime jurídico próprio das entidades privadas sem fins lucrativos de beneficência social quanto aos direitos e obrigações civis, comerciais, trabalhistas, tributários e fiscais (artigo 1º).

Nos termos do § 2º do artigo 1º, a FUNEAS integra a Administração Pública Indireta do Estado do Paraná e vincula-se à Secretaria de Estado da Saúde para efeito de supervisão e fiscalização de suas finalidades.

A FUNEAS foi criada com a finalidade de

[...] desenvolver e executar ações e serviços de saúde ambulatorial e hospitalar, de desenvolvimento, pesquisa e tecnologia em produção de imunobiológicos, medicamentos e insumos, e de educação permanente no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS do Estado do Paraná nas unidades próprias da Secretaria de Estado da Saúde. (PARANÁ, 2014, art. 2º, *caput*).

¹⁰ PARANÁ. LEI N. 18.136, DE 3 DE JULHO DE 2014. *Quadro Próprio dos Servidores da Secretaria de Estado da Saúde - QPSS*, Curitiba, PR, 2014. Disponível em: <<http://www.legislacao.pr.gov.br/legislacao/pesquisarAto.do?action=exibir&codAto=124206&codItemAto=769766>>. Acesso em 12 mar. 2018.

É vedado à fundação o exercício de atividades no âmbito dos hospitais universitários do Estado do Paraná (§ 1º).

O artigo 13 da lei define que “O regime jurídico de pessoal da Fundação Estatal de Atenção em Saúde do Estado do Paraná será o da Consolidação das Leis do Trabalho e respectiva legislação complementar.” (PARANÁ, 2014, art. 13 *caput*).

Ademais, “A contratação de pessoal do quadro permanente da Fundação Estatal de Atenção em Saúde do Estado do Paraná far-se-á por meio de concurso público.” (PARANÁ, 2014, § 1º do art. 13), admitindo-se, contudo, a contratação temporária por simples processo seletivo para atender à necessidade temporária de excepcional interesse público, devidamente justificada (§ 7º).

A rescisão do contrato de trabalho do pessoal da FUNEAS, por exemplo, “[...] poderá ocorrer por ato unilateral, em qualquer hipótese motivado, garantido o contraditório.” (PARANÁ, 2014, § 2º do art. 13).

Além dos servidores do seu quadro próprio,

A Fundação Estatal de Atenção em Saúde do Estado do Paraná poderá solicitar a disposição funcional de servidores ou a cessão de empregados de órgãos e entidades integrantes da Administração Pública Federal, Estadual ou Municipal, Direta ou Indireta, quaisquer que sejam as atividades a serem exercidas. (PARANÁ, 2014, art. 28).

O Estatuto da FUNEAS¹¹, em seus artigos 23 a 27, limita-se a reproduzir, quanto à gestão de pessoal, os dispositivos legais supracitados.

4.3 A EXPERIÊNCIA DO ESTADO DE SÃO PAULO

4.3.1 *Análise das entrevistas*

4.3.1.1 *Impressões iniciais sobre a saúde pública no Estado de São Paulo*

A exemplo do Paraná, em que, além do modelo de gestão via fundação estatal, apontou-se como medida inovadora a criação de um quadro próprio da Secretaria de Saúde, também no Estado de São Paulo foram apontadas duas políticas relevantes na questão da gestão da saúde pública: uma série de medidas

¹¹ Disponível em: <http://files3.dohms.com.br/sites_columbia/files/sindsaúde/1/estatutofuneas.pdf>. Acesso em 12 jan. 2018.

de flexibilização adotadas internamente, na própria Administração Direta, e a criação das organizações sociais da saúde (OSSs).

As referidas medidas de flexibilização foram instituídas por uma série de leis pontuais editadas ao longo das últimas duas décadas, que regulamentaram pontos específicos. Segundo relatos, houve retrocesso nesse âmbito, na Administração Direta, com a revogação de várias dessas leis.

São exemplos de políticas de promoção de flexibilidades internas à gestão do quadro de servidores públicos estatutários, que foram sendo construídas ao longo do tempo:

- a) o Observatório de Recursos Humanos, que é uma estação da Rede de Observatórios, uma rede internacional. O Observatório foi instituído na SESA/SP a fim de ampliar as capacidades de execução, de análise e de crítica interna. A iniciativa é uma parceria com a Santa Casa e com a Fundação Getúlio Vargas. Havia inclusive uma publicação que elencava as legislações que previam ações de flexibilização interna;
- b) o prêmio de incentivo, gratificação conferida a princípio pelo próprio secretário e que não se submetia ao controle do governo estadual, como ocorria com as demais vantagens conferidas aos servidores em geral. Era um benefício salarial interno à SESA/SP, financiado com recursos provenientes de transferências do SUS. Parte desses recursos podia ser comprometida para esse fim, por meio da definição de critérios de avaliação dos trabalhadores. O prêmio de incentivo permitiu incrementar a remuneração dos servidores da Secretaria. Além disso, podiam ser instituídos prêmios de incentivo especiais, destinados a situações específicas. Apontou-se como exemplo o Hospital Dante Pazzanese, que era um hospital de excelência e para o qual havia previsão específica de uma série de requisitos para o pagamento de prêmio incentivo especial, que era concedido por uma comissão interna de avaliação. Essa situação propiciava a realização de ajustes na gestão do pessoal. A gratificação foi utilizada com bastante frequência tanto nos serviços dos hospitais como na própria gestão interna da SESA, pois um prêmio de incentivo especial era conferido também para alguns cargos de comando da secretaria. Outro exemplo de prêmio de incentivo especial que permitia remunerar melhor conforme o desempenho do

servidor era aquele conferido ao articulador da atenção básica, que era um facilitador da gestão da atenção básica nas regiões administrativas, identificando problemas e articulando soluções com outros segmentos da secretaria;

- c) a remuneração dos médicos “por procedimentos”, que era um pagamento por produtividade. Eram fixados valores para alguns procedimentos, conforme uma definição genérica – havia, por exemplo, um preço para consultas em geral, um para cirurgias, outro para exames de imagem. Essa tabela contemplava valores adicionais para áreas consideradas intermediárias e outros maiores para áreas periféricas, o que permitia maior variação de remuneração conforme a produtividade e as condições de trabalho do profissional;
- d) a convocação de trabalhadores por plantão também era considerada uma medida de flexibilização. Os trabalhadores eram contratados e remunerados conforme os serviços realmente prestados. Essa modalidade de recrutamento iniciou com médicos e enfermeiros e, depois, foi estendida a outros profissionais;
- e) em dado momento, havia uma interpretação mais complacente a respeito da necessidade de autorização do governo estadual para a contratação de pessoal. Entendia-se que, quando era aprovado o orçamento público, já havia a previsão do gasto com pessoal. Então, uma vez definido o padrão de lotação de cada um dos hospitais, a reposição dos profissionais não dependia de autorização individualizada;
- f) a criação do padrão de lotação por coordenadoria, em vez de por hospital. Com o tempo, os hospitais foram incorporando complexidades, o que ampliou a demanda por pessoal. Nesse contexto, era muito difícil aprovar um novo padrão de lotação para um hospital. Criou-se, então, o padrão por coordenadoria. A Secretaria Municipal da Saúde é organizada em várias coordenadorias, e cada uma delas passou a gerir um padrão de lotação, que contemplava várias unidades de saúde. Essa medida conferiu maior flexibilidade de gestão, pois, uma vez existente a demanda por criação de novas posições em um dado hospital, verificava-se a possibilidade de acordo com os limites da coordenadoria que o geria, o que geralmente possibilitava esse ajuste;

g) finalmente, a remuneração por hora-aula dos profissionais que desempenhem atividades de formação e de capacitação.

De outro lado, as organizações sociais da saúde, em São Paulo, foram criadas em um contexto peculiar.

Na década de 1980, foi implementado o Plano Metropolitano de Saúde (PMS), um plano de investimento em saúde na área metropolitana de São Paulo, que incluía investimento internacional de grande monta. Esse plano propiciou a construção de uma série de hospitais. Mas esse processo deixou como legado várias obras não terminadas. No início da gestão Covas, em meados dos anos 1990, uma crise econômica assolava o Estado. Apesar desse panorama, foram retomadas as obras naqueles hospitais abandonados.

Como consequência, nos anos seguintes foram sendo finalizadas várias unidades hospitalares novas. Surgiu então o problema de gestão desses hospitais, pois, dada a quantidade de pessoal requerida para a implantação dos serviços de saúde, seria muito difícil a contratação pelo regime estatutário. Nesse contexto foram criadas as OSSs em São Paulo, que contribuíram para resolver o desafio da colocação dos novos serviços em funcionamento, em volume muito significativo: “[*Dizia-se*] na época que a gente tinha 5 mil leitos para colocar em atividade.” (SESA/SP, 2018).

De acordo com as entrevistas, três características específicas do modelo paulista de organizações sociais facilitaram sua aceitação pela população e pelos órgãos de controle.

Em primeiro lugar, essas organizações sociais eram criadas, originariamente, apenas para a gestão de equipamentos novos, o que reduzia a chance de conflitos internos.

Ademais, havia a transferência do Estado de São Paulo à organização social apenas da gestão do serviço de saúde, e não do próprio equipamento público, que continua sob o domínio estatal. Essa situação facilita eventual reversão da transferência, com assunção do serviço pela Administração Direta.

Finalmente, a comparação do modelo com a já consagrada gestão pelas Santas Casas de Misericórdia, entidades assistenciais disseminadas em todo o território estadual, teria desarmado o argumento de privatização da saúde no contexto paulista. No ambiente de institucionalização das OSSs, havia uma certa comparação com as Santa Casas, nas quais o serviço público também era

submetido a gestão privada, mais ágil em comparação com aquela da Administração Direta.

A importância dos trabalhadores na saúde pública também aparece na fala dos entrevistados:

Nossa principal ferramenta são os trabalhadores da saúde, e é muita gente. Nós não trabalhamos com uma pessoa e um computador ou um robô controlando uma máquina. Não é isso. Para produzir, nós temos que ter gente. Então, nossa gestão de pessoal, ela é fundamental, e ela não pode ser estática. (CRM/SP, 2018).

4.3.1.2 Categorias de problemas ligados à gestão da saúde

Gestão

Destacou-se a necessidade de envolvimento da liderança com as políticas de gestão da saúde pública, sem o que a maioria das iniciativas propostas tende a falhar. Foi mencionada a intenção do atual Ministro da Saúde de fundir em um mesmo espaço creches e unidades de saúde como um exemplo de desconhecimento da realidade da saúde pública que leva à tomada de más decisões (Cf. COREN/SP, 2018).

Admissão

Foram apontados elementos de rigidez relativos ao processo de admissão de servidores estatutários. Embora o concurso público propicie a seleção de bons candidatos, a morosidade do processo cria sérios entraves para a reposição de pessoal. Pontuou-se que a maior parte da vacância de cargos não decorre da exoneração a pedido em razão da oferta de melhores condições de trabalho, mas de aposentadoria ou morte de servidores. E todos os profissionais são necessários à prestação eficiente do serviço – do médico à recepcionista. Por essa razão, era necessária maior agilidade de contratação.

Entretanto, a realização de concurso público não é garantia de preenchimento das vagas ofertadas. No lapso temporal existente entre a aprovação dos candidatos e a sua efetiva nomeação, é comum que os aprovados tenham se desinteressado pela vaga, por variados motivos.

Há relatos de que, nos últimos anos, aumentou a oferta de médicos, mas

que a qualidade técnica dos profissionais tem piorado. “Mas aí não importa, tem o diploma, a gente vai lá e vai dando treinamento, vai orientando.” (CRM/SP, 2018).

Plano de carreira

Na Administração Direta, havia uma carreira estruturada, com clara ascensão funcional e remuneratória. Nas décadas passadas, a carreira de médico assemelhava-se à de juiz ou de professor. As vagas oferecidas em concurso público eram as mais periféricas, em regiões mais precárias. Após o ingresso no serviço público, o profissional ia progredindo na pontuação e na carreira, o que gerava aumento salarial e de benefícios e a possibilidade de migração para regiões mais estruturadas, conforme o interesse do trabalhador.

Essa carreira, contudo, sofreu um achatamento. O sistema de ascensão funcional, atualmente, inexistente. Por isso, a restauração de uma carreira nos moldes originais é uma demanda atual dos trabalhadores.

E a inexistência de um plano de cargos e salários precariza o trabalho do servidor estatutário paulista, pois impossibilita, por exemplo, a determinação da jornada de trabalho. Hoje, um profissional tem jornada de 30 horas, enquanto outro tem uma de 40 horas. Essa heterogeneidade tem sobrecarregado os profissionais. O esgotamento físico, o *burn-out*, por sua vez, implica a ocorrência de falhas na prestação do serviço.

Remuneração

A contratação por meio de cooperativas gerou a diminuição da remuneração dos profissionais. Segundo relatos, o salário dos profissionais de enfermagem recrutados por essa via é muito inferior ao do mercado. Essa situação supostamente se resolveria por meio da conscientização da classe a respeito da necessidade do estabelecimento de patamares de remuneração condizentes com os serviços prestados e da reivindicação de pagamentos dentro desses parâmetros.

Justamente em razão da desvalorização do trabalho do profissional da enfermagem, ascendeu a contratação de cuidadores que desempenham funções técnicas de saúde, que não se enquadram dentre as atribuídas a essa categoria, mediante remuneração ainda inferior àquela destinada aos enfermeiros. Como resultado, tem diminuído o número de postos de trabalho dos trabalhadores na área de enfermagem. Aqueles que são contratados submetem-se a condições de

subemprego: “[O profissional] aceita se submeter a uma condição de trabalho de cuidador ganhando metade do que ele poderia ganhar como técnico de enfermagem, porque o mercado só está contratando cuidador.” (COREN/SP, 2018).

Continuidade do serviço

Nas organizações sociais, a flexibilidade ligada à contratação possibilita garantir a continuidade da prestação do serviço. Em situações de emergência, em que não há profissional para a prestação de determinado serviço – o que muitas vezes ocorre no caso de escalação para plantão, por exemplo –, o preenchimento da vaga é imediato, ainda que haja posterior processo de seleção. É também recorrente a contratação, nessas hipóteses, de trabalhador autônomo.

Condições de trabalho

O profissional da enfermagem tem sofrido com a sobrecarga de trabalho, que gera cansaço físico, índices alarmantes de diagnósticos de depressão e aumento dos casos de suicídio. Foi também referida a campanha do Conselho Federal de Enfermagem a respeito da saúde mental dos profissionais.

A violência é outro fator de degradação das condições de trabalho. Os profissionais da área têm sofrido agressões que decorrem, muitas vezes, de falhas na gestão. A falta de estrutura e de planejamento prejudica a prestação do serviço, o que gera a insatisfação do usuário e, em decorrência, a violência contra os profissionais. A solução para esse cenário, portanto, deveria partir dos gestores da saúde.

Mobilidade

Nas organizações sociais, há possibilidade de certa mobilidade geográfica dos profissionais, mediante autorização da SESA.

No contrato de gestão estão contemplados planos de trabalho que estipulam o número de profissionais de cada especialidade – especificamente quanto aos médicos – em cada região. Contudo, a demanda pelos serviços de saúde é flutuante, o que provoca alteração da necessidade de mão de obra: “[Em determinado bairro teve] uma ocupação grande. Acho que umas 30 mil pessoas. Aí eu não tenho capacidade para atender esse povo todo. E está lá. Aí a gente negociou, negociou... Ampliou, contratou um clínico aqui, outro ali.” (CRM/SP, 2018).

Infraestrutura

A infraestrutura deficiente do serviço de saúde gera outros problemas relacionados à gestão do trabalho. Como já foi referido, a carência de material e de equipamentos leva à má prestação do serviço, pela qual somente é responsabilizado o profissional da saúde, que não tem capacidade para resolver essa situação. Dessa forma, é preciso que os gestores atuem no sentido de melhorar a infraestrutura.

Qualidade do profissional contratado

O modelo de organização social permite maior flexibilidade tanto na admissão como na correção de inadequações dos profissionais contratados em relação ao perfil desejado. É possível oferecer treinamento após a contratação, a fim de que os trabalhadores atinjam os patamares de qualidade desejados.

4.3.1.3 Impressões dos entrevistados sobre o modelo adotado

Segundo os entrevistados, o principal motivo para a adoção do modelo de organização social da saúde é a busca de superação da rigidez normativa. Embora os contratos de gestão imponham metas a serem atingidas, as regras aplicáveis à gestão são mais simples que as características do regime publicístico.

Aliás, a rigidez da legislação teria piorado a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988. O texto constitucional foi regulamentado, nos anos seguintes, por diplomas legislativos como a Lei de Licitações e a Lei de Responsabilidade Fiscal¹², que criaram procedimentos rígidos de contratação e de gestão.

Por essa razão, tornou-se imperativa a criação de um novo modelo de gestão, como o das organizações sociais, que “[...] funcionavam como a iniciativa privada nos seus contratos. Claro que cotavam preço, mantinham salários de mercado. Não era bem uma coisa totalmente livre.” (CRM/SP, 2018).

Além disso, era necessário aumentar a atratividade das profissões da saúde no setor público. A capacidade de captação de profissionais era baixa, pois era difícil competir com o mercado privado quanto a remuneração e a condições de trabalho.

¹² Cf. Brasil, 1993 e Brasil, 2000.

Mas a intenção da instituição das OSSs em São Paulo também era melhorar a eficiência da prestação de serviços de saúde à população. Esperava-se que o novo modelo propiciasse maior flexibilidade de gestão e melhoria do serviço prestado, em razão da exigência do cumprimento de metas pré-estabelecidas.

Para a fixação dessas metas, era firmado o contrato de gestão, que é visto como uma das vantagens desse modelo. O instrumento contratual fixa regras firmes. A organização social, portanto, é submetida a controle quanto ao cumprimento das metas e com relação à observância às normas aplicáveis. Além disso, a escolha da pessoa jurídica a ser contratada depende de seleção pública, o que também garante a higidez do modelo.

Outra vantagem seria a flexibilização de aspectos do contrato de trabalho. Há opinião no sentido de que a terceirização teria ocasionado a perda de direitos do trabalhador, pois nas OSSs não há a carreira pública. Além disso, no regime celetista não há a possibilidade de se concederem aumentos e gratificações nos mesmos moldes do regime público. As vantagens eventualmente concedidas aos trabalhadores incorporam-se ao salário, o que impede a remuneração baseada em atribuições específicas e, por vezes, temporárias que podem ser conferidas ao profissional – funções de direção e de chefia, por exemplo.

Entretanto, entende-se que essa modalidade de contratação propiciou um ganho do serviço público decorrente da extirpação de alguns vícios criados pela estabilidade dos servidores estatutários.

De outro lado, um facilitador desse processo de instituição das OSSs foi a formação dos gestores da época, que eram sanitaristas: “Tanto o Guedes como o Barradas foram, por muito tempo, secretários, não saíram da Secretaria. A trajetória profissional deles foi toda construída dentro da Secretaria. Não era gente de fora. Conhecia profundamente a Secretaria, tinha compromisso em função do sistema etc.” (SESA/SP, 2018). Daí a ideia de que era preciso viabilizar a eficiente prestação do serviço, ainda que para tanto fosse necessário evitar o regime jurídico público.

Observa-se certo retrocesso nesse aspecto. Atualmente, endureceu-se o entendimento dos órgãos de controle a respeito do regime jurídico das OSs. Diante de denúncias de corrupção, o Ministério Público, os Tribunais de Contas e outras instâncias de controle têm disseminado interpretações que agravaram as regras aplicáveis.

Há cerca de dez anos, o recrutamento de médicos era descomplicado. Dava-se mediante chamamento público e, muitas vezes, simples entrevista dos candidatos.

Havia poucos profissionais disponíveis, de modo que não havia praticamente disputa pelas vagas existentes. Os interessados eram quase diretamente contratados.

Mesmo a contratação de obras ou de serviços era mais flexível. Era possível escolher o contratado conforme o critério da qualidade, e não apenas do preço. Mas, “[a]gora, a regra do menor preço veio para a gente e aí a minha comissão técnica de verificação de qualidade não está tendo papel mais.” (CRM/SP, 2018).

Contudo, os órgãos de controle começaram a entender que se aplica às organizações sociais o regime jurídico público, em razão de se tratar, em última análise, de dispêndio de recursos públicos. Passou a ser necessário licitar e realizar concursos públicos, verdadeira retração da flexibilização que o modelo oferecia.

Também aquelas flexibilidades que foram sendo construídas internamente na Secretaria Estadual de Saúde foram repensadas pelos órgãos de controle. Os processos de gestão têm se submetido a mecanismos de controle interno e à autorização prévia do governo estadual, que passou a exercer mando direto sobre as questões da Secretaria da Saúde.

Mas, a despeito disso, ainda se acredita que a organização social seja o melhor modelo de gestão: “Você pode por como sendo minha essa palavra: eu não trabalharia mais na gestão da Administração Direta. Não trabalharia. Tenho certeza que este caminho [a OSS], ele é mais eficiente.” (CRM/SP, 2018).

4.3.2 Quadro de temas mais frequentes

TEMA	IDEIAS APURADAS NAS ENTREVISTAS
Impressões sobre a saúde pública	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Medidas de flexibilização internas à AP Direta e adoção do modelo de OSS; ▪ Criação das OSSs em São Paulo em contexto específico de necessidade de operação de hospitais recém-construídos; ▪ Características específicas do modelo paulista de OS que tornaram mais palatável sua aceitação: gestão de serviços novos, transferência apenas da gestão e comparação com outras entidades assistenciais.
Gestão	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Necessidade de envolvimento da liderança com as políticas de gestão da saúde pública; ▪ Maior aptidão dos profissionais de enfermagem para a gestão.
Déficit de pessoal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ -
Queixas dos estatutários	<ul style="list-style-type: none"> ▪ -

Quadro 6 – Principais ideias apuradas nas entrevistas relativas ao Estado de São Paulo (continua)
Fonte: Elaboração própria.

TEMA	IDEIAS APURADAS NAS ENTREVISTAS
Admissão	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elementos de rigidez do processo de admissão de servidores estatutários; ▪ Realização de concurso público não garante o preenchimento de vagas.
Plano de carreira	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Extinção da carreira estruturada na AP Direta, que se tornou demanda atual dos servidores; ▪ Inexistência de planos de cargos e salários que precariza o trabalho do servidor estatutário paulista.
Remuneração	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contratação por meio de cooperativas que gerou a diminuição da remuneração; ▪ O cuidador.
Continuidade do serviço	Garantida nas OSs pela flexibilidade de contratação.
Condições de trabalho	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sobrecarga de trabalho que gera stress e depressão; ▪ Suicídio; ▪ Violência.
Mobilidade	Nas OSs, há possibilidade de certa mobilidade geográfica (lotação conforme a necessidade do serviço).
Infraestrutura	A deficiência gera outros problemas relacionados à gestão do trabalho, como a punição indevida de profissionais.
Qualidade do trabalhador	O modelo de OS permite maior flexibilidade também para a correção de inadequações dos profissionais contratados.
Impressões sobre o modelo analisado	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adoção do modelo de OS motivada pela superação da rigidez normativa, que piorou após a edição da Constituição Federal de 1988, além da necessidade de atrair profissionais e melhorar a eficiência do serviço; ▪ Contrato de gestão como uma das vantagens do modelo, além da própria flexibilização daquele decorrente; ▪ Piora de certos aspectos da relação de trabalho; <p>Endurecimento dos órgãos de controle quanto ao regime jurídico aplicável às OSs e com relação às flexibilidades internas à SESA.</p>

Quadro 6 – Principais ideias apuradas nas entrevistas relativas ao Estado de São Paulo (conclusão)
 Fonte: Elaboração própria.

4.3.3 Documentos concernentes ao modelo de gestão adotado no Estado de São Paulo: trechos relevantes à pesquisa

As organizações sociais são reguladas, no Estado de São Paulo, pela Lei Complementar n. 846, de 04 de junho de 1998, nos seguintes termos: “O Poder

Executivo poderá qualificar como organizações sociais pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas à saúde e à cultura” (SÃO PAULO, 1998, art. 1º).

Com relação às organizações sociais da saúde, dispõe o parágrafo único do artigo 2º que “Somente serão qualificadas como organização social, as entidades que, efetivamente, comprovarem possuir serviços próprios de assistência a saúde, há mais de 5 (cinco) anos.” (SÃO PAULO, 1998, art. 2º).

O contrato de gestão é regulado pelo artigo 6º, que torna dispensável a licitação para a sua celebração (§ 1º), desde que “precedida de publicação da minuta do contrato de gestão e de convocação pública das organizações sociais, através do Diário Oficial do Estado, para que todas as interessadas em celebrá-lo possam se apresentar.” (SÃO PAULO, 1998, § 3º art. 6).

Nos termos do artigo 16 da lei, “Fica facultado ao Poder Executivo o afastamento de servidor para as organizações sociais, com ônus para a origem.” (SÃO PAULO, 1998, art. 16).

Posteriormente, a Lei Complementar n. 1.243, de 30 de maio de 2014¹³ alterou a Lei das Organizações Sociais em São Paulo, ampliando o objeto dessas instituições.

Por serem as organizações sociais associações, pessoas jurídicas de Direito Privado, seus trabalhadores são regidos pela CLT.

O Estado de São Paulo disponibiliza, no seu Portal da Transparência, a consulta aos contratos de gestão com as organizações sociais e seus termos aditivos¹⁴.

¹³ SÃO PAULO. LEI COMPLEMENTAR N. 1.243, DE 30 DE MAIO DE 2014. *Altera a Lei Complementar nº 846, de 1998, que dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, e dá providências correlatas*, São Paulo, SP, mar 2018. Disponível em: <<https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei.complementar/2014/lei.complementar-1243-30.05.2014.html>>. Acesso em 12 mar. 2018.

¹⁴ Disponível em: <<http://www.portaldatransparencia.saude.sp.gov.br>>. Acesso em mar. 2018.

5 A FLEXIBILIDADE DE GESTÃO COMO DETERMINANTE DA ESCOLHA DOS MODELOS ANALISADOS

5.1 A VARIÁVEL ANALÍTICA: RETOMANDO O CONCEITO DE FLEXIBILIDADE

No item 3.3, ao tratar da gestão do trabalho no SUS, definiu-se em linhas gerais o conceito de flexibilidade em RH.

Para tanto, foi considerado o conceito criado por Francisco Longo, em sua obra **Mérito e Flexibilidade** (2007), e que retomamos no presente item.

Os modelos de gestão de RH adotados nos Estados da Bahia, do Paraná e de São Paulo, expostos no capítulo 4, serão analisados conforme a variável da flexibilidade definida por esse autor – mais especificamente, conforme a tipologia por ele exposta.

Longo (Id., p. 140) classifica as práticas flexíveis em GRH em cinco grandes áreas, apresentando ainda as principais tendências de mudança verificadas em seus estudos de gestão pública em relação a cada uma delas:

A flexibilidade numérica refere-se à “[...] dimensão quantitativa do emprego público.” (p. 140) O autor verificou, entre os países da OCDE, a prática generalizada de redução ou de contenção do crescimento do quadro de pessoal do serviço público.

De outro lado, a flexibilidade contratual compreende a mitigação da hiperproteção ao serviço público, por meio da concessão de uma estabilidade maior que aquelas de que gozam os trabalhadores do setor privado. Segundo o autor, a demissão motivada por infração disciplinar, presente em todos os sistemas públicos, não basta para a ordenação do trabalho conforme as necessidades organizacionais, técnicas ou econômicas. As reformas percebidas tendem a ampliar as hipóteses de rescisão contratual ou a introduzir ou ampliar modalidades contratuais mais flexíveis. (p. 143). Geralmente, recorre-se à generalização da contratação temporária, que passa a ser aplicada para atividades permanentes do Estado, como forma de driblar a rigidez do regime jurídico dos trabalhadores públicos, ou à subcontratação ou terceirização dos serviços a entidades do terceiro setor ou a empresas privadas (Ibid., 2007, p. 145).

Por sua vez,

A flexibilidade funcional no setor público foi definida como a capacidade dos empregados, obtida através de seus conhecimentos, habilidades e acordos trabalhistas, para responder rápida e flexivelmente aos novos desafios apresentados por seu meio (Hegewish, 1999, p. 128). Abordamos aqui as mudanças relacionadas com as tentativas de eliminar ou reduzir a rigidez dos mecanismos de recrutamento, seleção, planejamento de cargos e funções, avaliação, promoção e mobilidade que caracterizam, como já indicamos, os sistemas burocráticos de função pública. (LONGO, 2007, p. 146).

O autor verificou as seguintes tendências reformistas no que toca à flexibilidade funcional no setor público:

a) Substituição dos mecanismos tradicionais de recrutamento e seleção, baseados em conhecimentos técnicos ou em méritos formais, por modelos baseados em competência, que busquem obter e reter pessoal para o exercício dos novos papéis de regulador e facilitador exigidos pela nova vertente da Administração Pública. Para tanto, é preciso definir as qualidades pessoais dos candidatos desejáveis e adaptar tanto os instrumentos quanto os órgãos de seleção a esse novo paradigma;

b) Renovação do planejamento de cargos e funções, com ampliação da descrição dos cargos em sentido horizontal, ampliando o número de atribuições condizentes com cada cargo, reduzindo a especialização e a padronização e promovendo a multifuncionalidade do trabalhador, e em sentido vertical, aumentando o número de níveis ou faixas funcionais;

c) Instauração de uma avaliação de desempenho mais personalizada, voltada para a aferição da necessidade de capacitar o profissional, buscando, assim, o seu desenvolvimento;

d) Redução do peso da antiguidade nas promoções, que devem se vincular ao desenvolvimento de capacidades e ao desempenho no cargo, permitindo a promoção sem ascensão à posição de liderança (promoção “no posto”);

e) Implantação de hipóteses de mobilidade forçada – que o autor reconhece serem de difícil aceitação – ou estimulada (LONGO, 2007, p. 146-150).

Ademais, a flexibilidade salarial propõe uma gestão salarial mais adaptada às necessidades da organização e, portanto, mais eficiente. São tendências nessa área: a redução da uniformidade salarial, que decorre da negociação e da tomada de decisões centralizadas; a implantação de mecanismos de progressão salarial baseada no desempenho e no aprendizado, isso é, em características pessoais e não mais no cargo, permitindo um avanço entre as faixas salariais mais flexível, propiciado pelo alcance dos

patamares pessoais desejáveis; retribuição conforme o desempenho, que, adotada amplamente no setor público, vem recebendo muitas críticas em razão dos problemas que pode gerar, tais como a manipulação de resultados e a baixa motivação do pessoal (LONGO, 2007, p. 151-153).

Por fim, a flexibilidade no tempo de trabalho decorre da necessidade atual de se aliar alta produtividade ao equilíbrio entre vida pessoal e familiar e trabalho. Realiza-se por meio da implantação da jornada parcial, do horário flexível – que já é amplamente adotado no setor público e no qual há diferentes horários de entrada e de saída dos trabalhadores, com algumas horas diárias de comparecimento obrigatório – e do trabalho remoto (LONGO, 2007, p. 154-155).

As espécies de prática flexível podem ser assim resumidas:

PRÁTICA FLEXÍVEL	CONCEITO	TENDÊNCIAS REFORMISTAS
NUMÉRICA	Redimensionamento dos quadros de pessoal conforme a demanda	- Redução do número de trabalhadores - Contenção do crescimento do quadro
CONTRATUAL	Mitigação da estabilidade	- Contratação temporária - Subcontratação
FUNCIONAL	Redução da rigidez dos mecanismos de: a) recrutamento e seleção b) planejamento de cargos c) avaliação d) promoção e mobilidade	a) Recrutamento e seleção baseados na gestão por competência b) Ampliação horizontal e vertical da descrição dos cargos, com redução da especialização e introdução da multifuncionalidade c) Avaliação com foco no desenvolvimento dos RH d) Promoção baseada nas capacidades e desempenho e mobilidade forçada ou estimulada
SALARIAL	Alteração dos sistemas de remuneração e incentivo	- Redução da uniformidade salarial - Progressão salarial conforme desempenho e aprendizado - Retribuição baseada no desempenho
NO TEMPO DE TRABALHO	Adaptação da jornada de trabalho às aspirações pessoais do trabalhador, com possível aumento da produtividade	- Trabalho em tempo parcial - Horário flexível - Trabalho remoto

Quadro 7 – Espécies de flexibilidade em RH segundo Longo (2007)

Fonte: Elaboração própria.

Então, pode-se dizer que a adoção dos modelos de gestão de pessoal ora estudados foi motivada por alguma dessas espécies de flexibilidade laboral?

5.2 INDICADORES DOS ELEMENTOS COMUNS ÀS EXPERIÊNCIAS ESTADUAIS ESTUDADAS

Passa-se, agora, à análise dos dados colhidos.

Utilizando o código para a análise criado a partir dos temas mais comumente mencionados – v. as tabelas criadas no capítulo 4 a partir dos dados colhidos nas entrevistas –, bem como informações provenientes dos documentos analisados, foi testada a hipótese formulada no item 1.2.2 (“É possível inferir que a flexibilidade contratual (LONGO, 2007, p. 143) foi fator decisivo na formulação das principais políticas públicas em saúde dos últimos 10 anos, nos Estados analisados.”).

Nos quadros seguintes, foram organizados eventuais dados confirmativos de cada prática de flexibilidade de RH, por Estado analisado. As informações extraídas dos relatos dos entrevistados ou dos documentos referentes a cada caso analisado estão em destaque. A tabela foi complementada com práticas flexíveis admitidas pela própria legislação celetista em vigor, nos casos em que é esse o vínculo empregatício adotado (os dispositivos legais referidos nas tabelas foram reproduzidos no Anexo II):

ESTADO DA BAHIA – PARCERIA PÚBLICO-PRIVADA			
CONCEITO	TIPO	PRÁTICAS	DADOS CONFIRMATIVOS
FLEXIBILIDADE DE RH	NUMÉRICA	Redução do número de trabalhadores	A demissão de trabalhadores deve observar as regras da legislação em vigor (e.g., artigo 479 da CLT).
		Contenção do crescimento do quadro	-
	CONTRATUAL	Contratação temporária	Permitida na cláusula 7.1.7 do contrato de gestão.
		Subcontratação	Admitida parcialmente na subcláusula 7.1.6, (iii), b” do contrato de gestão.

Quadro 8 – Análise dos relatos sobre o modelo de parceria público-privada na saúde adotado no Estado da Bahia em função da variável analítica (continua)
Fonte: Elaboração própria.

ESTADO DA BAHIA – PARCERIA PÚBLICO-PRIVADA			
CONCEITO	TIPO	PRÁTICAS	DADOS CONFIRMATIVOS
FLEXIBILIDADE DE RH	FUNCIONAL	Recrutamento e seleção baseados na gestão por competência	<i>“[...] compatibilidade de negociar diferente com médico, com outra forma de contratação mais eficiente”</i>
		Ampliação horizontal e vertical da descrição dos cargos (introdução da multifuncionalidade)	-
		Avaliação com foco no desenvolvimento do RH	-
		Promoção baseada nas capacidades e desempenho e mobilidade forçada ou estimulada	Algumas alterações no contrato de trabalho estão autorizadas pelos artigos 468 a 470 da CLT, muitos deles com redação dada ou incluídos pelas Leis n. 6.203/75 e 13.467/17. A mobilidade geográfica é limitada.
	SALARIAL	Redução da uniformidade salarial	A CLT prevê prêmio em razão de desempenho superior ao ordinariamente esperado no § 4º do seu artigo 457, que foi alterado pela Lei n. 13.467/17.
		Progressão salarial conforme desempenho e aprendizado	Pode-se inferir em razão da construção de uma carreira no âmbito da PPP (referida nas entrevistas e imposta pelo contrato de concessão – subcláusula 7.1.6, (iii), “d”).
		Retribuição baseada no desempenho	A CLT veda o pagamento de salário diferente para trabalho de igual valor em seu artigo 5º. Entretanto, admite o pagamento do já referido prêmio previsto no § 4º do seu artigo 457, que foi alterado pela Lei n. 13.467/17.

Quadro 8 – Análise dos relatos sobre o modelo de parceria público-privada na saúde adotado no Estado da Bahia em função da variável analítica (continua)

Fonte: Elaboração própria.

ESTADO DA BAHIA – PARCERIA PÚBLICO-PRIVADA			
CONCEITO	TIPO	PRÁTICAS	DADOS CONFIRMATIVOS
	NO TEMPO DE TRABALHO	Trabalho em tempo parcial	Já havia sido incluído na CLT pela Medida Provisória n. 2.164/01, que havia inserido o artigo 58-A. Esse artigo teve sua redação alterada pela Lei n. 13.467.
		Horário flexível	Há interpretação que admite a estipulação de horário flexível no próprio contrato individual de trabalho, nos termos do artigo 444 da CLT. A Lei n. 13.467 inseriu na CLT a previsão da jornada intermitente de trabalho (§ 3º do artigo 443).
		Trabalho remoto	O teletrabalho foi incluído na CLT pela Lei n. 13.467/17, que inseriu os artigos 75-A a 75-E.

Quadro 8 – Análise dos relatos sobre o modelo de parceria público-privada na saúde adotado no Estado da Bahia em função da variável analítica (conclusão)

Fonte: Elaboração própria.

No modelo de parceria público-privada do Estado da Bahia, há indicadores de concessão de flexibilidade numérica (redução do número de trabalhadores), contratual (contratação temporária e subcontratação), funcional (recrutamento e seleção baseados na gestão por competência e promoção baseada nas capacidades e desempenho e mobilidade forçada ou estimulada), salarial (redução da uniformidade salarial, progressão salarial conforme desempenho e aprendizado e retribuição baseada no desempenho) e no tempo de trabalho (trabalho em tempo parcial, horário flexível e trabalho remoto). Por se tratar de gestão do trabalho por empresa privada, submetida ao regime celetista, a maior parte das flexibilidades decorre da própria incidência da legislação trabalhista em vigor. Apenas as duas flexibilidades contratuais, uma funcional e uma salarial têm sua origem e no contrato de gestão que rege a parceria público-privada.

ESTADO DO PARANÁ – FUNDAÇÃO ESTATAL			
CONCEITO	TIPO	PRÁTICAS	DADOS CONFIRMATIVOS
FLEXIBILIDADE DE RH	NUMÉRICA	Redução do número de trabalhadores	De acordo com o § 2º do art. 24 do Estatuto da FUNEAS, “Eventual rescisão no contrato de trabalho do pessoal do quadro próprio da FUNEAS poderá ocorrer por ato unilateral, desde que motivado, garantido o contraditório.”
		Contenção do crescimento do quadro	-
	CONTRATUAL	Contratação temporária	Permitida pelo §7º do artigo 13 da lei de regência.
		Subcontratação	O artigo 27 do Estatuto admite a solicitação de disposição funcional ou a cessão de servidores ou empregados de outras organizações públicas.
	FUNCIONAL	Recrutamento e seleção baseados na gestão por competência	-
		Ampliação horizontal e vertical da descrição dos cargos (introdução da multifuncionalidade)	-
		Avaliação com foco no desenvolvimento do RH	-
		Promoção baseada nas capacidades e desempenho e mobilidade forçada ou estimulada	Algumas alterações no contrato de trabalho estão autorizadas pelos artigos 468 a 470 da CLT, muitos deles com redação dada ou incluídos pelas Leis n. 6.203/75 e 13.467/17. A mobilidade geográfica é limitada.

Quadro 9 – Análise dos relatos sobre o modelo de fundação estatal da saúde adotado no Estado do Paraná em função da variável analítica (continua)
 Fonte: Elaboração própria.

ESTADO DO PARANÁ – FUNDAÇÃO ESTATAL			
CONCEITO	TIPO	PRÁTICAS	DADOS CONFIRMATIVOS
	SALARIAL	Redução da uniformidade salarial	A CLT prevê prêmio em razão de desempenho superior ao ordinariamente esperado no § 4º do seu artigo 457, que foi alterado pela Lei n. 13.467/17.
		Progressão salarial conforme desempenho e aprendizado	
		Retribuição baseada no desempenho	
	NO TEMPO DE TRABALHO	Trabalho em tempo parcial	Já havia sido incluído na CLT pela Medida Provisória n. 2.164/01, que havia inserido o artigo 58-A. Esse artigo teve sua redação alterada pela Lei n. 13.467.
		Horário flexível	Há interpretação que admite a estipulação de horário flexível no próprio contrato individual de trabalho, nos termos do artigo 444 da CLT. A Lei n. 13.467 inseriu na CLT a previsão da jornada intermitente de trabalho (§ 3º do artigo 443).
		Trabalho remoto	O teletrabalho foi incluído na CLT pela Lei n. 13.467/17, que inseriu os artigos 75-A a 75-E.

Quadro 9 – Análise dos relatos sobre o modelo de fundação estatal da saúde adotado no Estado do Paraná em função da variável analítica (conclusão)

Fonte: Elaboração própria.

Já na fundação estatal paranaense, há indicadores de concessão de flexibilidade numérica (redução do número de trabalhadores), contratual (contratação temporária e subcontratação), funcional (promoção baseada nas capacidades e desempenho e mobilidade forçada ou estimulada), salarial (redução da uniformidade salarial, progressão salarial conforme desempenho e aprendizado e retribuição baseada no desempenho) e no tempo de trabalho (trabalho em tempo parcial, horário flexível e trabalho remoto). Trata-se de fundação submetida ao Direito Privado com algumas derrogações de Direito Público – destaca-se a

necessidade de realização de concurso público para recrutamento. Por essa razão, aplicam-se vários pontos da legislação trabalhista, à qual se atribui a maior parte das flexibilidades concedidas nesse modelo. Somente a contratação temporária tem previsão específica na lei de regência da fundação estatal.

ESTADO DE SÃO PAULO – ORGANIZAÇÃO SOCIAL			
CONCEITO	TIPO	PRÁTICAS	DADOS CONFIRMATIVOS
FLEXIBILIDADE DE RH	NUMÉRICA	Redução do número de trabalhadores	A demissão de trabalhadores deve observar as regras da legislação em vigor (e.g., artigo 479 da CLT).
		Contenção do crescimento do quadro	-
	CONTRATUAL	Contratação temporária	Admitida pelo artigo 443 da CLT.
		Subcontratação	Atualmente admitida e regulamentada pela Lei n. 13.429/17, que alterou a Lei n., 6.019/74 para ampliar as hipóteses de terceirização do trabalho.
	FUNCIONAL	Recrutamento e seleção baseados na gestão por competência	-
		Ampliação horizontal e vertical da descrição dos cargos (introdução da multifuncionalidade)	-
		Avaliação com foco no desenvolvimento do RH	-
		Promoção baseada nas capacidades e desempenho e mobilidade forçada ou estimulada	Mobilidade do quadro funcional: “ <i>Aí a gente negociou, negociou... Ampliou, contratou um clínico aqui, outro ali.</i> ”

Quadro 10 – Análise dos relatos sobre o modelo de organização social da saúde adotado no Estado de São Paulo em função da variável analítica (continua)

Fonte: Elaboração própria.

ESTADO DE SÃO PAULO – ORGANIZAÇÃO SOCIAL			
CONCEITO	TIPO	PRÁTICAS	DADOS CONFIRMATIVOS
FLEXIBILIDADE DE RH	SALARIAL	Redução da uniformidade salarial	Algumas alterações no contrato de trabalho estão autorizadas pelos artigos 468 a 470 da CLT, muitos deles com redação dada ou incluídos pelas Leis n. 6.203/75 e 13.467/17. A mobilidade geográfica é limitada.
		Progressão salarial conforme desempenho e aprendizado	A CLT prevê prêmio em razão de desempenho superior ao ordinariamente esperado no § 4º do seu artigo 457, que foi alterado pela Lei n. 13.467/17.
		Retribuição baseada no desempenho	A CLT prevê prêmio em razão de desempenho superior ao ordinariamente esperado no § 4º do seu artigo 457, que foi alterado pela Lei n. 13.467/17.
	NO TEMPO DE TRABALHO	Trabalho em tempo parcial	Já havia sido incluído na CLT pela Medida Provisória n. 2.164/01, que havia inserido o artigo 58-A. Esse artigo teve sua redação alterada pela Lei n. 13.467.
		Horário flexível	Há interpretação que admite a estipulação de horário flexível no próprio contrato individual de trabalho, nos termos do artigo 444 da CLT. A Lei n. 13.467 inseriu na CLT a previsão da jornada intermitente de trabalho (§ 3º do artigo 443).
		Trabalho remoto	O teletrabalho foi incluído na CLT pela Lei n. 13.467/17, que inseriu os artigos 75-A a 75-E.

Quadro 10 – Análise dos relatos sobre o modelo de organização social da saúde adotado no Estado de São Paulo em função da variável analítica (conclusão)
 Fonte: Elaboração própria.

Por fim, no modelo de organização social da saúde no Estado de São Paulo, há indicadores de concessão de flexibilidade numérica (redução do número de trabalhadores), contratual (contratação temporária e subcontratação), funcional (promoção baseada nas capacidades e desempenho e mobilidade forçada ou estimulada), salarial (redução da uniformidade salarial, progressão salarial conforme desempenho e aprendizado e retribuição baseada no desempenho) e no tempo de trabalho (trabalho em tempo parcial, horário flexível e trabalho remoto). Mais uma vez, a maioria das flexibilidades decorre da própria legislação trabalhista em vigor, aplicável à hipótese. Apenas a possibilidade de promoção baseada nas capacidades e desempenho e mobilidade forçada ou estimulada (flexibilidade funcional) foi característica não decorrente do regime celetista, mas referida na entrevista de gestor de organização social.

5.3 CONCLUSÕES

Os dados relativos aos três Estados analisados estão consolidados no gráfico seguinte:

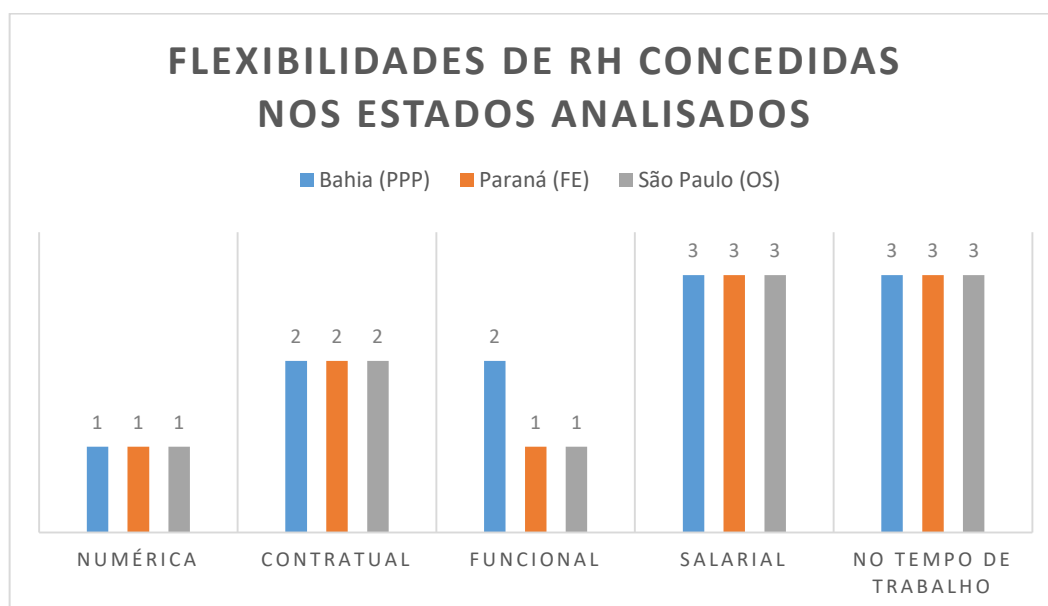


Gráfico 2 – Flexibilidades de RH concedidas nos Estados analisados, segundo a tipologia de Longo (2007)

Fonte: Elaboração própria.

Daí se pode concluir que, com base nas entrevistas e nos documentos estudados, os modelos de gestão da saúde pública alternativos ao estatutário adotados nos três Estados analisados conferiram, em comum, aquelas flexibilidades

decorrentes da legislação trabalhista em vigor. No que toca à previsão específica de flexibilidade em documento legislativo ou contratual, os casos analisados compartilham apenas um tipo de flexibilidade contratual: a possibilidade de contratação temporária.

Por se sobressair aos outros modelos quanto à concessão de flexibilidades funcionais, pode-se inferir que, de acordo com a tipologia de Longo (2007), a parceria público-privada é a hipótese que garante maior flexibilidade de gestão de pessoal.

Os três modelos analisados são regidos por regras de Direito Privado.

Contudo, a fundação estatal paranaense parece ser, analisando-se as falas dos entrevistados, a pessoa jurídica submetida a regras mais rígidas quanto a questões de pessoal, com exigência de concurso público para provimento de cargos, por exemplo – embora seja possível demitir com maior liberdade, observando-se a legislação celetista.

Nos outros dois modelos, há transferência da gestão de pessoal para pessoas jurídicas de Direito Privado: no caso da PPP, sociedade empresarial; na OS, uma associação recebe a qualificação. Assim, era mesmo razoável prever que essas duas formas de gerir apresentassem flexibilidades.

Finalmente, é possível extrair do estudo uma conclusão secundária. Os entrevistados são unânimes em afirmar que as formas de gestão eleitas em seus Estados são mais flexíveis que o regime estatutário aplicável aos servidores públicos da Administração Pública Direta.

Mas da fala dos entrevistados extrai-se que eles se referem à flexibilidade simplesmente como a fuga do regime publicístico, que consideram fator de engessamento. E, ainda que a amostra seja pequena, a literatura levantada corrobora a impressão de que esse é o conceito mais largamente adotado no País.

Nesse sentido, as três formas de gestão utilizadas pelos Estados analisados – PPP, FE e OS – são flexíveis, pois, ainda que na fundação estatal a contratação dependa de concurso público, os trabalhadores são sempre regidos pelo regime celetista.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não é novidade que as regras jurídicas têm impedido o administrador público de gerir com eficiência. É impossível ao burocrata tomar decisões arrojadas, inovadoras, pois os órgãos de controle certamente reprovarão – e provavelmente reprimirão – a atuação não precedida da correspondente autorização legislativa.

No âmbito da saúde, nas últimas décadas tem-se adotado modelos de gestão alternativos ao estatutário. O objetivo do presente estudo era verificar, a partir de três casos específicos, se a busca por flexibilidade de RH era o móvel da adoção desses modelos.

De fato, a convergência desses dois fatores – as dificuldades de gestão e a adoção de novos modelos – faz crer que o primeiro seja determinante do segundo.

Mas, como visto, flexibilidade na gestão de pessoal, segundo o conceito criado por Longo (2007), não se confunde com a mera fuga ao regime publicístico. Flexibilizar é adaptar-se às reais necessidades do trabalho.

Da análise das falas dos participantes e da leitura dos textos de lei e de contratos relativos aos modelos analisados, pode-se concluir que os modelos estudados oferecem flexibilidades, especialmente pelo fato de as relações de trabalho desenvolvidas nesses âmbitos serem regidas pela legislação trabalhista – o que, por si só, propicia, em grande medida, a flexibilização (quando se tem por parâmetro o regime estatutário). E parece-nos que a busca por flexibilidade foi, sim, um dos motivos que levaram à escolha dos modelos de gestão.

Contudo, é importante analisar qual flexibilidade norteou a decisão: a flexibilidade de RH adotada como variável analítica no presente estudo ou a simples fuga das rígidas regras do regime jurídico público?

Parece-nos, afinal, que o que determinou a escolha desses modelos foi mesmo – confirmando o que já apontava a literatura – evitar o regime jurídico estatutário e, com isso, fugir aos limites prudenciais impostos pela legislação financeira. Outros fatores são levantados nas entrevistas, como a necessidade de preencher cargos para os quais o regime estatutário é inadequado, o que leva a crer que a flexibilização é relevante dada a realidade do serviço público de saúde. Contudo, considerado todo o material estudado, parece que as flexibilidades de RH são, nesse cenário, simples efeitos benéficos dessa opção.

Sobressaem nas falas dos interessados dados como a dificuldade de contratação, caracterizada pela morosidade do processo de seleção, e a impossibilidade de concessão de retribuição baseada no mérito. Contudo, mesmo que esses fatos sejam, como de fato são, condizentes com a ideia de flexibilidade de RH proposta por Longo (2007), parece-nos que são referidos como meros entraves à prestação eficiente do serviço de saúde ao usuário, e não como obstáculos ao desenvolvimento de uma relação de trabalho mais saudável.

O olhar do gestor público da saúde é voltado para fora da relação empregado-empregador. Ao abordar questões como a perda de eficiência decorrente da estabilidade do servidor estatutário, os entrevistados indicam que o valor por eles prestigiado é a satisfação ao cidadão-cliente, e não a criação de uma boa relação de trabalho, interna à prestação do serviço.

Em suma, não se reconhece a flexibilidade de RH como fator de aprimoramento da gestão do trabalho que certamente trará, como consequência secundária – e não como efeito imediato –, uma melhor prestação de serviço à Administração Pública e à população.

Contudo, não basta que o serviço de saúde seja prestado a contento. É preciso que os próprios prestadores desse serviço mantenham uma vida equilibrada e saudável – o que depende, em grande parte, da qualidade da relação de emprego por eles mantida.

Por isso, **urge criar a consciência da necessidade de se adotar (de forma institucionalizada, legislada) a flexibilização das relações de trabalho como fator de garantia de direitos aos trabalhadores do setor de saúde:** direitos a uma seleção apropriada, a uma carreira condizente com as aspirações pessoais, a uma jornada de trabalho adequada ao serviço prestado etc.

Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, jun. 1993.

_____. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. *Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências*. Brasília, DF: Diário Oficial da União, out. 2013.

_____. Lei nº 13.429, de 31 de março de 2017. *Altera dispositivos da Lei nº 6.019, de 3 de janeiro de 1974, que dispõe sobre o trabalho temporário nas empresas urbanas e dá outras providências; e dispõe sobre as relações de trabalho na empresa de prestação de serviços a terceiros*. Brasília, DF: Diário Oficial da União, março. 2017.

_____. Lei nº 13.467, de 13 de julho de 2017. *Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e as Leis nos 6.019, de 3 de janeiro de 1974, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 8.212, de 24 de julho de 1991, a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho*. Brasília, DF: Diário Oficial da União, maio. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Gestão do trabalho e da regulação profissional em saúde: agenda positiva do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde*. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Presidência da República. *Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE)*. Brasília, 1995.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. Da Administração Pública burocrática à gerencial. In *Revista do Serviço Público*, 47 (1), jan.-abr. 1996.

_____. A reforma gerencial do Estado de 1995. In *Revista de Administração Pública- RAP*, 34 (4), jul.-ago. 2000.

CAMMAROTA, Fabio Cidreira, et al. Gestão econômico-financeira e flexibilidades contratuais das unidades de saúde gerenciadas por Organizações Sociais no Estado de São Paulo. *VI Congresso CONSAD de Gestão Pública*. Brasília, 2013.

CARVALHO, Gilson. A saúde pública no Brasil. *Estudos avançados* 27 (78), 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ea/v27n78/02.pdf>. Acesso em 14 de maio. 2018.

CARVALHO FILHO, José dos Santos. *Manual de Direito Administrativo*. 28. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2015.

COLLIER, David. The comparative method. In FINIFTER, Ada. *Political Science: The state of the discipline II*. Washington, DC: American Political Science Association, 1993. p. 105-119.

CONASS (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE). *Gestão do trabalho e da educação na saúde*. Brasília: CONASS, 2011. Disponível em:

http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_9.pdf. Acesso em 14 de maio. 2018.

_____. 2º Levantamento da Organização, Estrutura e Ações da Área de Recursos Humanos das Secretarias Estaduais de Saúde. *Cadernos de Informação Técnica e Memória do CONAS*. Brasília, 2015: 1 ed. Disponível em: http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/Conass_Documenta_29.pdf Acesso em 15 de maio. 2018.

COUTINHO, Frederico de Moraes Andrade; BERNARDO, Renata Anício; SILVA, Felipe Antônio Rocha. Contratualização de resultados com o terceiro setor (OSCIPI), desafios e potencialidades: a experiência de Minas Gerais. *I Congresso CONSAD de Gestão Pública*. Brasília, 2008.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. *Parcerias na administração pública – concessão, permissão, franquia, terceirização, parceria público-privada e outras formas*. 9 ed. São Paulo: Atlas, 2012.

_____. *Direito Administrativo*. 27. ed. São Paulo: Atlas, 2014.

EBERHARDT, Leonardo Dresch; CARVALHO, Manoela de; MUROFUSE, Neide Tiemi. Vínculos de trabalho no setor saúde: o cenário da precarização na macrorregião Oeste do Paraná. *Saúde em Debate*, 2015, 39: 18-29.

FIGUEIREDO, Nebia Maria Almeida de. *Método e metodologia na pesquisa científica*. 2. ed. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2007.

HUSSERL, Edmund. *A sexta investigação*. Trad. Zeljko Loparie e Andréa Maria Altino de Campos Loparie. São Paulo: Editora Nova Cultural, 2000.

LEECH, Beth L. Asking questions: techniques for semistructured interviews. *PS: Political Science and Politics*, v. 35, n. 4, 2002, pp. 665-668. Disponível em: https://itp.nyu.edu/classes/fungus/interview_technique/AskingQuestions.pdf. Acesso em 20 jul. 2017.

LIMA, Luciana Dias de, et al. Regionalization and access to healthcare in Brazilian states: historical and political-institutional conditioning factors. *Ciencia & saúde coletiva*, 2012, 17.11: 2881-2892.

LIMA JÚNIOR, Olavo Brasil de. As reformas administrativas no Brasil: modelos, sucessos e fracassos. *Revista do Serviço Público* (repositório ENAP). Ano 49 n. 2. Abr-Jun 1998. Disponível em: <http://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/1490/1/1998%20Vol.49%2cn.2%20J%C3%BAnior.pdf> Acesso em 14 de maio. 2018.

LONGO, Francisco. *Mérito e flexibilidade: gestão das pessoas no setor público*. Edições Fundap, 2007.

LORENZETTI, Jorge, et al. Gestão em saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados. *Texto & Contexto Enfermagem*, 2014, 23.2.

MACHADO, Cristiani Vieira et al. Gestão do trabalho nas Unidades de Pronto Atendimento: estratégias governamentais e perfil dos profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, e00170614, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000200704&lng=en&nrm=iso. Acesso em 15 de fev. 2018.

MACIEL, Regina Heloisa Mattei de Oliveira; SANTOS, João Bosco Feitosa dos; RODRIGUES, Rosana Lima. Condições de trabalho dos trabalhadores da saúde: um enfoque sobre os técnicos e auxiliares de nível médio. *Revista brasileira de saúde ocupacional*. 2015, vol.40, n.131, pp.75-87.

MAGALHÃES, Anne Gislâyne Amorim. Precarização do trabalho: reflexos e impactos na política de saúde brasileira. *Anais da VIII jornada internacional de políticas públicas*, 2015, 12.

MARTINS, Humberto Falcão; LEVY, Sara Lin. "Inflexibilização": Limitações à flexibilização em parcerias com entes de cooperação. *IV Congresso CONSAD de Gestão Pública*. Brasília, 2011.

MEDEIROS, Katia Rejane; ALBUQUERQUE, Paulette Cavalcanti. A precarização dos vínculos trabalhistas no setor saúde brasileiro: um balanço do período de 2004 a 2012. *CICS-Publicações/eBooks*, 2014.

MOTTA, Alexandre Ribeiro. *O combate ao desperdício no gasto público: uma reflexão baseada na comparação entre os sistemas de compra privado, público federal norte-americano e brasileiro*. Dissertação de mestrado. Instituto de Economia - Unicamp. Campinas, 2010.

NUNES, Edson. *A gramática política do Brasil: clientelismo, corporativismos e insulamento burocrático*. 5. ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2017.

OLIVEIRA, Eloy Henrique Saraiva de; PAIVA, Danuza Aparecida de. O papel dos verificadores independentes nos contratos de PPP: a experiência do Estado de Minas Gerais. *VI Congresso CONSAD de Gestão Pública*. Brasília, 2013.

PACHECO, Regina Silvia. Critérios de nomeação para cargos de direção no setor público. *Desigualdade & Diversidade—Revista de Ciências Sociais da PUC-Rio*, 2011.

_____. As armadilhas dos controles no Brasil: subordinação política e constrangimentos burocráticos. In: *XVII Congresso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública*. 2012.

PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. *Revista de Saúde Pública*, 2006, 40: 73-78.

_____; _____. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2007, 12: 1819-1829.

PARANÁ. LEI N. 17.959, DE 11 DE MARÇO DE 2014. *Autoriza o Poder Executivo a instituir a Fundação Estatal de Atenção em Saúde do Estado do Paraná - FUNEAS-PARANÁ*, Curitiba, PR, 2014. Disponível em: <http://www.legislacao.pr.gov.br/legislacao/pesquisarAto.do?action=exibir&codAto=114678&indice=1&totalRegistros=1>. Acesso em 12 mar. 2018.

PIERANTONI, Célia Regina; VARELLA, Thereza Christina; FRANÇA, Tania. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. *Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises*, 2004, 2: 51-70.

PIRES; Roberto Rocha Coelho; GOMIDE, Alexandre de Ávila. Governança e capacidades estatais: uma análise comparativa de programas federais. *Revista de Sociologia e Política* vol. 24, n. 58, Curitiba, junho 2016. p. 2.

PIRES JR, Paulo Abrão; COUTINHO, Frederico de Moraes Andrade. Entidades de colaboração e as relações de parceria entre Estado e Sociedade: Uma Análise crítica do anteprojeto de Lei Orgânica da Administração Pública. *IV Congresso CONSAD de Gestão Pública*. Brasília: 2011.

SALGADO, Valéria Alpino Bigonha. *Vínculos de cooperação entre a Administração Pública e entidades civis sem fins lucrativos – o papel das organizações sociais, das OSCIPs e dos serviços autônomos*. IV Congresso CONSAD de Gestão Pública. Brasília, 2011.

_____. Uma análise crítica dos modelos de parceria entre o poder público e entidades do terceiro setor. *VI Congresso CONSAD de Gestão Pública*. Brasília, 2013.

SANO, Hironobu; ABRUCIO, Fernando Luiz. Promessas e resultados da Nova Gestão Pública no Brasil: o caso das organizações sociais de saúde em São Paulo. *RAE-Revista de Administração de empresas*, 2008, 48.3.

SÃO PAULO. LEI COMPLEMENTAR N. 846, DE 04 DE JUNHO DE 1998. *Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e dá outras providências*, São Paulo, SP, 1998. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei.complementar/1998/lei.complementar-846-04.06.1998.html>. Acesso em 12 mar. 2018.

STF. AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE: ADI 1923. Requerentes: Partido dos Trabalhadores – PT – e Partido Democrático Trabalhista – PDT. Requerido: Congresso Nacional. Relator: Ministro Ayres Britto. Relator p/ Acórdão: Ministro Luiz Fux. DJ: 17/12/2015. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudencia/listarJurisprudencia.asp?s1=%28ORGANIZACAO%20SOCIAIS%29&base=baseAcordados&url=http://tinyurl.com/yaq9u3o5>. Acesso em: 24 jul. 2018.

_____. MEDIDA CAUTELAR EM AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE: ADI 2135 MC. Requerentes: Partido dos Trabalhadores – PT –, Partido Democrático

Trabalhista – PDT –, Partido Comunista do Brasil – PC do B – e Partido Socialista do Brasil – PSB. Requerido: Congresso Nacional. Relator: Ministro Néri da Silveira. Relatora p/ Acórdão: Ministra Ellen Gracie. DJ: 07/03/2008. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudencia/listarJurisprudenciaDetalhe.asp?s1=000090106&base=baseAcordaos>. Acesso em: 14 out. 2017.

SUNDFELD, Carlos Ari. *Direito administrativo para céticos*. São Paulo: Malheiros, 2012.

_____. Chega de axé no direito administrativo. *Huffpost Brasil*. 21 mar. 2014 (online). Disponível em: <https://www.huffpostbrasil.com/carlos-ari-sundfeld/chega-de-axe-no-direito-administrativo_a_21667314/> Acesso em 14 de maio. 2018.

TAVEIRA, Zaira Zambelli; SOUZA, Ricardo Alexandre de; MACHADO, Maria Helena. Precarização dos vínculos de trabalho na estratégia saúde da família: revisão de literatura. *Divulg. saúde debate*, 2012, 47: 102-110.

_____. *Precarização dos vínculos de trabalho na Estratégia Saúde da Família: revisão de literatura*. 2010. 30f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 2006.

VERDE, Fábio Frazatto; BERNARDO, Marcia Hespanhol; BÜLL, Sandra. Trabalho e precarização na saúde pública. *ECOS*, v. 3, n. 1. Disponível em: <<http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/1125/81>. p. 20> Acesso em 14 de maio. 2018.

VILELA, Elisângela Nascimento; MAFRA, Luiz Antonio Staub. Estratégia saúde da família: contratação temporária e precarização nas relações de trabalho. *Caderno de Estudos Interdisciplinares*, 2015.

WARLICH, Beatriz. A reforma administrativa no Brasil: experiência anterior, situação atual e perspectivas. Uma apreciação geral. In: *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, 1984, v. 18, n. 1, jan./mar. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/10623/9612>. Acesso em 24 jan. 2018.

WEBER, Max. Bureaucracy. In THEODOULOU, Stella Z. How policy is made. In THEODOULOU, Stella Z.; CAHN, Matthew A. *Public Policy: The Essential Readings*. New Jersey: Prentice Hall Humanities/Social Science, 1995.

ANEXO A - ROTEIRO INICIAL PARA A ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

1. Por favor, comente sobre as maiores dificuldades encontradas na gestão de pessoal na área da saúde pública no seu Estado (em nível estadual, portanto). Se possível, gostaria de informações sobre a última década (se for o caso, sobre período superior). Refiro-me a dificuldades quanto a admissão, dispensa, regime jurídico, remuneração, atribuições e outras.
2. Na sua visão, por que essas dificuldades existem/existiam?
3. Como se tem lidado com essas dificuldades? Foram criadas instituições para a gestão da saúde, realizadas transformações nas entidades existentes e/ou firmados acordos com entes privados? Como isso se deu? (Preciso de informações abrangentes, na medida do possível.)
4. A seu ver, essas atitudes (criação ou transformação de instituições, parcerias etc.) foram eficazes? Explique.
5. Há outros comentários sobre as políticas públicas de saúde dos últimos tempos que pareçam pertinentes?
6. Se for o caso, indique, por favor, outra pessoa que poderia complementar as informações dadas ou alguma fonte documental de dados (legislação, decisões, contratos etc.).

ANEXO B – TRECHOS DA CONSOLIDAÇÃO DA LEI DOS TRABALHOS REFERIDOS NO CAPÍTULO 5

DECRETO-LEI N.º 5.452, DE 1º DE MAIO DE 1943

Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, usando da atribuição que lhe confere o art. 180 da Constituição,

DECRETA:

Art. 1º Fica aprovada a Consolidação das Leis do Trabalho, que a este decreto-lei acompanha, com as alterações por ela introduzidas na legislação vigente.

Parágrafo único. Continuam em vigor as disposições legais transitórias ou de emergência, bem como as que não tenham aplicação em todo o território nacional.

Art. 2º O presente decreto-lei entrará em vigor em 10 de novembro de 1943.

Rio de Janeiro, 1 de maio de 1943, 122º da Independência e 55º da República.

GETÚLIO VARGAS.

Alexandre Marcondes Filho.

CONSOLIDAÇÃO DAS LEIS DO TRABALHO

TÍTULO I

INTRODUÇÃO

Art. 1º - Esta Consolidação estatui as normas que regulam as relações individuais e coletivas de trabalho, nela previstas.

[...]

~~Art. 58-A. Considera-se trabalho em regime de tempo parcial aquele cuja duração não exceda a vinte e cinco horas semanais. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.164-41, de 2001)~~

Art. 58-A. Considera-se trabalho em regime de tempo parcial aquele cuja duração não exceda a trinta horas semanais, sem a possibilidade de horas suplementares semanais, ou, ainda, aquele cuja duração não exceda a vinte e seis horas semanais, com a possibilidade de acréscimo de até seis horas suplementares semanais. (Redação dada pela Lei nº 13.467, de 2017) (Vigência)

§ 1º O salário a ser pago aos empregados sob o regime de tempo parcial será proporcional à sua jornada, em relação aos empregados que cumprem, nas mesmas funções, tempo integral. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.164-41, de 2001)

§ 2º Para os atuais empregados, a adoção do regime de tempo parcial será feita mediante opção manifestada perante a empresa, na forma prevista em instrumento decorrente de negociação coletiva. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.164-41, de 2001)

§ 3º As horas suplementares à duração do trabalho semanal normal serão pagas com o acréscimo de 50% (cinquenta por cento) sobre o salário-hora normal. (Incluído pela Lei nº 13.467, de 2017) (Vigência)

§ 4º Na hipótese de o contrato de trabalho em regime de tempo parcial ser estabelecido em número inferior a vinte e seis horas semanais, as horas suplementares a este quantitativo serão consideradas horas extras para fins do pagamento estipulado no § 3º, estando também limitadas a seis horas suplementares semanais. (Incluído pela Lei nº 13.467, de 2017) (Vigência)

§ 5º As horas suplementares da jornada de trabalho normal poderão ser compensadas diretamente até a semana imediatamente posterior à da sua execução, devendo ser feita a sua quitação na folha de pagamento do mês subsequente, caso não sejam compensadas. (Incluído pela Lei nº 13.467, de 2017) (Vigência)

§ 6º É facultado ao empregado contratado sob regime de tempo parcial converter um terço do período de férias a que tiver direito em abono pecuniário. (Incluído pela Lei nº 13.467, de 2017) (Vigência)

§ 7º As férias do regime de tempo parcial são regidas pelo disposto no art. 130 desta Consolidação. (Incluído pela Lei nº 13.467, de 2017) (Vigência)

[...]

Art. 75-A. A prestação de serviços pelo empregado em regime de teletrabalho observará o disposto neste Capítulo. (Incluído pela Lei nº 13.467, de 2017) (Vigência)

Art. 75-B. Considera-se teletrabalho a prestação de serviços preponderantemente fora das dependências do empregador, com a utilização de tecnologias de informação e de comunicação que, por sua natureza, não se constituam como trabalho externo. (Incluído pela Lei nº 13.467, de 2017) (Vigência)

Parágrafo único. O comparecimento às dependências do empregador para a realização de atividades específicas que exijam a presença do empregado no estabelecimento não descaracteriza o regime de teletrabalho. (Incluído pela Lei nº 13.467, de 2017) (Vigência)

Art. 75-C. A prestação de serviços na modalidade de teletrabalho deverá constar expressamente do contrato individual de trabalho, que especificará as atividades que serão realizadas pelo empregado. (Incluído pela Lei nº 13.467, de 2017) (Vigência)

§ 1º Poderá ser realizada a alteração entre regime presencial e de teletrabalho desde que haja mútuo acordo entre as partes, registrado em aditivo contratual. (Incluído pela Lei nº 13.467, de 2017) (Vigência)

§ 2º Poderá ser realizada a alteração do regime de teletrabalho para o presencial por determinação do empregador, garantido prazo de transição mínimo de quinze

dias, com correspondente registro em aditivo contratual. (Incluído pela Lei nº 13.467, de 2017) (Vigência)

Art. 75-D. As disposições relativas à responsabilidade pela aquisição, manutenção ou fornecimento dos equipamentos tecnológicos e da infraestrutura necessária e adequada à prestação do trabalho remoto, bem como ao reembolso de despesas arcadas pelo empregado, serão previstas em contrato escrito. (Incluído pela Lei nº 13.467, de 2017) (Vigência)

Parágrafo único. As utilidades mencionadas no **caput** deste artigo não integram a remuneração do empregado. (Incluído pela Lei nº 13.467, de 2017) (Vigência)

Art. 75-E. O empregador deverá instruir os empregados, de maneira expressa e ostensiva, quanto às precauções a tomar a fim de evitar doenças e acidentes de trabalho. (Incluído pela Lei nº 13.467, de 2017) (Vigência)

Parágrafo único. O empregado deverá assinar termo de responsabilidade comprometendo-se a seguir as instruções fornecidas pelo empregador. (Incluído pela Lei nº 13.467, de 2017) (Vigência)

[...]

Art. 443. O contrato individual de trabalho poderá ser acordado tácita ou expressamente, verbalmente ou por escrito, por prazo determinado ou indeterminado, ou para prestação de trabalho intermitente. (Redação dada pela Lei nº 13.467, de 2017)

§ 1º - Considera-se como de prazo determinado o contrato de trabalho cuja vigência dependa de termo prefixado ou da execução de serviços especificados ou ainda da realização de certo acontecimento suscetível de previsão aproximada. (Parágrafo único renumerado pelo Decreto-lei nº 229, de 28.2.1967)

§ 2º - O contrato por prazo determinado só será válido em se tratando: (Incluído pelo Decreto-lei nº 229, de 28.2.1967)

a) de serviço cuja natureza ou transitoriedade justifique a predeterminação do prazo; (Incluída pelo Decreto-lei nº 229, de 28.2.1967)

b) de atividades empresariais de caráter transitório; (Incluída pelo Decreto-lei nº 229, de 28.2.1967)

c) de contrato de experiência. (Incluída pelo Decreto-lei nº 229, de 28.2.1967)

§ 3º Considera-se como intermitente o contrato de trabalho no qual a prestação de serviços, com subordinação, não é contínua, ocorrendo com alternância de períodos de prestação de serviços e de inatividade, determinados em horas, dias ou meses, independentemente do tipo de atividade do empregado e do empregador, exceto para os aeronautas, regidos por legislação própria. (Incluído pela Lei nº 13.467, de 2017)

[...]

Art. 457 - Compreendem-se na remuneração do empregado, para todos os efeitos legais, além do salário devido e pago diretamente pelo empregador, como contraprestação do serviço, as gorjetas que receber. (Redação dada pela Lei nº 1.999, de 1.10.1953)

~~§ 1º Integram o salário, não só a importância fixa estipulada, como também as comissões, percentagens e gratificações pagas pelo empregador.~~

~~§ 1º - Integram o salário não só a importância fixa estipulada, como também as comissões, percentagens, gratificações ajustadas, diárias para viagens e abonos pagos pelo empregador. (Redação dada pela Lei nº 1.999, de 1.10.1953)~~

~~§ 1º Integram o salário a importância fixa estipulada, as gratificações legais e as comissões pagas pelo empregador. (Redação dada pela Lei nº 13.467, de 2017)~~

~~§ 1º Integram o salário a importância fixa estipulada, as gratificações legais e de função e as comissões pagas pelo empregador. (Redação dada pela Medida Provisória nº 808, de 2017) (Vigência encerrada)~~

§ 1º Integram o salário a importância fixa estipulada, as gratificações legais e as comissões pagas pelo empregador. (Redação dada pela Lei nº 13.467, de 2017)

~~§ 2º Não se incluem nos salários as gratificações que não tenham sido ajustadas, as diárias para viagem e as ajudas de custo.~~

~~§ 2º - Não se incluem nos salários as ajudas de custo, assim como as diárias para viagem que não excedam de 50% (cinquenta por cento) do salário percebido pelo empregado. (Redação dada pela Lei nº 1.999, de 1.10.1953)~~

~~§ 2º As importâncias, ainda que habituais, pagas a título de ajuda de custo, auxílio-alimentação, vedado seu pagamento em dinheiro, diárias para viagem, prêmios e abonos não integram a remuneração do empregado, não se incorporam ao contrato de trabalho e não constituem base de incidência de qualquer encargo trabalhista e previdenciário. (Redação dada pela Lei nº 13.467, de 2017)~~

~~§ 2º As importâncias, ainda que habituais, pagas a título de ajuda de custo, limitadas a cinquenta por cento da remuneração mensal, o auxílio-alimentação, vedado o seu pagamento em dinheiro, as diárias para viagem e os prêmios não integram a remuneração do empregado, não se incorporam ao contrato de trabalho e não constituem base de incidência de encargo trabalhista e previdenciário. (Redação dada pela Medida Provisória nº 808, de 2017) (Vigência encerrada)~~

§ 2º As importâncias, ainda que habituais, pagas a título de ajuda de custo, auxílio-alimentação, vedado seu pagamento em dinheiro, diárias para viagem, prêmios e abonos não integram a remuneração do empregado, não se incorporam ao contrato de trabalho e não constituem base de incidência de qualquer encargo trabalhista e previdenciário. (Redação dada pela Lei nº 13.467, de 2017)

~~§ 3º As diárias para viagem serão computadas como salário desde que excedam de 50% do salário percebido pelo empregado.~~

~~§ 3º - Considera-se gorjeta não só a importância espontaneamente dada pelo cliente ao empregado, como também aquela que fôr cobrada pela empresa ao cliente, como adicional nas contas, a qualquer título, e destinada a distribuição aos empregados. (Redação dada pelo Decreto-lei nº 229, de 28.2.1967)~~

§ 3º Considera-se gorjeta não só a importância espontaneamente dada pelo cliente ao empregado, como também o valor cobrado pela empresa, como serviço ou adicional, a qualquer título, e destinado à distribuição aos empregados. (Redação dada pela Lei nº 13.419, de 2017)

~~§ 4º A gorjeta mencionada no § 3º não constitui receita própria dos empregadores, destina-se aos trabalhadores e será distribuída segundo critérios de custeio e de rateio definidos em convenção ou acordo coletivo de trabalho. (Incluído pela Lei nº 13.419, de 2017)~~

§ 4º Consideram-se prêmios as liberalidades concedidas pelo empregador em forma de bens, serviços ou valor em dinheiro a empregado ou a grupo de empregados, em razão de desempenho superior ao ordinariamente esperado no exercício de suas atividades. (Redação dada pela Lei nº 13.467, de 2017)

[...]

Art. 468 - Nos contratos individuais de trabalho só é lícita a alteração das respectivas condições por mútuo consentimento, e ainda assim desde que não resultem, direta ou indiretamente, prejuízos ao empregado, sob pena de nulidade da cláusula infringente desta garantia.

~~Parágrafo único - Não se considera alteração unilateral a determinação do empregador para que o respectivo empregado reverta ao cargo efetivo, anteriormente ocupado, deixando o exercício de função de confiança.~~

§ 1º Não se considera alteração unilateral a determinação do empregador para que o respectivo empregado reverta ao cargo efetivo, anteriormente ocupado, deixando o exercício de função de confiança. (Redação dada pela Lei nº 13.467, de 2017)

§ 2º A alteração de que trata o § 1º deste artigo, com ou sem justo motivo, não assegura ao empregado o direito à manutenção do pagamento da gratificação correspondente, que não será incorporada, independentemente do tempo de exercício da respectiva função. (Incluído pela Lei nº 13.467, de 2017)

Art. 469 - Ao empregador é vedado transferir o empregado, sem a sua anuência, para localidade diversa da que resultar do contrato, não se considerando transferência a que não acarretar necessariamente a mudança do seu domicílio .

~~§ 1º Não estão compreendidos na proibição deste artigo: os empregados que exercerem cargos de confiança e aqueles cujos contratos tenham como condição, implícita ou explícita, a transferência.~~

§ 1º - Não estão compreendidos na proibição deste artigo: os empregados que exerçam cargo de confiança e aqueles cujos contratos tenham como condição, implícita ou explícita, a transferência, quando esta decorra de real necessidade de serviço.
(Redação dada pela Lei nº 6.203, de 17.4.1975)

§ 2º - É lícita a transferência quando ocorrer extinção do estabelecimento em que trabalhar o empregado.

§ 3º - Em caso de necessidade de serviço o empregador poderá transferir o empregado para localidade diversa da que resultar do contrato, não obstante as restrições do artigo anterior, mas, nesse caso, ficará obrigado a um pagamento suplementar, nunca inferior a 25% (vinte e cinco por cento) dos salários que o empregado percebia naquela localidade, enquanto durar essa situação.
(Parágrafo incluído pela Lei nº 6.203, de 17.4.1975)

~~Art. 470. Em caso de necessidade de serviço, o empregador poderá transferir o empregado para localidade diversa da que resultar do contrato, não obstante as restrições do artigo anterior, mas, nesse caso, ficará obrigado a um pagamento suplementar, nunca inferior a 25 % dos salários que o empregado percebia naquela localidade, enquanto durar essa situação.~~

~~Parágrafo único. As despesas resultantes da transferência correrão por conta do empregador.~~

Art. 470 - As despesas resultantes da transferência correrão por conta do empregador.
(Redação dada pela Lei nº 6.203, de 17.4.1975)

[...]

Art. 479 - Nos contratos que tenham termo estipulado, o empregador que, sem justa causa, despedir o empregado será obrigado a pagar-lhe, a título de indenização, e por metade, a remuneração a que teria direito até o termo do contrato.
(Vide Lei nº 9.601, de 1998)

Parágrafo único - Para a execução do que dispõe o presente artigo, o cálculo da parte variável ou incerta dos salários será feito de acordo com o prescrito para o cálculo da indenização referente à rescisão dos contratos por prazo indeterminado.