

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS  
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO

ILZA VALÉRIA M. JORGE  
JULIA CRISTINA A. F. DOS SANTOS  
JULIANA GAZZOTTI SCHNEIDER  
MIRZA R. A. LARANJA

DESAFIOS DA GESTÃO DE PESSOAS  
NOS PROCESSOS DE CONTRATUALIZAÇÃO:  
O CASO DO HOSPITAL MUNICIPAL INFANTIL MENINO JESUS

São Paulo

2012

ILZA VALÉRIA M. JORGE  
JULIA CRISTINA A. F. DOS SANTOS  
JULIANA GAZZOTTI SCHNEIDER  
MIRZA R. A. LARANJA

DESAFIOS DA GESTÃO DE PESSOAS  
NOS PROCESSOS DE CONTRATUALIZAÇÃO:  
O CASO DO HOSPITAL MUNICIPAL INFANTIL MENINO JESUS

Trabalho apresentado à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, como requisito para obter o título de Mestre em Gestão e Políticas Públicas.

Campo de Conhecimento: Administração Pública

Orientador: Profa. Cibele Franzese

São Paulo

2012

Jorge, Ilza Valéria M.; Santos, Julia Cristina A. F.; Schneider, Juliana Gazzotti; Laranja, Mirza R. A..

Desafios da Gestão de Pessoas nos Processos de Contratualização: O caso do Hospital Municipal Infantil Menino Jesus / Ilza Valéria M. Jorge; Julia Cristina A. F. Santos; Juliana Gazzotti Schneider; Mirza R. A. Laranja. - 2012. 136 f.

Orientador: Cibele Franzese

Dissertação (MPGPP) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo.

1. Administração de pessoal. 2. Administração pública - São Paulo (SP). 3. Contratos de gestão. 4. Hospitais - São Paulo (SP). 5. Hospitais - Administração. 6. Planejamento estratégico. 7. Organizações não-governamentais. I. Franzese, Cibele. II. Dissertação (MPGPP) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo. III. Título.

CDU 658.3

---

ILZA VALÉRIA M. JORGE  
JULIA CRISTINA A. F. DOS SANTOS  
JULIANA GAZZOTTI SCHNEIDER  
MIRZA R. A. LARANJA

DESAFIOS DA GESTÃO DE PESSOAS  
NOS PROCESSOS DE CONTRATUALIZAÇÃO:  
O CASO DO HOSPITAL MUNICIPAL INFANTIL MENINO JESUS

Trabalho apresentado à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, como requisito para obter o título de Mestre em Gestão e Políticas Públicas.

Campo do Conhecimento:  
Administração Pública

**Data da aprovação:**

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Banca Examinadora:**

\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Cibele Franzese (Orientadora)  
FGV-EAESP

\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Regina Silvia Pacheco  
FGV-EAESP-MPGPP

\_\_\_\_\_  
Dr. Flávio Carneiro Guedes Alcoforado  
Sub. Secretário de Gestão da Secretaria  
Municipal de Saúde e Defesa Civil - RJ

\_\_\_\_\_  
Dra. Pubenza López Castellanos  
Instituto de Responsabilidade Social do  
Hospital Sírio Libanês

SÃO PAULO

2012

---

## **AGRADECIMENTOS**

Este trabalho foi uma construção conjunta, que nos proporcionou grande satisfação e aprendizado sobre o tema. Para além da dedicação das integrantes, o grupo contou com os ensinamentos, estímulos, colaboração, carinho e paciência das pessoas as quais agradecemos a seguir.

À nossa orientadora Professora Cibele, que nos acolheu e se envolveu com o projeto, transmitindo seu conhecimento e se dispondo a ouvir e questionar nossos argumentos, proporcionando a todas um crescimento nesta trajetória. Pelos seus comentários sempre valiosos e pelos vários cafés, muito obrigado!!!

À Dra. Pubenza Lopez e ao Dr. Antonio Carlos Madeira, que nos abriram as portas do Hospital Municipal Infantil Menino Jesus e nos permitiram o contato tanto com a história do hospital, como com as novas propostas para o trabalho na Saúde. E, principalmente, por acreditarem, como nós, que a população merece e o serviço público tem condições de oferecer um atendimento de qualidade por meio da parceria público-privada.

Aos funcionários do Hospital, pela atenção e disponibilidade em nos atender, passando informações e pontos de vista, sem os quais este trabalho não seria possível.

Ao Secretário Municipal da Saúde de São Paulo, Sr. Januário Montone, e ao Superintendente do Instituto de Responsabilidade Social Sírio-Libanês, Gonzalo Vecina Neto, nosso muito obrigado por abrirem espaço em suas agendas e compartilharem conosco suas experiências e perspectivas sobre o modelo de contratualização com Organizações Sociais e a atual parceria no HMIMJ.

À professora Regina Pacheco, cujas disciplinas permitiram conhecer e aprofundar nas questões da gestão pública por resultados. Também agradecemos a todos os professores do MPGPP, com os quais aprendemos muito.

Ao professor Fernando Abrucio, que nos auxiliou com a bibliografia, comentários e questionamentos sempre pertinentes, e ao professor Flávio Alcoforado, que generosamente concordou em nos atender, passando preciosas informações e dicas sobre o tema.

Aos amigos do curso MPGPP, pelos momentos de trocas e companheirismo.

Aos nossos familiares, amigos e funcionários nossos sinceros agradecimentos, pois sempre estiveram conosco nestes anos de curso, nos dando a confiança necessária para seguir em frente e chegarmos até aqui.

---

## RESUMO

A estratégia de contratualização vem sendo adotada pela Prefeitura de São Paulo (Lei Municipal 14.132/2006) como em outros governos pelo país afora, com o intuito de melhorar a eficiência e a qualidade dos serviços de Saúde. Neste modelo, o Estado, por meio de um “Contrato de Gestão” firmado com uma Organização Social, transfere para esta entidade o gerenciamento de uma unidade do sistema público.

Desse modo, o Hospital Municipal Infantil Menino Jesus (HMIMJ) está sob administração do Instituto de Responsabilidade Social Sírio-Libanês desde novembro de 2008. Esta experiência paulistana tem como especificidade, sobretudo em comparação ao governo estadual, a realização de um contrato de gestão com uma unidade já em funcionamento, o que cria uma situação em que funcionários do antigo modelo estatal convivem lado a lado com outros contratados pela Organização Social (OS).

O presente trabalho tem como objetivo analisar e propor melhorias na gestão de pessoas do HMIMJ, visando alcançar ao mesmo tempo maior eficiência e maior engajamento de todos os funcionários. Para avaliar esta situação, à luz da referência teórica sobre Organizações Sociais, foi feito um diagnóstico aprofundado da convivência dos diferentes vínculos dos trabalhadores desta instituição, por meio de entrevistas e visitas de campo. Ao final, são apresentadas sugestões para o aperfeiçoamento do gerenciamento de pessoas levando-se em conta a existência de um modelo institucional híbrido.

Palavras-chave: *Administração de pessoal; Administração pública - São Paulo (SP); Contratos de gestão; Hospitais - São Paulo (SP); Hospitais – Administração; Planejamento estratégico; Organizações não-governamentais.*

---

### **ABSTRACT**

The scope of this paper is to analyze Human Resources Management, within the contracting process. According to this strategy, the State transfers to a social organization the management of a public equipment, based on a "Management Agreement" signed with such organizations. The model described here has been adopted by the City of São Paulo (Municipal Law 14.132/2006) and by other public administrations throughout the country, in order to improve efficiency and quality of the Health System.

The case in point is that of Hospital Municipal Infantil Menino Jesus (HMIMJ), which has been managed by Instituto de Responsabilidade Social Sírio Libanês (IRSSL) since November 2008. This specific experience in São Paulo is innovative, especially in comparison to the work carried out by the Government at the State level, since it refers to the implementation of a management agreement at a unit which is already operating. In this situation civil service professionals will work side by side with new employees hired by the Social Organization (OS).

The aim of this study is to propose measures to improve the Human Resources Management at HMIMJ, thus achieving simultaneously increased efficiency and greater involvement of all employees, taking into account the background theory on Social Organizations. Through interviews, field visits, and the data provided, the paper shows in detail how different work contracts coexist in the institution studied.

Finally, some suggestions are given for improving the Human Resources Management at HMIMJ, taking into account the existence of a hybrid institutional model.

*Key words: People Management; Public Administration - São Paulo (SP); Management Contract; Hospitals - São Paulo (SP); Hospitals – Administration; Strategic Planning; Social Organizations*

---

## LISTA DOS QUADROS

|  |    |
|--|----|
| Quadro 1 – Comparativo entre as Leis de OS Federal, Estadual e Municipal.....  | 22 |
| Quadro 2 - Número de Procedimentos realizados no HMIMJ de 2008 a 2011.....   | 40 |
| Quadro 3 – Caracterização geral do quadro de pessoal do HMIMJ<br>conforme o vínculo empregatício (órgão empregador)..... | 42 |
| Quadro 4 – Políticas de Infraestrutura de RH conforme os<br>diferentes vínculos.....                                     | 44 |
| Quadro 5 - Número de funcionários por vínculo empregatício.....  | 47 |
| Quadro 6 - Pessoal do HMIMJ por centro de alocação.....  | 50 |
| Quadro 7 - Quadro de Pessoal por função ou cargo.....  | 52 |
| Quadro 8 - Quadro comparativo de média de idade<br>dos colaboradores por vínculo.....                                    | 55 |
| Quadro 9 - Caracterização dos vínculos quanto ao tempo de serviço.....   | 57 |
| Quadro 10 - Desafios e Proposições .....   | 68 |

## LISTA DAS FIGURAS

|   |    |
|---|----|
| Figura 1. O modelo básico de Reforma – segundo Bresser Pereira.....       | 16 |
| Figura 2. Linha do tempo com eventos relevantes da história do HMIMJ..... | 34 |
| Figura 3. Organograma do HMIMJ antes da contratualização com a OS.....    | 38 |
| Figura 4. Organograma atual do HMIMJ.....                                 | 39 |

---

### LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

|               |  |
|---------------|--|
| <b>AD</b>     | Administração Direta                               |
| <b>AMA</b>    | Atendimento Médico Ambulatorial                    |
| <b>OS</b>     | Organizações Sociais                               |
| <b>OSS</b>    | Organizações Sociais de Saúde                      |
| <b>HMIMJ</b>  | Hospital Municipal Infantil Menino Jesus           |
| <b>IRSSL</b>  | Instituto de Responsabilidade Social Sírio-Libanês |
| <b>SMS/SP</b> | Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo         |
| <b>MARE</b>   | Ministério de Administração e Reforma do Estado    |
| <b>RH</b>     | Recursos Humanos                                   |
| <b>SUS</b>    | Sistema Único de Saúde                             |
| <b>LBA</b>    | Legião Brasileira de Assistência                   |
| <b>PAS</b>    | Plano de Atendimento à Saúde                       |
| <b>CLT</b>    | Consolidação das Leis Trabalhistas                 |
| <b>AHM</b>    | Autarquia Hospitalar Municipal                     |

---

## SUMÁRIO

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1. Introdução.....</b>  | <b>12</b> |
| <b>2. Metodologia e Métodos de Pesquisa.....</b>   | <b>14</b> |
| <b>3. Referência Teórica.....</b>  | <b>15</b> |
| 3.1 Reforma Gerencial – breve histórico.....   | 15        |
| 3.2 Organizações Sociais.....  | 17        |
| 3.3 A gestão por resultados e o contrato de gestão.....  | 18        |
| 3.4 A experiência das Organizações Sociais de Saúde no Estado de São Paulo.....  | 19        |
| 3.5 As Organizações Sociais de Saúde no Município de São Paulo.....  | 21        |
| <b>4. Contextualização – Histórico do Hospital Menino Jesus e da parceria da Prefeitura de São Paulo com o Hospital Sírio-Libanês.....</b> | <b>29</b> |
| 4.1 O Contrato de Gestão.....  | 35        |
| 4.2 O Novo Modelo de Gerenciamento do HMIMJ.....   | 36        |
| <b>5. Diagnóstico e Análise.....</b>   | <b>41</b> |
| 5.1 Alocação nas áreas.....  | 49        |
| 5.2 Distribuição por cargo ou função.....  | 52        |
| 5.3 Caracterização do quadro de pessoal conforme idade.....  | 55        |
| 5.4 Caracterização do quadro de pessoal conforme o tempo de atuação no HMIMJ.....  | 56        |
| 5.5 Principais Avanços.....  | 57        |
| 5.6 Principais Desafios.....   | 59        |
| <b>6. Propostas de Ação.....</b>   | <b>60</b> |
| 6.1. Fortalecer a identidade institucional.....  | 60        |
| 6.1.1. Elaboração de Planejamento Estratégico.....   | 60        |
| 6.1.2. Canais de comunicação interna.....  | 61        |
| 6.2. Gestão da Força de Trabalho.....  | 62        |
| 6.2.1. Planejamento quantitativo da força de trabalho.....   | 62        |
| 6.2.2. Adequação de perfil da força de trabalho.....   | 63        |
| 6.2.3. Banco de talentos.....  | 64        |
| 6.3. Gestão por Resultados.....  | 65        |
| 6.3.1. Capacitação das chefias.....  | 65        |
| 6.3.2. Contratualização interna por área.....  | 66        |
| 6.3.3. Criação da área de assessoria.....  | 67        |

---

|  |           |
|--|-----------|
| <b>7. Considerações Finais.....</b>                      | <b>68</b> |
| <b>8. Referência Bibliográfica.....</b>                  | <b>71</b> |
| <b>9. Anexos.....</b>                                    | <b>74</b> |
| Anexo I – Termo de Referência entre a FGV e o IRSSL..... | 74        |
| Anexo II – Contrato de Gestão nº 13/08 NTCSS/SMS.....    | 77        |
| Anexo III – Legislações.....                             | 95        |
| Anexo IV – Roteiro de Entrevistas.....                   | 136       |

## 1. Introdução

Em 2008, por meio da celebração de um “Contrato de Gestão”, o gerenciamento do Hospital Municipal Infantil Menino Jesus (HMIMJ) passou a ser realizado pelo Instituto de Responsabilidade Social Sírio-Libanês (IRSSL), entidade qualificada como Organização Social de Saúde (OSS). Trata-se da primeira experiência na qual um hospital público em funcionamento passou a ser administrado por uma OSS. Esta inovação é uma característica do modelo de gestão de serviços de saúde da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (SMS/SP), que prevê a implantação de Organização Social em hospitais pré-existentes, e não apenas em novas unidades.

Para a Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, nas palavras do Sr. Januário Montone, Secretário da pasta, o modelo de contratualização implica uma mudança de papel e aprendizado para a SMS/SP. Esta experiência é uma inovação no campo de gestão na área da Saúde, e será referencial para que futuras soluções sejam construídas com base neste modelo. “Nós não podemos transformar o SUS [Sistema Único de Saúde] apenas com hospitais novos, tínhamos que ter um modelo que começasse uma transformação que pudesse ser para o hospital novo e também para o que já existia.”<sup>1</sup>

Diante de seu caráter inovador, o caso torna-se de extrema relevância para a discussão da modernização da Gestão Pública, o que confere especial valor à escolha do mesmo como tema para o trabalho final do Mestrado Profissional em Gestão e Políticas Públicas da FGV-SP.

De acordo com o termo de referência que o norteia, “o propósito do projeto é propor alternativas de diretrizes e ações para a gestão de recursos humanos do Hospital Municipal Infantil Menino Jesus (...), visando alcançar ao mesmo tempo maior eficiência e maior engajamento de todos os funcionários”<sup>2</sup>. O foco colocado na gestão de pessoas se deve ao fato de que há funcionários com diferentes vínculos empregatícios no HMIMJ e é preciso compreender como lidar com esta situação, uma vez que pode haver conflitos em virtude desta diversidade de inserções profissionais, prejudicando a obtenção dos objetivos da organização. Geralmente, a gestão por resultados é analisada mais pelo ângulo dos incentivos institucionais que a garantem – em particular, o modelo de contrato de gestão. Este trabalho analisa não só a forma contratual em si, mas a maneira como o sistema de Recursos Humanos

---

<sup>1</sup> Entrevista realizada com o Secretário Municipal da Saúde Sr. Januário Montone em 05/07/2012.

<sup>2</sup> Termo de Referência conforme Anexo I.

---

pode motivar os funcionários, particularmente num contexto em que há diferentes vínculos empregatícios.

A primeira parte se destina a apresentar a metodologia adotada para a investigação e a análise do contexto. Em seguida, encontra-se a discussão conceitual que subsidia este trabalho, sendo esta baseada na produção sobre a Reforma da Administração Pública Gerencial, iniciada em meados dos anos 1990 no Brasil. Busca-se expor o contexto político-administrativo que dá origem a modelos organizacionais e relações institucionais como o caso em estudo, incluindo o marco legal que o sustenta e dá identidade ao conceito de Organizações Sociais. Observa-se que, nos diferentes níveis de governo, o mesmo ganha entendimentos próprios e, conseqüentemente, criam-se variações, visando superar restrições do modelo de gestão da administração direta (AD), especialmente na questão da flexibilidade, a fim de fortalecer a gestão por resultados.

Vale ressaltar que o presente trabalho não pretende realizar uma exaustiva revisão bibliográfica sobre o tema, mas sim uma reflexão sintética que apresente os caminhos conceituais para lidar com o problema colocado.

No capítulo 4, a Contextualização permitirá o bom entendimento do histórico do HMIMJ, que demonstra como ao longo do tempo foi se construindo a relação entre público e privado e, nesta trajetória, como surgiu e se consolidou a parceria da Prefeitura de São Paulo com o IRSSL, via Contrato de Gestão (No. 13/08-NTCSS/SMS).

O Diagnóstico, capítulo 5, traz resultados da pesquisa de campo e outros dados da Organização. Dando seqüência a este, são pontuados os principais avanços e desafios identificados. Sob o gerenciamento de uma organização privada, constatou-se um ganho em termos de produtividade e flexibilidade em relação à administração direta, notadamente no que diz respeito ao regime de compras e à gestão de pessoas. É importante destacar que o modelo continua enfrentando as dificuldades decorrentes da complexidade das organizações hospitalares, no que se refere a aspectos como regime de plantões, número de vínculos dos profissionais, múltiplas formas de contratação e ausência de plano de carreira, tudo isso em um contexto que requer constante atualização.

Neste sentido, as Propostas de Ação apresentadas no capítulo 6 procuram atender às demandas iniciais do projeto e aquelas encontradas durante o diagnóstico, visando ao ganho de eficiência com foco em recursos humanos.

Além das proposições que atendem especificamente o caso em estudo, as considerações finais pretendem contribuir, ainda, para uma reflexão mais ampla, sobre a

---

utilização do modelo de Organizações Sociais em unidades estatais já em funcionamento e o seu amadurecimento.

## **2. Metodologia e Métodos de Pesquisa**

O estudo partiu da situação problema apresentada no Termo de Referência, qual seja, a existência de diferentes vínculos empregatícios no HMIMJ (prefeitura, autarquia hospitalar municipal e IRSSL) e a necessidade de implementar estratégias de gestão de pessoas com foco para resultados.

A definição dos dados a serem coletados e a escolha do método de obtenção dos mesmos foi realizada a partir de uma reunião do grupo com a interlocutora do projeto no HMIMJ. A partir desta reunião, foi definido um programa de entrevistas, participação em reuniões, levantamento de informações, documentos a serem acessados e bancos de dados existentes na instituição.

Foram realizadas 24 entrevistas no mês de maio de 2012, com profissionais do HMIMJ: médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, diretores e coordenadores de diferentes áreas da instituição, e 2 entrevistas no mês de julho de 2012, sendo uma com o Secretário Municipal da Saúde de São Paulo e uma com o Superintendente Executivo do Instituto de Responsabilidade Social Sírio-Libanês.

As entrevistas seguiram o modelo de roteiro aberto, conforme anexo. Com o objetivo de conhecer a experiência de implantação da OSS a partir da perspectiva dos profissionais de diferentes vínculos com o Hospital, foram entrevistados servidores públicos da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, empregados públicos vinculados à Autarquia Hospitalar Municipal (AHM) e funcionários do Instituto de Responsabilidade Social Sírio-Libanês. Já as entrevistas realizadas com o Secretário da Saúde e com o Superintendente Executivo do Instituto de Responsabilidade Social Sírio-Libanês tiveram como objetivo captar a percepção de ambos sobre a parceria, êxitos e desafios que o modelo de gerenciamento de OS proporciona. Além das entrevistas, foram utilizados dados secundários provenientes dos bancos de dados e relatórios do HMIMJ, bem como do IRSSL.

O grupo também analisou o Contrato de Gestão firmado entre a Organização Social e a SMS/SP, buscando suas implicações para o gerenciamento do quadro de pessoal.

---

Finalizado o levantamento das informações, o passo seguinte foi a sistematização, análise e elaboração de sugestões, apresentadas mais ao final do trabalho.

### **3. Referência Teórica**

#### **3.1. Reforma Gerencial – breve histórico**

No final da década de 1980, alguns países europeus iniciaram a segunda Reforma da Administração Pública (a primeira fora a burocrática), com vistas a tornar a gestão mais eficiente e efetiva. No Brasil, a Reforma Gerencial se inicia em 1995, no governo Fernando Henrique Cardoso, pela pasta do Ministério de Administração e Reforma do Estado, coordenado por Luiz Carlos Bresser Pereira. Para o ministro Bresser Pereira, a Reforma Gerencial viria flexibilizar o modelo de administração burocrática. O ministro definiu este contexto da seguinte forma:

Ao dar início à reforma gerencial de 1995 o Brasil estava participando da segunda grande reforma administrativa do Estado moderno. A primeira implicara na transformação do Estado patrimonial no burocrático; a segunda a transformação deste no Estado gerencial. (Bresser Pereira, 2008:146)

No texto “Da administração pública burocrática à gerencial” (1996), Bresser Pereira trata da Reforma da Administração Pública decorrente da crise do Estado nos anos 1990. A crise, aliada ao avanço do processo de globalização da economia implicou a necessidade de redefinição do papel do Estado. Neste contexto de reformas, um dos principais objetivos seria modernizar e tornar mais eficiente a administração pública. Procurava-se fortalecer a administração pública direta e repassar parte dos serviços estatais a agências autônomas e de organizações sociais controladas por contratos de gestão.

Como pode ser visualizado na figura 1, a seguir, a proposta de Reforma parte do pressuposto de que o estado é formado por quatro setores: a) o núcleo estratégico do estado; b) as atividades exclusivas do estado; c) os serviços não-exclusivos ou competitivos; d) a produção de bens e serviços para o mercado.

---

Figura 1. O modelo básico de Reforma segundo Bresser Pereira

|                                 |   | Formas de Propriedade |                     | Privada | Formas de Administração |           | Instituições   |
|---------------------------------|---|-----------------------|---------------------|---------|-------------------------|-----------|--|
|                                 |   | Estatal               | Pública não-estatal |         | Burocrática             | Gerencial |  |
| Atividades Exclusivas do Estado | NÚCLEO ESTRATÉGICO<br>Congresso, Tribunais superiores, presidência, cúpula dos ministérios                | ○                     |                     |         |                         | ○         | Secretarias formuladoras de políticas públicas<br>Contrato de gestão |
|                                 | AGÊNCIAS<br>Polícia, regulamentação, fiscalização, fomento da área social e científica, seguridade social | ○                     |                     |         |                         | ○         | Agências executivas e reguladoras                                    |
|                                 | SERVIÇOS NÃO-EXCLUSIVOS<br>Escolas, hospitais, centros de pesquisa, museus                                | Publicização →        | ○                   |         |                         | ○         | Organizações Sociais   |
|                                 | PRODUÇÃO PARA O MERCADO<br>Empresas   | Privatização →        |                     | ○       |                         | ○         | Empresas Privadas  |

Fonte: Pereira, L. C. Bresser (2009: 290)

Com esta estrutura montada, Bresser Pereira desenha as atividades do serviço público que poderiam ser desenvolvidas por Organizações Sociais, sem prejuízo ao estado ou à sociedade, uma vez que um dos objetivos centrais da Reforma era a melhoria no desempenho dos serviços públicos, pois a maior flexibilidade na gestão levaria ao aumento da eficiência e da efetividade destes serviços.

A Reforma Gerencial de 1995, como as demais reformas desta natureza, respondeu ao grande aumento do tamanho do Estado que implicou sua transformação em um Estado social; ao tornar a administração pública ou a organização do Estado mais eficiente, legitimou os grandes serviços sociais de Educação, Saúde, Previdência e Assistência Social... (Bresser Pereira, 2008:146).

Abrucio, Pedroti e Pó (2010) entendem que a Reforma não implementou a maior parte dos seus instrumentos nos órgãos do Governo Federal, mas teve o mérito de ter disseminado o conceito de uma administração por resultados para todo o país. “Os conceitos subjacentes a essa visão [de modelo gerencial] foram espalhados por todo o país, com impacto muito grande para os estados e municípios, que produziram uma série de inovações governamentais nos últimos anos”. (Abrucio; Pedroti e Pó, 2010:61)

O surgimento de um espaço público não estatal proposto por Bresser Pereira propiciou aos estados e municípios realizar contratos com Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) e Organizações Sociais (OS). Em relação às OS, conforme relatório do Instituto Publix (março de 2009), foi identificada a existência de 192 OS no país, sendo 6 entidades federais, 115 estaduais e 71 municipais.

Estas entidades são pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, que foram qualificadas como OS e, como tal, prestam serviços públicos ao estado e utilizam o contrato de gestão como instrumento jurídico. Elas foram regulamentadas inicialmente pela Lei Federal 9.637/98. Esta forma de contratualização deve propiciar uma maior transparência no uso de recursos públicos e seguir princípios de impessoalidade, publicidade, eficácia, eficiência, efetividade entre outros.

### **3.2. Organizações Sociais**

Como já dito, as OS são um dos tipos de organizações que executam serviço público, recebendo recursos do Estado. Retomando o quadro apresentado no item acima, elaborado por Bresser Pereira, temos as OS como entidades públicas não-estatais que ofertam serviços sociais, prioritariamente nas áreas de ensino e pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio ambiente a cultura e saúde. De acordo com Bresser (2009) grande parte das ONGs de serviços podem se qualificar como Organização Social. São entidades que já prestavam algum tipo de serviço social ou científico público não-estatal, mas sem ter como instrumento de regulação o contrato de gestão.

Ainda segundo Bresser Pereira, as OS são frutos da decisão da sociedade em subsidiar, via estado, serviços sociais e científicos que não devam ser totalmente financiados pelo mercado. Para ele as OS “são a solução para o fornecimento de serviços sociais e científicos porque são mais flexíveis, autônomas e, portanto, mais eficientes do que o fornecimento direto do serviço por servidores estatutários.” (Bresser Pereira, 2009)

Além disso, Bresser coloca as OS como a melhor forma de gerir serviços que, apesar de não serem exclusivos do estado, devem ser garantidos por ele, já que são ligados aos direitos humanos básicos do ser humano como saúde e educação. Neste sentido, o critério de lucro não garante qualidade e atendimento universal.

---

A Organização Social é apropriada para a execução dos serviços sociais que requerem flexibilidade de gestão e agilidade, sem ter que se submeter às leis de licitação públicas, nem a contratação de pessoal por concurso. Isto não quer dizer que a organização não disponha de controles. Ao contrário, existem regras que se adequam as atividades desenvolvidas na organização, mas que não acarretem demora, nem utilizem etapas que venham a dificultar ou atrasar a prestação do serviço público à população. Além disso a organização social utiliza controles de empresa privada, principalmente a relação às áreas contábil, financeira suprimentos e recursos humanos (BRASIL, 1997) (Apud Alcoforado, 2004, p. 2).

Segundo Abrucio e Sano (2008) o modelo de OS tem como base normativa, seguindo as linhas da Nova Gestão Pública, a “flexibilidade da gestão pública e o aumento de *accountability* governamental”. Desta forma, as OS teriam maior autonomia financeira, ficando sem as amarras das leis de licitação, por exemplo, e, tendo maior liberdade para a gestão de pessoal, uma vez que conta com quadro de funcionários celetistas. E, por outro lado, os seus dirigentes teriam maior responsabilidade nesta gestão, tendo de responder ao Estado pelo uso do dinheiro público e pela qualidade do serviço, devendo perseguir os princípios de eficácia, eficiência e efetividade com transparência e publicização.

A Lei Federal que deu origem a esta forma no Brasil estipula, ainda, a constituição de um Conselho Administrativo, composto por membros do poder público e da sociedade civil, que teria, entre outras, a função de aprovar a proposta de contrato de gestão da entidade e fiscalizar o cumprimento das metas.

### **3.3. A gestão por resultados e o contrato de gestão**

De acordo com Bresser Pereira, ao propor um novo modelo de administração pública, buscou-se a gestão por resultados, através de maior agilidade e flexibilidade na gestão, sem com isso extinguir por completo os processos legais da administração burocrática. Pacheco (2006) coloca que “o desafio era o de retomar a confiança dos cidadãos, o que implicou tornar as organizações públicas de melhor desempenho, mais eficientes e mais efetivas.” (Pacheco, 2006:06)

Para tanto, seria necessário realizar contratos que dessem maior autonomia e liberdade de atuação às parceiras para utilização do recurso financeiro disponibilizado pelo estado. A Emenda Constitucional número 19, de 04/06/1998, prevê que por meio do contrato de gestão podem ser conferidas flexibilidades de gestão que contribuam para o alcance de resultados,

---

tendo como contrapartida o compromisso prévio com o atingimento dos mesmos. Em consonância com a experiência internacional, o Estado brasileiro passaria a adotar a contratualização como instrumento para melhoria de resultados no setor público.

O contrato de gestão, definido por Bresser Pereira (2009), é um instrumento pelo qual a OS se vincula ao órgão supervisor, devendo conter:

- a) A missão, os objetivos estratégicos e as metas da organização.
- b) Indicadores de desempenho.
- c) Meios e condições necessários para a execução de compromissos formais, sobretudo alocações orçamentárias e de pessoal.
- d) Processos de avaliação a serem seguidos pela organização e pelo ministério supervisor.
- e) Mecanismos de transparência e controle social.

(Bresser Pereira, 2009:316).

Todos estes itens devem aparecer combinados nos relatórios de avaliação, ou seja, as metas devem ser compatíveis com a missão e os indicadores devem permitir o acompanhamento da gestão de forma clara.

Refletindo sobre a experiência na área de Saúde em São Paulo, Souza e Almeida (2010) afirmam que o contrato de gestão é “o principal instrumento de controle que o poder público possui pra acompanhar e cobrar a entidade qualificada como organização social de saúde.” Este instrumento, ainda de acordo com os autores “viabilizou a delegação de atividades-fim às OSS [da Saúde], sem que o Estado fosse eximido de responsabilidades relativas à fiscalização, controle e resultados obtidos em ações de saúde executadas por terceiro.” Desta forma, o Estado continua sendo o grande responsável pela saúde pública.

#### **3.4. A experiência das Organizações Sociais de Saúde no Estado de São Paulo**

O surgimento da gestão de hospitais públicos por OS em São Paulo se dá a partir de 1998, num contexto de restrição fiscal. O governador Mário Covas, grande aliado da Reforma Bresser, optou por esta saída para garantir o atendimento à população nos novos hospitais que estavam sendo construídos e enfrentavam problemas de falta de recursos para contratação e capacitação de pessoal. Também foram levados em conta as limitações existentes para aquisição de material pela Lei 8.666/93, bem como o limite do gasto com folha de pagamento imposto pela Lei Complementar 82/95, Lei Camata. Segundo Barata e Mendes (2007), “um

---

dos principais objetivos do novo modelo proposto era estabelecer novos padrões para a atenção hospitalar pública: eficiência na utilização de recursos públicos com maior produtividade e menor custo, mas principalmente, garantir qualidade e humanização aos atendimentos dados à população.” Barata e Mendes (2007:05)

O governo de São Paulo regulamentou esta parceria por meio da Lei Complementar 846/98, “que autoriza o Poder Executivo a qualificar, como Organizações Sociais de Saúde (OSS), entidades sem fins lucrativos, com experiência comprovada no gerenciamento do setor saúde” (Barata e Mendes, 2007:05).

Ainda segundo estes autores, a Lei Estadual é baseada na Lei Federal, diferenciando-se quanto à definição de disponibilizar para a administração na modalidade OSS somente novos serviços de saúde, com destinação total ou parcial de bens públicos. Outra diferença é a exigência de experiência da entidade solicitante na administração de serviços de saúde.

Para Souza e Almeida (2010), a ideia de restringir a parceria a hospitais novos foi estratégica, visando “melhorar as políticas públicas de saúde, redefinir as funções, ou seja, caberia ao estado a função estratégica de monitorar e avaliar e, a organização social, efetivamente prestar o serviço à população.” Esta restrição foi revista pela Lei Complementar número 1.095 de 18/09/2009, a qual teve como principais alterações, além da permissão de gerenciamento por OS de bens públicos em funcionamento, a ampliação de utilização do modelo de OS às áreas de esporte e à promoção dos direitos das pessoas com deficiência.

Houve muitas críticas ao modelo de parceria com OS, pois alguns atores sociais não achavam que seria um processo de publicização, isto é “uma produção de forma não lucrativa, pela sociedade, de bens ou serviços públicos não exclusivos do Estado.” (MARE, 1998), confundindo com a privatização da saúde pelo estado.

A parceria iniciou em quinze hospitais, em regiões do Estado consideradas de alta vulnerabilidade social e com carência de serviços públicos. Esta parceria no Estado de São Paulo já foi objeto de estudo por vários pesquisadores, Ferreira Junior (2003), por exemplo, coloca que: “o modelo de gestão de hospitais públicos do governo do Estado de São Paulo, através das OSS, aponta para a construção de uma administração pública, moderna, eficaz, eficiente, voltada para o cidadão e para a obtenção de resultados, permitindo a inclusão de atores não-estatais, mas de atuação pública.” (Ferreira Junior, 2003:262)

Comparando com administração direta dos hospitais públicos, as OSS produziram mais serviços sem grande variação financeira, além de apresentarem aumento nos números de internações, atendimentos ambulatoriais e de urgência (Ferreira Júnior, 2003). Abrucio e Sano (2008) relatam que houve avanços na gestão de pessoal, proporcionado pela flexibilidade na

---

contratação e avanços na transparência e na divulgação das metas e dos resultados alcançados, comparativamente à administração direta.

### **3.5. As Organizações Sociais de Saúde no Município de São Paulo**

A experiência no Município de São Paulo em estabelecer parcerias com organizações não governamentais não é algo novo, principalmente nas áreas da saúde e assistência social. Porém, o modelo tradicional de parceria se dá por meio de convênios entre Poder Público e organizações não governamentais. O modelo de parceria com OS, com contratualização por metas e resultados, por meio de um contrato de gestão é recente. A Lei 14.132 é de janeiro de 2006 e o primeiro contrato foi assinado em 2007. Atualmente a Prefeitura de São Paulo conta com 27 contratos no modelo OS, segundo dados do portal da própria Prefeitura.

Em linhas gerais, a legislação municipal seguiu a estadual, no entanto, se mostrou à frente do Estado de São Paulo na medida em que não cerceou a parceria com as OS aos novos serviços de saúde, podendo estas, portanto, firmarem contrato de gestão para equipamentos em funcionamento.

Os resultados desta parceria ainda não foram objeto de muitos estudos. Em 2011, no IX Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva da ABRASCO, o Secretário Municipal de Saúde, Januário Montone colocou que “ao todo [o Município de] São Paulo conta com dez microrregiões geridas por sete contratos de gestão com organizações sociais. Em cinco anos de trabalho, as consultas médicas cresceram 26% em toda a cidade, e a prescrição de medicamentos por meio da assistência farmacêutica subiu mais de 400%.”<sup>3</sup>

Importante frisar as diferenças entre o modelo original das OS concebido por Luiz Carlos Bresser Pereira, que deu origem à legislação federal sobre o tema, o modelo adotado pelo Governo do Estado de São Paulo, ainda nos anos 90, e o adotado na Prefeitura de São Paulo, institucionalizado pela Lei nº 1.432/2006. A seguir um quadro comparativo entre as Leis de OS Federal, Estadual e Municipal que contempla as principais diferenças entre os modelos adotados.

---

<sup>3</sup> Disponível em

<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/departamentos/detalhes.noticias.php?matid=18979&id=26>.

---

**Quadro 1: Comparativo entre as Leis de OS Federal, Estadual e Municipal**

|                                  | Lei Federal<br><b>9.637 de maio de 98</b>   | Lei Estadual<br><b>846 de junho de 1998</b>   | Lei Municipal - SP<br><b>1.432 de janeiro de 2006</b>   |
|----------------------------------|---|---|---|
| <b>Qualificação</b>              | Poderá qualificar entidade pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, a pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, a proteção e a preservação do meio ambiente a cultura e a saúde.   | Poderá qualificar pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas à saúde e a cultura.   | Poderá qualificar pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas à saúde.  |
| <b>Conselho de Administração</b> | <b>Composição:</b> 20% a 40% de representantes do Poder Público, definidos pelo estatuto da entidade; 20% a 30% de representantes da sociedade civil, definidos pelo estatuto; até 10% no caso de Associação Civil de membros eleitos dentre os membros ou associados; 10% a 30% de membros eleitos pelos demais integrantes do conselho, dentre pessoas com notória capacidade profissional e reconhecida idoneidade moral; até 10% de membros indicados ou eleitos na forma estabelecida pelo estatuto. Os representantes do Poder Público e Sociedade Civil juntos devem corresponder a mais de 50% do conselho. | <b>Composição:</b> até 55% no caso de associação civil, de membros eleitos dentre os membros associados; 35% de membros eleitos pelos demais integrantes do conselho, dentre pessoas com notória capacidade profissional e reconhecida idoneidade moral; 10% de membros eleitos pelos empregados da entidade.<br>Os membros eleitos ou indicados para compor o Conselho não poderão ser parentes consanguíneos ou afins até o 3º grau do Governador, Vice-Governador e Secretários de Estado. | <b>Composição:</b> 55% no caso de associação civil, de membros eleitos dentre os membros ou associados; 35% de membros eleitos pelos demais integrantes do Conselho, dentre pessoas de notória capacidade profissional e reconhecida idoneidade moral; e 10% de membros eleitos pelos empregados da entidade. |
|                                  | <b>Mandato:</b> 4 anos para membros eleitos ou indicados para compor o Conselho, com uma recondução.  | <b>Mandato:</b> 4 anos para membros eleitos ou indicados para compor o Conselho, com uma recondução.  | <b>Mandato:</b> 4 anos para membros eleitos ou indicados para compor o Conselho, com uma recondução.  |
|                                  | <b>Vínculo:</b> Voluntário  | <b>Vínculo:</b> Voluntário  | <b>Vínculo:</b> Voluntário  |
|                                  | <b>Número de reuniões:</b> mínimo de três ao ano.   | <b>Número de reuniões:</b> mínimo três ao ano.  | <b>Número de reuniões:</b> mínimo três ao ano.  |

|   |  |  |
|---|--|--|
| <p><b>Atribuições:</b> aprovar proposta de contrato de gestão e de orçamento; designar e dispensar os membros da diretoria; fixar remuneração da diretoria; aprovar e dispor sobre alterações no estatuto e a extinção da entidade; aprovar o regimento interno da entidade; aprovar o regulamento próprio de procedimentos para contratação de obras, serviços e compras; aprovar e encaminhar ao órgão supervisor de execução o contrato de gestão, os relatórios gerenciais e de atividades da entidade; fiscalizar o cumprimento das diretrizes e metas definidas e aprovar os demonstrativos financeiros e contábeis com auxílio de auditoria externa.</p> | <p><b>Atribuições:</b> aprovar a proposta de contrato de gestão e de orçamento da entidade e o programa de investimentos; designar e dispensar os membros da diretoria; fixar remuneração da diretoria; aprovar os estatutos e suas alterações e a extinção da entidade; aprovar regimento interno da entidade; aprovar o regulamento próprio de procedimentos para contratação de obras, serviços e compras; aprovar e encaminhar ao órgão supervisor de execução o contrato de gestão, os relatórios gerenciais e de atividades da entidade; fiscalizar o cumprimento das diretrizes e metas definidas e aprovar os demonstrativos financeiros e contábeis com auxílio de auditoria externa.</p> | <p><b>Atribuições:</b> fixar o âmbito de atuação da entidade, para consecução do seu objeto; aprovar a proposta de contrato de gestão da entidade; aprovar a proposta de orçamento da entidade e o programa de investimentos; designar e dispensar os membros da diretoria; fixar a remuneração dos membros da diretoria; aprovar os estatutos suas alterações e a extinção da entidade, no mínimo, de 2/3 de seus membros; aprovar regimento interno; aprovar por maioria, no mínimo de 2/3 de seus membros o regulamento próprio; aprovar e encaminhar; aprovar e encaminhar ao órgão superior de execução do contrato de gestão; fiscalizar o cumprimento das diretrizes e metas definidas e aprovar os demonstrativos financeiros e contábeis.</p> |
|---|--|--|

Observamos duas diferenças importantes nas leis de OS dos três entes federativos objetos deste estudo: a primeira quanto à definição de quais atividades seriam destinadas à parceria entre o estado e as OS, e a segunda em relação à governança das OS, expressa na composição do Conselho de Administração. A experiência inicial, institucionalizada pela Lei Federal, é mais abrangente do ponto de vista das possibilidades de qualificação das OS (em quais setores seria permitida a parceria) e mais restrita do ponto de vista da governança, uma vez que determina uma participação mínima e máxima (20% a 40%) de representantes do poder público na composição do Conselho de Administração. Tanto a Lei Estadual quanto a Municipal não preveem a obrigatoriedade de representação do poder público no conselho de administração das OS. Quanto aos critérios de qualificação, a Lei Estadual abria, inicialmente, apenas para as áreas de cultura e saúde e a lei municipal se restringia à área da saúde. Provavelmente esta diferença se deu a partir das motivações dos governantes à época do desenho e aprovação das leis nas diferentes níveis de governo. A Lei Federal nasceu sob uma perspectiva de uma tentativa de ampla Reforma do Estado. Talvez as demais leis aqui

referenciadas tenham nascido a partir da necessidade de reorganização de serviços prestados exclusivamente pelo estado e pelo município até então. Em 2009, o governador de São Paulo promulgou a Lei 1.095, de 18 de setembro de 2009, que traz como principais alterações a possibilidade de qualificação de entidades não só nas áreas de Saúde e Cultura, mas nos campos do Esporte e do atendimento ou promoção dos direitos das pessoas com deficiência. Além disso, esta mudança legal permitiu abertura de possibilidade de parceria entre Estado e OS na área de Saúde para equipamentos estatais já em funcionamento – embora isso ainda não tenha ocorrido na prática, tal qual já existe na Prefeitura de São Paulo. Na esfera municipal, houve uma mudança legal: a Lei 14.664, de 04 de janeiro de 2008, estendeu à possibilidade de qualificação às organizações que desenvolviam atividades na área de esporte, lazer e recreação.

|                           | <b>Lei Federal</b>  | <b>Lei Estadual</b>  | <b>Lei Municipal - SP</b>   |
|---------------------------|---|--|---|
|                           | <b>9.637 de maio de 98</b>  | <b>846 de junho de 1998</b>  | <b>1.432 de janeiro de 2006</b>   |
| <b>Contrato de Gestão</b> | Instrumento firmado entre Poder Público e entidade qualificada como organização social, com vistas à formação de parceria entre as partes para fomento e execução e atividades.                                 | Instrumento firmado entre Poder Público e entidade qualificada como Organização social para execução de atividades relativas à saúde e a cultura.  | Instrumento firmado entre o Poder Público e as entidades qualificadas como organização social, com vistas à formação de parceria entre as partes para fomento e execução de atividade relativa à relacionada em seu art. 1º.  |
|                           | Este instrumento elaborado conjuntamente, discriminará as atribuições, responsabilidades e obrigações do Poder Público e da OS.   |  |   |
|                           | Princípios a serem observados: legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, economicidade.  | Na elaboração do contrato devem ser observados os princípios inscritos no artigo 37 da Constituição Federal e no artigo 111 da Constituição Estadual.  | Na elaboração do contrato de gestão, devem ser elaborados os princípios inscritos no artigo 37 da Constituição Federal e no artigo 81 da Lei Orgânica do Município de São Paulo.  |
|                           | Preceitos a serem observados: plano de trabalho, metas, prazos, critérios de avaliação de desempenho, indicadores de qualidade de produtividade; limites e critérios de remuneração de dirigentes e empregados. | Preceitos a serem observados: plano de trabalho, metas, prazos, critérios de avaliação de desempenho, indicadores de qualidade de produtividade; limites e critérios de remuneração de dirigentes e empregados; atendimento exclusivo aos usuários do Sistema único de Saúde - SUS, no caso das organizações sociais de saúde. | Preceitos a serem observados: especificação do programa de trabalho proposto pela organização social, metas a serem atingidas e prazos de execução, critérios objetivos de avaliação de desempenho indicadores de qualidade e produtividade; limites e critérios para despesas com remuneração. |

Desafios da Gestão de Pessoas nos Processos de Contratualização:  
O caso do Hospital Municipal Infantil Menino Jesus

|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <b>Execução e Fiscalização do Contrato de Gestão</b> | A OS deverá apresentar relatório pertinente à execução do contrato de gestão, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados acompanhado da prestação de contas correspondente ao exercício financeiro.                          | A execução do contrato de gestão será fiscalizado pelo Secretário da área correspondente A OS deverá apresentar relatório pertinente à execução do contrato de gestão, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados acompanhado da prestação de contas correspondente ao exercício financeiro, assim como suas publicações no Diário Oficial. | O Secretário Municipal de Saúde presidirá uma Comissão de Avaliação, a qual será responsável pelo acompanhamento e fiscalização da execução dos contratos. A OS apresentará à Comissão de Avaliação, relatório pertinente à execução do contrato de gestão, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado da prestação de contas correspondentes ao exercício financeiro. |
|  | Os resultados atingidos com a execução do contrato de gestão devem ser analisados periodicamente por comissão de avaliação, indicada pela autoridade supervisora da área correspondente, composta por especialistas de notória capacidade e adequada qualificação. | Os resultados atingidos com a execução do contrato de gestão devem ser analisados periodicamente por comissão de avaliação, indicada pelo Secretário de Estado competente, composta por especialistas de notória capacidade e adequada qualificação.  | Os resultados atingidos com a execução do contrato de gestão devem ser analisados, periodicamente, pela Comissão de Avaliação.  |
|  |  | A comissão de avaliação da execução do contrato será composta, dentre outros, por dois integrantes indicados pelo Conselho Estadual de Saúde, dois integrantes da Comissão de Saúde e Higiene da Assembleia Legislativa.  | A Comissão de Avaliação será composta pelo Presidente, por dois membros da sociedade civil, escolhidos dentre membros do Conselho Municipal de Saúde ou dos Conselhos Gestores dos equipamentos incluídos nos Contratos de Gestão, quando existirem ou pelo Prefeito; um membro indicado pela Câmara Municipal de São Paulo; três membros indicados pelo Poder Executivo, com notória capacidade e adequada qualificação. |
|  |  | Qualquer cidadão, partido político, associação ou entidade sindical é parte legítima para denunciar irregularidades cometidas pelas organizações sociais ao Tribunal de Contas ou à Assembleia Legislativa.   | Os responsáveis pela fiscalização da execução do contrato de gestão, ao tomarem conhecimento de qualquer irregularidade ou legalidade na utilização de recursos ou bens de origem pública por organização social, dela darão ciência ao Tribunal de Contas do Município e ao Ministério Público.  |
|  |  | O balanço e demais prestações de contas da OS devem, ser publicados no Diário Oficial do Estado e analisados pelo Tribunal de Contas do Estado.   | O balanço e demais prestações de contas da OS devem, ser publicados no Diário Oficial do Estado e analisados pelo Tribunal de Contas do Município   |

Com relação ao Contrato de Gestão, podemos dizer que os preceitos observados na legislação federal, estadual e municipal no tocante à fiscalização são bem parecidos. A legislação federal, entretanto, é menos clara em relação ao sistema de acompanhamento da execução dos contratos de gestão. Embora as três legislações indiquem que o acompanhamento da execução do contrato deva ser feito por uma comissão de avaliação, apenas as leis municipal e estadual avançam na definição de sua composição e forma de atuação. Interessante notar, que segundo a Lei Municipal, os órgãos de fiscalização e controle das políticas públicas de saúde (Conselho Municipal de Saúde) e do executivo (Câmara Municipal e Tribunal de Contas do Município) têm assento na comissão de fiscalização.

|                                      | Lei Federal   | Lei Estadual  | Lei Municipal – SP   |
|--------------------------------------|---|---|--|
|                                      | <b>9.637 de maio de 98</b>  | <b>846 de junho de 1998</b>   | <b>1.432 de janeiro de 2006</b>  |
| <b>Fomento às atividades sociais</b> | As entidades qualificadas como organizações sociais são declaradas como entidades de interesse social e utilidade pública para todos efeitos legais.                    | As entidades qualificadas como organizações sociais são declaradas como entidades de interesse social e utilidade pública para todos efeitos legais.                    | As entidades qualificadas como organizações sociais ficam declaradas como entidades de interesse social e utilidade pública, para todos os efeitos legais.   |
|                                      | À elas poderão ser destinados recursos orçamentários e bens públicos necessários ao cumprimento do contrato de gestão.  | À elas poderão ser destinados recursos orçamentários e bens públicos necessários ao cumprimento do contrato de gestão.  | Às organizações sociais poderão ser destinados recursos orçamentários e bens públicos necessários ao cumprimento do contrato de gestão.  |
|                                      | Poderá ser adicionada parcela de recursos para compensar desligamento de servidor cedido, desde que haja justificativa expressa da necessidade pela organização social. | Poderá ser adicionada parcela de recursos para compensar desligamento de servidor cedido, desde que haja justificativa expressa da necessidade pela organização social. | Poderá ser adicionada aos critérios orçamentários destinados ao custeio do contrato de gestão parcela de recursos para compensar afastamento de servidor cedido, desde que haja justificativa expressa da necessidade pela organização social. |
|                                      | É facultado ao poder Executivo a cessão especial de servidor para as organizações sociais com ônus para origem.   | É facultado ao poder Executivo o afastamento de servidor para as organizações sociais com ônus para origem.   | É facultado ao Poder Executivo o afastamento de servidor para as organizações sociais com ônus para a origem.  |

Desafios da Gestão de Pessoas nos Processos de Contratualização:  
O caso do Hospital Municipal Infantil Menino Jesus

|  |   |   |  |
|--|---|---|--|
|  | <p>Não será permitido pagamento de vantagem pecuniária permanente por organização social a servidor cedido com recurso provenientes do contrato de gestão, ressalvada a hipótese de adicional relativo ao exercício de função temporária de direção e assessoria.</p> | <p>Não será permitido pagamento de vantagem pecuniária permanente por organização social a servidor afastado com recurso provenientes do contrato de gestão, ressalvada a hipótese de adicional relativo ao exercício de função temporária de direção e assessoria.</p> | <p>Não será permitido o pagamento de vantagem pecuniária permanente por organização social a servidor afastado com recursos provenientes do contrato de gestão, ressalvada a hipótese de adicional relativo ao exercício de função temporária de direção e assessoria.</p> |
|--|---|---|--|

No que se refere ao fomento, as prescrições são as mesmas para os três níveis da federação.

|                        | Lei Federal   | Lei Estadual  | Lei Municipal – SP   |
|------------------------|---|---|--|
|                        | <b>9.637 de maio de 98</b>  | <b>846 de junho de 1998</b>   | <b>1.432 de janeiro de 2006</b>  |
| <b>Desqualificação</b> | <p>O Poder Executivo poderá proceder à desqualificação da entidade como organização social, quando constatado o descumprimento das disposições contidas no contrato de gestão.</p> <p>A desqualificação importará reversão dos bens permitidos e dos valores entregues à utilização da organização social, sem prejuízo de outras sanções cabíveis.</p> | <p>O Poder Executivo poderá proceder à desqualificação da entidade como organização social, quando constatado o descumprimento das disposições contidas no contrato de gestão.</p> <p>A desqualificação importará reversão dos bens permitidos e dos valores entregues à utilização da organização social, sem prejuízo de outras sanções cabíveis.</p> | <p>O Poder Executivo poderá proceder à desqualificação da entidade como organização social quando verificado o descumprimento das disposições contidas no contrato de gestão.</p> <p>A desqualificação importará reversão dos bens permitidos e do saldo remanescente dos recursos financeiro entregues à utilização da organização social, sem prejuízo das sanções contratuais, penais e civis aplicáveis à espécie.</p> |

Sobre os critérios e consequências de uma possível desqualificação, observamos que não há diferença entre as legislações.

Desafios da Gestão de Pessoas nos Processos de Contratualização:  
O caso do Hospital Municipal Infantil Menino Jesus

|  | <b>Lei Federal</b>   | <b>Lei Estadual</b>   | <b>Lei Municipal - SP</b>   |
|--|--|---|---|
|  | <b>9.637 de maio de 98</b>   | <b>846 de junho de 1998</b>   | <b>1.432 de janeiro de 2006</b>   |
|  | A organização social fará publicar, no prazo máximo de noventa dias contado da assinatura do contrato de gestão, regulamento próprio contendo os procedimentos que adotará para a contratação de obras e serviços, bem como para compras com emprego de recursos provenientes do Poder Público.  | A organização social fará publicar, no prazo máximo de noventa dias contado da assinatura do contrato de gestão, regulamento próprio contendo os procedimentos que adotará para a contratação de obras e serviços, bem como para compras com emprego de recursos provenientes do Poder Público. | A organização social fará publicar na imprensa e no Diário Oficial do Município, no prazo máximo de 90 dias, contados da assinatura do contrato de gestão, regulamento próprio contendo os procedimentos que adotará para a contratação de obras e serviços, bem como para compras com emprego de recursos provenientes do Poder Público. |
| <b>Disposições finais e transitórias</b> | Será criado, mediante decreto do Poder Executivo, o Programa Nacional de Publicização - PNP, com objetivo de estabelecer diretrizes e critérios para a qualificação de organizações sociais, a fim de assegurar a absorção de atividades desenvolvidas por entidades ou órgãos públicos da União, que atuem nas atividades referidas com as seguintes diretrizes:<br>I. ênfase no atendimento do cidadão -cliente<br>II. ênfase nos resultados, qualitativos e quantitativos nos prazos pactuados<br>III. controle social das ações de forma transparente. | Os Conselheiros e Diretores das organizações sociais, não poderão ter outra atividade remunerada com ou sem vínculo empregatício, na mesma entidade.  |   |
|  | Quando necessário, parcela dos recursos orçamentários poderá ser reprogramada, mediante crédito especial a ser enviado ao Congresso Nacional, para o órgão ou entidade supervisora dos contratos de gestão, para o fomento das atividades sociais, assegurada a liberação periódica do respectivo desembolso financeiro para a organização social.   |   |   |
|  | Poderá ser adicionada às dotações orçamentárias referidas parcela dos recursos decorrentes da economia de despesa incorrida pela União, os cargos e funções comissionados existentes nas unidades extintas.  |   |   |

Fonte: Elaborado pelas autoras a partir das legislações federal, estadual e municipal sobre OS vigentes

#### **4. Contextualização - Histórico do Hospital Municipal Infantil Menino Jesus e da parceria da Prefeitura de São Paulo com o Hospital Sírio-Libanês**

O Hospital Municipal Infantil Menino Jesus é uma instituição pública que atende crianças e adolescentes de 0 a 18 anos. Como descreve o IRSSL em seu *website*, “O Hospital (...) é referência em pediatria na cidade e tem como objetivo prestar atendimento de qualidade de modo ético e humano, contando com excelente equipe de profissionais que atuam de forma integrada no tratamento dos pacientes”. Sua história, relatada brevemente a seguir, é um exemplo de como sempre esteve em pauta a discussão sobre a relação público-privada voltada à criação de melhores soluções na prestação de serviços públicos em Saúde.

A fundação do Hospital ocorreu em 06 de novembro de 1938, sob a denominação de “Sanatório Esperança”, fruto da iniciativa de um grupo de médicos, liderados pelo Dr. Bernardes de Oliveira (que dava nome à firma proprietária). O projeto, ambicioso para a época, visava à construção de um Hospital de arquitetura e estrutura modernas, com equipe profissional de excelência, dedicada ao atendimento de especialidades e pesquisas na área médica, como indicam as informações no *site* da SMS/SP<sup>4</sup>.

Na prática, porém, tal projeto não se mostrou tão próspero, pois, já na década de 1940, a administração do Hospital passou a enfrentar dificuldades financeiras, o que levou à dissolução da sociedade e ao início das negociações com entes governamentais para o repasse do mesmo. Em 1950, o então Prefeito de São Paulo, Sr. Lineu Prestes, efetivou a compra do Hospital, transação esta que viria a ser questionada pela Câmara dos Vereadores nos anos seguintes, tendo sido, inclusive, objeto de ação popular, proposta pelo vereador padre Arnaldo de Moraes Arruda. Em linhas gerais, tal ação denunciava que a compra tinha sido efetuada mediante o pagamento de um valor exorbitante e, portanto, peticionava a declaração de nulidade da transação e devolução do valor pago aos cofres públicos. Em 1954, quando teve início, na Câmara Municipal, a discussão das contas da Prefeitura de São Paulo relativas ao exercício de 1950, segundo notícia publicada no Estado de São Paulo (23/04/1954, p. 7), a Comissão de Finanças caracterizava a operação como “um assalto à lei e aos cofres municipais,

---

<sup>4</sup>[http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/hospital\\_municipal\\_infantil\\_menino\\_jesus/historia/index.php?p=5906](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/hospital_municipal_infantil_menino_jesus/historia/index.php?p=5906) (23/07/2012)

praticado reiteradamente, numa sucessão de atos delituosos que começaram na administração Lineu Prestes e culminaram na do Sr. Arruda Pereira.”

A despeito dos protestos, o Hospital foi efetivamente transferido para a municipalidade, tendo a Prefeitura de São Paulo logo realizado um convênio com o Departamento Estadual da Criança e a Legião Brasileira de Assistência (LBA) para a administração do mesmo. Os termos desse convênio estabeleciam que a parte técnica ficaria subordinada à Secretaria Municipal de Higiene, enquanto as verbas seriam atribuídas à LBA. Além disso, divergências referentes a

...indicação do corpo de funcionários e a internação indiscriminada (...) contribuíram para tornar mais embaraçosa a situação do hospital, que pouco a pouco se foi transformando numa tremenda máquina burocrática e política, tornando impossível a execução plena e satisfatória dos termos anunciados no mencionado convênio. (jornal O Estado de São Paulo, 13 de agosto de 1952, p.10).

Assim, as partes decidiram denunciar o acordo, mas já planejando a proposta de celebração de um novo convênio com a LBA.

Notícias da época, como a veiculada pelo jornal O Estado de S. Paulo em 18 de abril de 1956, dão conta de que no período de 1951 a 1954 o Hospital esteve abandonado, aguardando o início das obras para adaptação ao público infantil. Em 1954, tal reforma teve início mas, foi paralisada no mesmo ano por falta de verbas, sendo retomada somente em 1956.

Discutia-se ainda o sistema de funcionamento administrativo do hospital, havendo três propostas: a primeira seria transformá-lo em sociedade civil, sem objetivo de lucro.

Isso para afastar-se o caráter de repartição pública e de regime governamental, de que se revestiria, sujeito a entraves e à inevitável burocracia. Estaria, assim, resguardado de interesses políticos subalternos e direção por determinados partidos ou grupos. (Jornal O Estado de S. Paulo, 18 de abril de 1956, p. 12).

A segunda proposta seria transformá-lo em autarquia, conforme projeto já apresentado na Câmara, o que seria uma medida intermediária, com certa liberdade de atuação. A terceira alternativa, caso as soluções anteriores não fossem levadas adiante, era a de que o hospital fosse gerido diretamente pelo município.

Pelos fatos apresentados acima, observa-se que, desde a aquisição do Hospital, a Prefeitura de São Paulo buscava alternativas à gestão direta realizada pela Secretaria de Higiene, tendo considerado opções como convênio com a LBA, transformação em autarquia e conversão em sociedade civil. Assim, identifica-se, desde então, um discurso em prol de um modelo que conferisse maior flexibilidade ao gerenciamento da unidade.

Entretanto, a Comissão designada pelo Executivo Municipal para estudar o destino a ser dado ao prédio concluiu que o melhor caminho era a cessão “a uma entidade assistencial particular, a qual se encarregaria de dirigir um hospital infantil, ficando sua manutenção a cargo dos entes municipais”.<sup>5</sup> Como solução, foi proposta a criação da Fundação da Associação Paulista de Amparo à Infância, entidade que teria como objetivo a prestação de assistência médico-hospitalar à criança enferma e desvalida, que seria administrada por um sistema de colegiado, com 27 sócios deliberativos. Mas essa ideia não foi adiante, e voltaram para alternativa de convênio com a LBA, tendo sido inclusive promulgada uma Lei Municipal prevendo esse convênio.

Em termos gerais, a LBA receberia o sanatório pelo regime de comodato, por cinco anos, com direito ao pagamento de uma subvenção de 20 milhões de cruzeiros e de 330 cruzeiros por leito ocupado/dia. Mas em 09 de agosto de 1957, conforme notícia publicada no jornal O Estado de S. Paulo, o prefeito declarou a inviabilidade de tal convênio em virtude da falta de recursos financeiros e, a partir daí, caminhou-se para a administração direta do Hospital.

Finalmente, em 28 de setembro de 1960, foi inaugurado o Hospital Municipal Infantil Menino Jesus, que só entrou em plena operação no ano seguinte, devido ao processo de admissão de servidores. Em 1961, também foi celebrado um convênio com o Hospital das Clínicas e apresentação do anteprojeto de autarquização do HMIMJ.

O Hospital esteve em funcionamento no período de 1961 a 1977, mas, a partir de 1978, foi desativado parcialmente para novas reformas, pois falhas na sua estrutura estavam provocando altos índices de contágio infeccioso. A reinauguração ocorreu somente em 29 de abril de 1982, período em que ingressou no Hospital a maioria dos médicos estatutários (vinculados à Prefeitura) que hoje lá trabalham.

---

<sup>5</sup> Jornal “Estado de São Paulo”, de 15/09/1956, p. 8.

Em 21 de março de 1996, entretanto, veio outra mudança no sistema de administração do Hospital, com a implantação do Plano de Atendimento à Saúde (PAS), sendo o HMIMJ considerado a unidade mais importante do módulo da região central da cidade.

...o PAS configura-se como uma proposta de transferência para o setor privado não-lucrativo da responsabilidade de prestação de serviços de saúde aos municípios. Seu aspecto essencial é representado pelo incremento do grau de autonomia dos agentes prestadores de serviços no que se refere à administração e à organização do trabalho, isto é, o modo de gerenciamento dos serviços. (Elias e Nascimento, 1999)

De acordo com essa proposta, as unidades de saúde do Município de São Paulo passaram a ser administradas, em regime de parceria, por Cooperativas de trabalho, entidades sem fins lucrativos formadas exclusivamente por servidores públicos municipais licenciados. Assim, só pôde continuar trabalhando no HMIMJ o servidor que pediu licença junto à SMS/SP para se vincular à cooperativa. Entretanto, muitos profissionais viam esse programa como uma espécie de privatização da saúde e, temendo que a opção se transformasse em perda da estabilidade, recusaram a adesão proposta e, com isso, foram transferidos para outras unidades, onde foram readaptados em outras funções. O retorno desses profissionais ao Hospital ocorreu em 2001, com o fim do PAS<sup>6</sup>, após graves denúncias de corrupção e irregularidades no programa, quando relatam terem encontrado uma estrutura bastante deteriorada.

Em 2002, o HMIMJ passou a vincular-se à Autarquia Hospitalar Municipal Regional Central, conforme disposto na Lei 13.271, de 4 de janeiro de 2002, que criou as autarquias municipais de saúde, cujo o objetivo era descentralizar a gestão de saúde municipal.

Como já mencionado anteriormente, o HMIMJ vinha passando por sérias dificuldades devido as instalações sucateadas e sem condições de funcionamento. Tendo ao longo de sua existência sofrido reformas e ampliações pontuais sem adequação estrutural e por conta de um vazamento crônico na caixa d'água subterrânea, apresentava afundamento nos pilares de sustentação do prédio e desníveis nas lajes. Da

---

<sup>6</sup> Segundo relatório do CEDEC (1999), do ideário inicial do programa, apenas a autonomia dos agentes prestadores de serviços se efetivou. A regulação pelo mercado e a racionalização dos serviços, com vistas à diminuição dos gastos, não se concretizaram.

mesma forma a rede elétrica e a cabine de distribuição também estavam sobrecarregadas e abaixo dos padrões de segurança da ABNT (Associação Brasileira de Normas Técnicas). Diante deste contexto, cogitava-se a possibilidade de fechar as atividades assistenciais e transformar o prédio em sede administrativa da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo.

Em 2003, foi firmado um convênio entre a Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo e o Hospital Sírio-Libanês. Esta parceria visava à realização de exames de alta complexidade, assim como a manutenção predial e o apoio à área de informática das Unidades de Saúde da região central da cidade. Quando de sua renovação, em 2005, o convênio foi ampliado. Contemplava a reforma predial e/ou de estrutura de informática de 10 Unidades de Saúde da região da Sé. Do ponto de vista de serviços em saúde, passou a envolver Serviços de Ultrassonografia, Ecocardiografia e a realização de cirurgias de alta complexidade.

O projeto de recuperação física do HMIMJ se deu em parceria com a Filantropia da Sociedade Beneficente do Hospital Sírio-Libanês, pois, por meio desta, o HMIMJ passaria a atender aos casos de cardiopatia congênita que necessitam de correções cirúrgicas e transplantes de fígado em crianças<sup>7</sup>. Constatou-se que era preciso investir na recuperação da estrutura física e aquisição de equipamentos de alta tecnologia. Segundo a filantropia do Hospital Sírio-Libanês, foram destinados ao HMIMJ R\$ 35 milhões (Trinta e cinco milhões de Reais), entre 2005 e 2009.<sup>8</sup>

Desde 2005, portanto, foi se construindo um relacionamento entre as instituições – SMS/SP, Hospital Sírio-Libanês e o HMIMJ – de forma que, em 2008, concretizou-se uma parceria formal de longo prazo, e o gerenciamento do HMIMJ passou a ser realizado pelo IRSSL, constituído dentro do objetivo de gerir trabalhos de responsabilidade social e filantropia da Sociedade Beneficente de Senhoras, mantenedora do Hospital Sírio-Libanês, e que foi por esta apresentado para qualificação como Organização Social de Saúde. Na visão do Dr. Gonzalo Vecina<sup>9</sup>, Superintendente do IRSSL, as instituições privadas têm uma contribuição importante a dar às instituições estatais na área da saúde, mas tem de haver transparência.

---

<sup>7</sup> Para a realização de transplantes de fígado em pacientes infantis, a cirurgia e o pós-operatório imediato seriam realizados no Hospital Sírio-Libanês enquanto o diagnóstico, preparação para cirurgia, exames e o acompanhamento pós-cirúrgico dos pacientes seriam realizados pelo HMIMJ. O sistema de cirurgias cardíacas aconteceria nos mesmos moldes.

<sup>8</sup> Dados enviados pela área de filantropia do Hospital Sírio-Libanês (27/07/2012)

<sup>9</sup> Dados de entrevista realizada em 18/07/2012.

Tomamos alguns cuidados de não estabelecer a parceria diretamente com a sociedade, e sim através de uma nova instituição, que é o IRSSL, criado especificamente para ser organização social e para gerenciar entidades do estado, de tal maneira que não se pudesse fazer nenhum tipo de acusação de que o hospital estava transferindo recursos públicos para a iniciativa privada. (Dr. Gonzalo Vecina Neto. Entrevista realizada em 18/07/2012)

Figura 2. Linha do tempo com eventos relevantes da história do HMIMJ.



Fonte: elaborado pelas autoras

Em 01 de outubro de 2008, foi celebrado um Contrato de Gestão (No. 13/08-NTCSS/SMS)<sup>10</sup>, que regulamenta o desenvolvimento das ações e serviços de saúde no Hospital Municipal Infantil Menino Jesus. A parceria do IRSSL com a Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo contempla ainda duas unidades de Assistência Médica Ambulatorial (AMA) – no Jardim Peri-Peri e Vila Piauí – e uma AMA Especialidades – em Santa Cecília –, dentro do mesmo modelo de gestão adotado para o HMIMJ. Por parte do IRSSL há um posicionamento estratégico de investir em parcerias para gerenciamento de unidades localizadas na região da Bela Vista, região em que sempre atuou na área social. E essa estratégia está alinhada com a da Prefeitura de São Paulo pois, conforme explicado pelo Secretário da Saúde<sup>11</sup>, o modelo de contratualização com OS adotado pelo município é territorial, com o intuito de se criar toda uma rede de atendimento para a população, que pode envolver desde a estratégia da Saúde da Família (ESF) até a Unidade Básica de Saúde (UBS), a AMA, a AMA Especialidade e o Hospital. Tudo isso sob o gerenciamento de uma mesma entidade. Mas o caso do HMIMJ foi a primeira experiência na qual um hospital público em

<sup>10</sup> Com base na Lei Federal N°8.080-90 e Lei Municipal N° 14.132

<sup>11</sup> Entrevista realizada em 05/05/2012.

funcionamento passou a ser administrado por uma OSS na cidade de São Paulo. Esta inovação é uma característica do modelo de gestão de serviços de saúde da SMS/SP, que prevê a implantação do modelo em hospitais pré-existentes e não apenas em novas unidades, como vinha acontecendo até então no Estado de São Paulo.

#### 4.1 O Contrato de Gestão

O instrumento “Contrato de Gestão” tem como premissas:

- Que as diretrizes do SUS e as normas da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo sejam seguidas;
- O cumprimento de metas de produtividade e qualidade – que impactam diretamente em remuneração variável na ordem de 10% do valor total do contrato<sup>12</sup>;
- Prestação de contas mensal;
- Monitoramento e avaliação pelo Núcleo Técnico de Contratação de Serviços de Saúde (NTCSS) e pelo Tribunal de Contas do Município;
- Gestão dos recursos financeiros dentro dos princípios da transparência, economicidade, impessoalidade e concorrência que permeiam a administração pública.

Observa-se que, no Contrato celebrado entre SMS/SP e IRSSL (Contrato de Gestão No. 13/08-NTCSS/SMS), assim como propõe o modelo definido por Bresser e já apresentado anteriormente, metas, indicadores de desempenho, processos de avaliação e mecanismos de transparência estão bem explicitados neste Contrato específico. Da mesma forma, em relação às garantias de meios e condições necessários para a execução dos compromissos formalizados, consta na Lei Municipal número 14.132, de janeiro de 2006 que, como por ocasião do processo de qualificação como OS, a entidade deve ter aprovado regulamento próprio contendo seus procedimentos para a contratação de obras e serviços, bem como para compras e alienações, além do plano de cargos, salários e benefícios dos empregados da entidade.

O Contrato de Gestão que regulamenta o desenvolvimento das ações e serviços de saúde no Hospital Municipal Infantil Menino Jesus dispõe que, para o primeiro ano de

---

<sup>12</sup> De acordo com o estabelecido no Anexo Técnico II – Acompanhamento e Avaliação, parte integrante do Contrato de Gestão.

vigência, foram contratados R\$ 26.110.533,76, dos quais R\$18.198.921,67 destinavam-se a custeio e o restante a equipamentos, adequações e reformas. Este contrato pressupõe situações em que seja necessário rever os termos previstos e garante mecanismos para troca de informações permanente e possibilidades para repactuar metas. Percebe-se, porém, que o instrumento formal não é o único garantidor do sucesso da parceria. Em entrevistas com os representantes formais e lideranças do processo de negociação de ambas as partes envolvidas (Januário Montone, Secretário Municipal da Saúde e Gonzalo Vecina Neto, Diretor-Executivo do IRSSL), nota-se explicitamente a disponibilidade para aprendizado ao longo do processo e entendimento de que o sucesso do trabalho no HMIMJ depende de adequações e avanços conjuntos.

Em relação aos recursos humanos, que é de especial interesse para este trabalho, o Contrato previa a manutenção dos funcionários públicos que seriam afastados para a Organização Social, mantendo seus vencimentos, porém com perda dos cargos de chefia (Direção e Assessoramento Superiores - DAS). A remuneração de cargos de coordenação, assim como a complementação e substituição de postos de trabalho, seriam de responsabilidade da OS. As referidas disposições estão regulamentadas no Decreto Municipal Nº 49.462, de 30 de abril de 2008 .

Neste referido Contrato especificamente, encontram-se apenas breves deliberações relativas a Recursos Humanos. Entre elas, na Cláusula Sétima, Parágrafo Primeiro, a de que:

“na hipótese de transferência de servidores ou empregados públicos, seja qual for o motivo, a CONTRATANTE deverá equalizar os recursos para o fomento das atividades.” (No. 13/08-NTCSS/SMS)

Esta prerrogativa se torna fundamental uma vez que não se conhece a priori o conjunto de servidores ou empregados públicos que efetivamente passariam a atuar na unidade sob gerenciamento da OS.

## **4.2 O novo modelo de gerenciamento do HMIMJ**

Com a implantação do modelo de parceria com a OSS, o projeto pretendia recuperar as capacidades de atendimento, por meio da racionalização dos processos e

pela criação de um ambiente voltado à melhoria de eficiência. No primeiro semestre de 2008, projetava-se um crescimento em número de atendimentos até 2010 na ordem de 50%. Na percepção do Dr. Antonio Carlos Madeira<sup>13</sup>, Diretor do Hospital Municipal Infantil Menino Jesus desde 2001, a parceria trouxe ganhos para a instituição “Hoje, sem o modelo de parceria, a saúde não tem solução. Sozinho, o poder público tem muita dificuldade em cobrir os custos, dados os avanços tecnológicos crescentes na medicina atual. É preciso garantir que a saúde se desenvolva junto com o crescimento do País”.

Segundo este mesmo Diretor, o modelo desta parceria previa a integração, e não a mera substituição dos profissionais ali alocados. Mesmo antes da transição, aconteceram sessões de conversas com os colaboradores, explicando o novo modelo e, já em março de 2008, realizou-se uma pesquisa entre os funcionários do Hospital, consultando quanto a seu interesse em permanecer na organização. Em outubro de 2008, quando da transferência de gerenciamento, o Hospital contava com um quadro de 565 funcionários<sup>14</sup>, entre servidores públicos da Prefeitura, sob o regime estatutário, e empregados públicos da Autarquia Hospitalar Municipal, sob o regime celetista. O aproveitamento destes se deu em conformidade com o Decreto Municipal Nº 49.462/2008<sup>15</sup>, que disciplina o afastamento de servidores e empregados públicos que prestam serviços nas unidades de saúde integrantes da Secretaria Municipal da Saúde e da Autarquia Hospitalar Municipal, cujas atividades foram absorvidas em contratos de gestão firmados com Organizações Sociais.

Em termos gerais, houve duas etapas em que os servidores/empregados poderiam optar pela permanência ou não na Unidade: a primeira foi logo nos primeiros 90 dias após a assinatura do Contrato, quando tiveram que se manifestar expressamente (via termo de opção), se desejavam continuar ou se queriam a transferência – em abril de 2009, 55 colaboradores (dentre as 554 que lá atuavam) solicitaram transferência da unidade; a segunda foi depois de decorridos doze meses da opção inicial, deixando aberta a possibilidade de revisão da mesma – neste segundo momento de opção, 112 pessoas decidiram sair, sendo 63 cessações de afastamentos, 9 aposentadorias, 11 exonerações e 29 pedidos de demissão<sup>16</sup>, alegando motivos pessoais ou por não

---

<sup>13</sup> Entrevista realizada em 25 de abril de 2012.

<sup>14</sup> Entrevista realizada em 25 de abril de 2012.

<sup>15</sup> DECRETO Nº 49.462, DE 30 DE ABRIL DE 2008 - Regulamenta os artigos 16 e 16-A da Lei nº 14.132, de 24 de janeiro de 2006, e o inciso I do § 1º do artigo 2º da Lei nº 14.669, de 14 de janeiro de 2008.

<sup>16</sup> Dados fornecidos pela gerência de RH do HMIMJ.

concordar com o novo modelo, entendido por alguns como privatização. De acordo com a percepção e relato dos profissionais entrevistados, havia resistência por falta de conhecimento, mas como a negociação ocorreu de forma clara e transparente por parte da diretoria, o início da parceria com o IRSSL foi tranquilo.

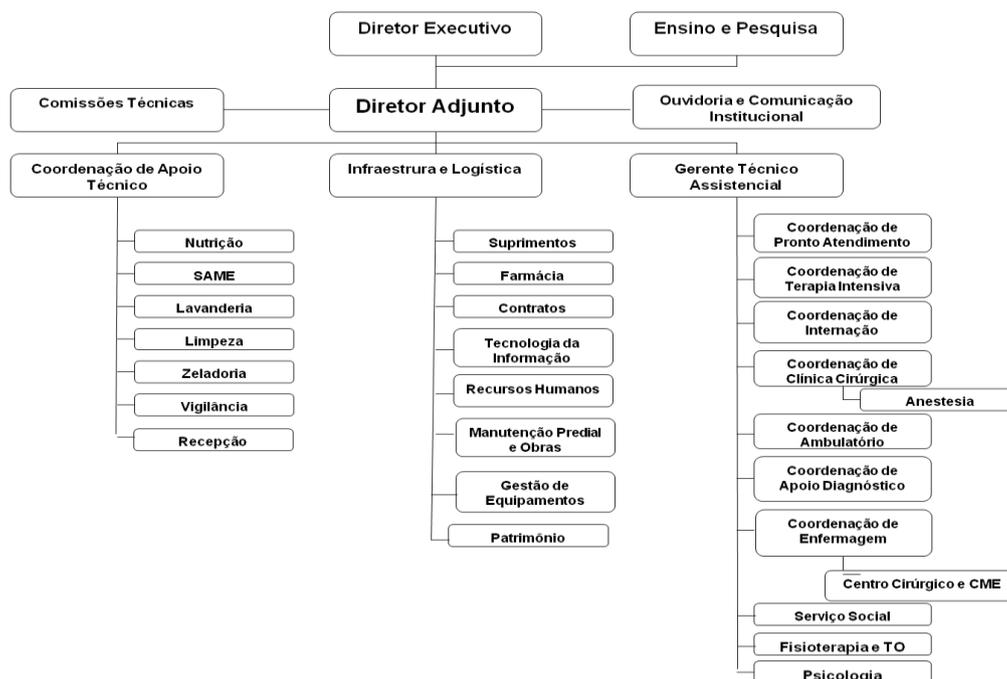
O então diretor Dr. Antonio Carlos Madeira assume o cargo de Diretor Executivo e, para a posição de Diretor Adjunto, junta-se à organização, em dezembro de 2008, Dra. Pubenza Lopez. Embora a nomenclatura sugira uma condicionante hierárquica na relação entre ambos, a proposta é de que a liderança do hospital passasse a ser compartilhada pelos dois médicos-gestores.

Coube à nova direção adjunta a responsabilidade de introduzir uma lógica de operação voltada a resultados, buscando implementar modernizações gerenciais que criariam condições para tal. As áreas administrativas gerenciais, antes inexistentes na estrutura da unidade por contarem com os serviços diretos da estrutura municipal (como Suprimentos, RH, TI e finanças), foram implantadas com recursos humanos e tecnológicos providos pela estrutura do Hospital Sírio-Libanês. Essa necessária mudança da estrutura gerencial fica evidenciada na comparação entre os organogramas do HMIMJ sob o gerenciamento público (Figura 3 abaixo) e sob o gerenciamento privado (Figura 4 abaixo).

Figura 3. Organograma do HMIMJ antes da contratualização com a OS.



Figura 4. Organograma atual do HMIMJ.



Fonte: fornecido pela direção do HMIMJ

Conforme a figura 4 acima, a OS adotou uma estrutura matricial com uma divisão clara em três segmentos: apoio técnico; infraestrutura e logística; e área assistencial. Essa divisão permite maior autonomia e responsabilização de cada área funcional, com foco na gestão por resultados. Além disso, novos contratos de fornecimento e serviços foram estabelecidos, sendo gerenciados, em sua maioria, pela coordenação de apoio técnico. Cabe observar que, embora também as mudanças físicas sejam percebidas como melhorias nas condições de trabalho, destaca-se a disponibilidade e facilidade de acesso a materiais e medicamentos como o benefício que rapidamente mais gerou valor à transição.

O novo modelo introduziu a preocupação com metas para o atendimento e exigiu diretrizes administrativas e metodologia de trabalho mais definidas. No primeiro ano de trabalho, houve um aumento médio da produção em torno de 25%, a um custo médio da operação de 85% do orçado no Contrato. Nos anos subsequentes, os indicadores demonstram evolução de produtividade nos serviços assistenciais, conforme o Quadro 2 a seguir.

**Quadro 2 – Número de Procedimentos realizados no HMIMJ de 2008 a 2011**

| PROCEDIMENTOS           | 2008    | 2009    | 2010    | 2011    |
|-------------------------|---------|---------|---------|---------|
| Saídas Hospitalares     | 3.636   | 4.248   | 4.454   | 4.798   |
| Cirurgias               | 2.316   | 3.264   | 4.132   | 4.229   |
| Consultas Ambulatoriais | 50.220  | 62.448  | 72.856  | 73.322  |
| Pronto Socorro          | 63.984  | 59.004  | 56.892  | 53.862  |
| Exames Diagnósticos     | 181.200 | 180.302 | 180.102 | 191.301 |
| Taxa de ocupação        | 78%     | 81%     | 84%     | 85%     |
| Media de Permanência    | 7,1     | 6,8     | 6,4     | 6       |
| Giro do Leito           | 2,9     | 3,5     | 3,9     | 4,6     |

Fonte: Informações disponibilizadas pela Diretoria do HMIMJ (23/07/2012)

Depoimentos da diretoria pontuam que, com o início da parceria, apesar da interdição de 10% dos leitos, houve 32% de aumento nas Internações, fruto de melhorias no gerenciamento. Também na área de Ambulatório, o aumento de 46% é atribuído apenas à melhor gestão da agenda e registro das informações de produção. Já o índice de 83% de aumento na produtividade do Centro Cirúrgico foi a entrega de novas instalações e atualização tecnológica fruto de uma doação do Hospital SÍrio-Libanês – Filantropia. Chama atenção que, em tendência contrária às demais áreas, o Pronto Socorro vem diminuindo em média 5% ao ano o número de atendimentos, o que, segundo a diretoria do hospital, é reflexo de mudanças no sistema de saúde com a implantação das AMAs.

Como foi possível observar, desde 2008 houve uma série de mudanças na infraestrutura, nos padrões de trabalho e nos sistemas de informação, além de impactos também no perfil assistencial da unidade. Para fins da consecução dos objetivos deste trabalho, manteremos o foco nas questões relativas aos recursos humanos. Esta experiência possibilita um aprendizado em relação à convivência entre os diferentes regimes de contratação e também diferentes culturas, que se explicitam em decisões administrativas como uso de uniforme, ponto eletrônico, criação da Ouvidoria e avaliação por desempenho.

Logo no início da parceria, entre os impactos positivos observados e relatados pela equipe de coordenação do Hospital, houve a contratação de médicos pelo IRSSL para completar o quadro do corpo clínico. Entretanto, foi o aproveitamento de praticamente todo o pessoal existente no HMIMJ à época que conferiu especificidade ao

caso em estudo. Vale destacar também que o Hospital mantém hoje, o que segundo relato do corpo clínico é sua tradição: a parceria com a esfera acadêmica, oferecendo residência médica nas áreas de pediatria, UTI pediátrica, pneumologia infantil e cirurgia pediátrica, além dos estágios em enfermagem, fisioterapia e graduação de medicina.

Já no quarto ano de operação sob administração do IRSSL, o Hospital conta hoje com um quadro de funcionários bem diferente, e busca formas eficientes para lidar com os diferentes vínculos coexistentes. A seguir encontram-se dados e observações sobre a força de trabalho do HMIMJ, a partir dos quais se constrói a análise do caso em estudo.

## 5. Diagnóstico

Conforme explicado no capítulo 2, o objeto do presente trabalho é um modelo híbrido, no qual uma Organização Social da Saúde (Instituto de Responsabilidade Social Sírio-Libanês) assumiu o gerenciamento do Hospital Municipal Infantil Menino Jesus e, nos termos do Contrato de Gestão, passou a administrar, além da estrutura física, o seu quadro de pessoal, vinculado à administração pública.

Dessa forma, nesse caso que estamos analisando, a OS é que figura como um elemento novo, assumindo uma organização em funcionamento e com uma longa trajetória (de cerca de 50 anos como Hospital Infantil), com um quadro de pessoal já estabelecido, sobre o qual não possui total ingerência e, portanto, capacidade de mudança.

Na época em que a OS passou a gerir o HMIMJ, assumiu um quadro de pessoal composto por 554 profissionais<sup>17</sup>, entre servidores públicos da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e empregados públicos da Autarquia Hospitalar Municipal. Posteriormente entrou uma nova categoria de funcionários, os contratados pelo Instituto, que hoje convivem com os demais em praticamente todas as áreas do Hospital. Além disso, há também profissionais com duplo vínculo, ou seja, que tem mais de uma fonte pagadora, sendo uma delas o ente privado – IRSSL – e a outra o ente público – Prefeitura ou Autarquia.

Essencialmente, mudou o ente - agora privado - responsável pelo gerenciamento do Hospital, mas este teve de lidar com limites à sua ação, determinados tanto pelo

---

<sup>17</sup> Dados fornecidos pela Gerência de Recursos Humanos do HMIMJ.

instrumento do Contrato de Gestão como pelo encontro com uma organização já estabelecida. Nem todas as regras e elementos puderam ser mudados, dentre eles, um aspecto fundamental para a gestão por resultados: o quadro de pessoal. Nesse contexto, nossa análise se orienta para as questões atinentes à convivência das diversas categorias de funcionários do Hospital, estabelecidas a partir do(s) vínculo(s) empregatício(s), conforme explicitado no Quadro 3, a seguir.

**Quadro 3 – Caracterização geral do quadro de pessoal do HMIMJ conforme o vínculo empregatício (órgão empregador).**

| <b>Categoria</b>                         | <b>Empregador</b>  | <b>Regime de Trabalho</b>            | <b>Legislação</b>  |
|--|--|--------------------------------------|--|
| <b>Servidores públicos</b> <sup>18</sup> | Prefeitura de São Paulo  | Estatutário                          | Lei nº 8.989/79  |
| <b>Empregados Públicos</b>               | Autarquia Hospitalar Municipal (AHM)   | Celetista                            | Consolidação das Leis Trabalhistas - CLT, nos termos da Lei nº 13.271/2001 |
| <b>Empregados</b>                        | Instituto de Responsabilidade Social Sírío Libanês (IRSSL)                         | Celetista                            | Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT                                   |
| <b>Duplo Vínculo</b>                     | Combinação de um vínculo privado (IRSSL) com um público (Autarquia ou Prefeitura). | Celetista e Estatutário OU Celetista | Soma da legislação aplicável a cada um dos vínculos individualmente.       |

Fonte: Elaborado pelas autoras

Dentre essas categorias de vínculos, apresentadas no Quadro acima, há diferenças significativas, tais como as relativas a carreira, remuneração, benefícios, regras para contratação e demissão (ou exoneração), carga horária e regime de folgas. Conforme os dados das entrevistas realizadas no HMIMJ, fica evidente que tais divergências são conhecidas por todos e, embora isso não tenha sido apresentado como motivo de conflito, por vezes é capaz de gerar alguma tensão no ambiente de trabalho. Mas, conforme apontado pelo Secretário Municipal da Saúde, Sr. Januário Montone, isso não é uma novidade total na área da saúde, muito pelo contrário. Segundo ele, o próprio nascimento do Sistema Único de Saúde (SUS) significou uma descentralização da política de saúde para os estados e municípios, o que resultou em hospitais e postos de saúde compostos por servidores vinculados às três esferas (federal, estadual e

<sup>18</sup> Há profissionais que têm dois vínculos com o estado, e que, por uma questão logística, cumprem a dupla jornada de trabalho na mesma unidade de saúde.

municipal), e, portanto, com as diferenças (salariais e de regras) características de cada modelo. Havia, inclusive, uma grande dificuldade para se punir os servidores federais e estaduais que estavam em exercício nas unidades da Prefeitura, mas ligados funcionalmente a outras esferas, pois estes recorriam à justiça alegando que não podiam ser penalizados por outro ente. Ainda segundo o Secretário, o SUS levou vinte anos para ajustar o modelo.

Sob o ponto de vista da área de gestão de pessoas do HMIMJ, essa pluralidade significa o desafio de ter que lidar, no dia a dia, com essas diferenças, de forma coordenada, sem que haja prejuízo no trabalho das equipes e na produtividade. Mas, percebe-se que as práticas de administração de pessoal no HMIMJ são simples, voltadas mais para as atividades operacionais e cumprimento de questões legais e trabalhistas. Também não há documentação oficial sobre essas práticas, tais como guias ou manuais que apresentem para os funcionários informações relevantes sobre o seu vínculo com a instituição, tais como direitos e deveres, estrutura organizacional e procedimentos administrativos e disciplinares.

Segundo o gerente de Recursos Humanos (RH) do HMIMJ, seria desejável que houvesse essa documentação, mas quaisquer ferramentas de gerenciamento devem emanar do IRSSL, pois o HMIMJ é apenas uma das unidades do Instituto, dependendo, portanto, da iniciativa deste. E o IRSSL, por sua vez, ainda está se estruturando, tendo estabelecido recentemente sua sede, onde ficam a diretoria, as gerências das unidades e o RH central.

Assim, temos que o RH do HMIMJ realiza as rotinas de administração de pessoal da unidade, havendo uma peculiaridade que expressa bem a segmentação dos vínculos: o fato de que na própria área de Recursos Humanos há um profissional responsável pelas atividades e atendimento dos funcionários de cada tipo de vínculo. Ou seja, há um funcionário que cuida das demandas (exemplo: escala de férias) dos servidores da SMS/SP, outro que cuida dos empregados da autarquia e outro que administra os contratados pelo IRSSL.

Fizemos um levantamento, apresentado no Quadro 4 abaixo, a fim de identificar as diferentes políticas de RH, aplicáveis a cada um dos vínculos, e levadas em consideração na análise geral do trabalho e na proposição de soluções exequíveis.

**Quadro 4 – Políticas de Infraestrutura de RH conforme os diferentes vínculos**

|                                | <b>Servidores Públicos (SMS/SP)</b>  | <b>Empregados Públicos (AHM)</b>   | <b>Empregados (IRSSL)</b>   |
|--------------------------------|--|--|---|
| <b>Recrutamento e Seleção</b>  | A única possibilidade de entrada de profissionais é pela remoção (de outras unidades para o HMIMJ), mas que não tem sido autorizada pela SMS/SP. <sup>19</sup>   | A única possibilidade de entrada de profissionais é pela remoção (de outras unidades para o HMIMJ).  | Esses processos são realizados pelo IRSSL, conforme regulamento de pessoal.   |
| <b>Cargos e Salários</b>       | Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) instituído pela lei nº 14.713/2008  | Plano de empregos públicos, carreiras e salários instituído pela lei nº 52.517/2011.   | Tabela salarial construída pelo IRSSL tendo como parâmetro pagar 80% da tabela do Sírío. <sup>20</sup> Não há plano de carreira.  |
| <b>Carga Horária</b>           | Definida por lei   | Definida por lei   | Definida pelo contrato, conforme a CLT e acordo sindical.   |
| <b>Horas Extras</b>            | A chefia imediata pode fazer acordos com o funcionário para compensação durante o mês. A apuração mensal é encaminhada para a SMS/SP, que toma as decisões decorrentes. Não recebem remuneração pelas horas extras.  | A chefia imediata pode fazer acordos com o funcionário para compensação durante o mês. A apuração mensal é encaminhada para a AHM, que toma as decisões decorrentes. Não recebem remuneração pelas horas extras. | O IRSSL tem um acordo trimestral. O que excede 2 horas mensais gera um pagamento em dinheiro. Também há pagamento quando são acumuladas 12 horas no trimestre. Vale para todos, menos os médicos. |
| <b>Controle de Ponto</b>       | A área de RH do HMIMJ envia a apuração (extraída do sistema informatizado de controle de ponto) para a SMS/SP.   | A área de RH do HMIMJ envia a apuração (extraída do sistema informatizado de controle de ponto) para a AHM.  | A área de RH do HMIMJ extrai o relatório do sistema de ponto, tomando eventuais medidas, como desconto e lançamento de horas extras.  |
| <b>Benefícios</b>              | Auxílio-refeição e Auxílio-transporte.   | Auxílio-refeição e Auxílio-transporte.   | Plano de saúde e odontológico, seguro de vida, ticket alimentação (todos) e refeição (carga horária superior a 6h/dia).   |
| <b>Medidas Disciplinares</b>   | Questão regulada pela Lei 8.989/79 e Decreto 43.233/03. É cabível à OS elaborar relatório a ser remetido para a SMS/SP, que decidirá sobre eventual penalidade.  | Questão regulada pela CLT. É cabível à OS elaborar relatório a ser remetido para a AHM, que decidirá sobre eventual penalidade.  | Questão regulada pela CLT. A OS tem regras bem definidas, prevendo os casos de Advertência, Suspensão e Demissão.   |
| <b>Avaliação de desempenho</b> | Anual, segundo modelo e regras da SMS/SP. A OS apenas aplica os questionários (em papel) e repassa os mesmos, preenchidos, à SMS/SP, que utiliza os dados para fins de progressão e pagamento de remuneração variável de seus servidores. A OS não tem o resultado dessa avaliação e, não a utiliza como ferramenta de gestão de pessoal. O IRSSL está desenvolvendo o seu modelo de Avaliação por Competências, que |  |   |

<sup>19</sup> Informação da gerência de RH do HMIMJ.<sup>20</sup> A única exceção é para a função de Auxiliar de Enfermagem, que recebe salários equiparados aos do Sírío Libanês.

|                    |  |
|--------------------|--|
|                    | deverá ser dirigido a todos os funcionários do HMIMJ, independente do vínculo.                     |
| <b>Treinamento</b> | Os cursos da Prefeitura e do IRSSL estão abertos a todos os funcionários, independente do vínculo. |

Fonte: Elaborado pelas autoras a partir de entrevistas e análise de documentos.

No quadro acima podemos visualizar mais claramente, sob o prisma das políticas de recursos humanos, que as distinções entre os vínculos são predominantemente aquelas determinadas pelo próprio regime trabalhista. No caso dos servidores e empregados públicos, estes optaram por serem cedidos para atuar em uma unidade gerida pela OS, concordando em exercer seu trabalho conforme as regras e metas assumidas pela mesma, mas mantiveram a sua natureza jurídica de servidor ou empregado público. Continuam com os mesmos direitos e deveres funcionais, mudando, em alguns casos, apenas a forma de operacionalização dos mesmos.

Uma questão emblemática é a de apuração da frequência e da pontualidade. Nesse caso específico a OS instituiu o controle eletrônico de ponto,<sup>21</sup> como um meio mais eficiente de controle, mas a carga horária a ser cumprida pelos servidores e empregados públicos é a mesma de sempre. Somente no caso dos profissionais com duplo vínculo e que possuem cargo gerencial é que houve um acréscimo de carga horária, decorrente do vínculo adicional que assumiram com o IRSSL.

Assim, no que diz respeito aos servidores e empregados públicos, podemos dizer que a área de Recursos Humanos do HMIMJ atua como intermediária, registrando e repassando informações sobre a atuação desses profissionais para o órgão de origem. Para tomar medidas disciplinares, por exemplo, a OS depende de decisões efetivas da SMS ou da AHM, conforme o caso. Esse foi um dos pontos levantados durante entrevista com o Sr. Januário Montone<sup>22</sup>, Secretário Municipal da Saúde, que reconheceu ser este ainda um desafio no modelo de contratualização com OS: a mudança de papel da SMS/SP. Segundo o Secretário, nessa parceria público-privado a equipe da Secretaria deixa de atuar diretamente na operação, mas fica como gestora da política, traçando os resultados a serem atingidos (controle finalístico) e atuando no controle dos mesmos. No caso específico da contratualização para um hospital em funcionamento, entretanto, a SMS/SP continua exercendo o papel de gestora do pessoal

<sup>21</sup> Segundo entrevistas realizadas com profissionais do HMIMJ, a adoção dessa nova forma de controle ocorreu de forma relativamente tranquila, sem grandes resistências por parte dos servidores.

<sup>22</sup> Entrevista realizada em 05/07/2012

estatutário e, no caso da aplicação de medidas disciplinares, o Secretário reconhece que ainda há uma certa resistência na punição de colegas que atuam em uma OS.

Embora no Artigo 11 do Decreto 49.462 de 30 de abril de 2008 haja a previsão de que a OS possa solicitar o cessamento do afastamento de servidores perante a organização social, a transferência de profissionais que comprovadamente apresentem desempenho insatisfatório é uma questão hoje tratada com bastante cuidado pela SMS/SP. O Secretário reconhece que essa é uma demanda legítima das OS, pois:

...compromete as metas, compromete o ambiente de trabalho e é uma situação complicada que se tenha que cobrá-lo a cobrir determinadas metas e não o deixe colocar um profissional que cumpra metas. Então isso vai ter que ser revisto ao longo do tempo... Há essa possibilidade, na verdade, mas é uma coisa negociada, não é automático. (Januário Montone. Entrevista realizada em 05/07/2012).

Mas, a despeito das diferenças apresentadas acima, também podemos perceber alguns pontos de conexão entre os vínculos, em termos de gestão de pessoas, como as políticas de treinamento. Pode-se reconhecer como avanço o fato da SMS/SP disponibilizar os cursos oferecidos pela sua Escola de Saúde a todos os funcionários envolvidos na prestação do serviço público no HMIMJ, independente do vínculo empregatício de cada um. O mesmo posicionamento foi adotado pelo IRSSL, que investe em cursos de qualificação profissional para todos os profissionais que atuam no Hospital. Com isso predominou a visão de que o mais importante a considerar é o impacto positivo a ser gerado com a prestação de um serviço público de melhor qualidade.

Outro procedimento que começa a ser estendido uniformemente a todos os funcionários é o da avaliação de desempenho. Desde 2011, todos passaram a ser avaliados conforme o modelo da Prefeitura. Entretanto, essa avaliação não é utilizada pela OS no gerenciamento do Hospital e, portanto, não contribui diretamente para o alcance de resultados. Mas está em fase de elaboração, pela equipe do IRSSL, um modelo de avaliação por competências que deverá ser aplicado a todos, com o objetivo de subsidiar as ações de recursos humanos da unidade. Independente do vínculo empregatício, a OS poderá então utilizar alguns incentivos para melhorar o desempenho dos profissionais e, nos casos onde seja necessária a intervenção da SMS/SP ou da Autarquia, poderá haver, minimamente, dados objetivos que justifiquem a necessidade

de uma medida disciplinar, por exemplo.

No geral as políticas de RH elencadas acima podem ser caracterizadas como os instrumentos que a OS dispõe, hoje, para gerenciamento dos profissionais em exercício no HMIMJ. O Superintendente do IRSSL, Dr. Gonzalo Vecina, reconhece que a convivência entre profissionais de três vínculos diferentes pode ser conflituosa, mas que pode ser gerenciada com os instrumentos que o Hospital dispõe. Dentre estes destaca a relevância do termo de opção, que possibilita aos servidores e empregados públicos exercer o direito de escolha entre continuar no Hospital, sob o gerenciamento da OS, ou pedir transferência para outra unidade da Prefeitura.

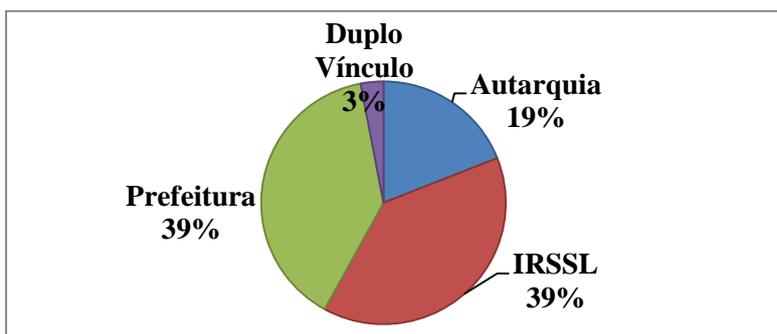
Uma vez conhecidos os principais instrumentos de gerenciamento de recursos humanos aplicáveis a cada um dos vínculos, cabe uma análise mais detalhada sobre o seu objeto – a força de trabalho do HMIMJ, em seus aspectos quantitativos e qualitativos. A partir do diagnóstico sobre esses dois elementos é que, ao final desse capítulo, faremos uma análise sobre as mudanças positivas de gestão de pessoas já implementadas pela OS no HMIMJ e o que identificamos como desafios ainda a serem superados.

#### **Quadro 5: Número de funcionários por vínculo empregatício.**

| <b>Vínculo</b> | <b>Número de Funcionários</b> |
|----------------|-------------------------------|
| Autarquia      | 96                            |
| IRSSL          | 196                           |
| Prefeitura     | 196                           |
| Duplo Vínculo  | 16                            |
| <b>TOTAL</b>   | <b>504</b>                    |

Fonte: Elaborado pelas autoras a partir de documento eletrônico disponibilizado pela equipe do HMIMJ em 28/05/2012.

O Hospital possui um quadro atual de 504 (quinhentos e quatro) funcionários, com a distribuição, por vínculo, melhor visualizada no gráfico 1, a seguir. Desse total predominam funcionários vinculados ao Instituto e servidores da Prefeitura, havendo, de fato, um equilíbrio no número de profissionais de cada uma dessas categorias: cada qual correspondendo a 39% do volume total. Em seguida aparecem os contratados pela Autarquia, com cerca de 19%, e os profissionais que possuem duplo vínculo, correspondendo a 3%.

**Gráfico 1: Distribuição Percentual de funcionários conforme o vínculo**

Fonte: Elaborado pelas autoras

Dos 16 profissionais que possuem duplo vínculo, 12 foram contratados pelo IRSSL para exercer algum cargo gerencial, utilizando a possibilidade de oferecer uma “retribuição pecuniária relativa ao exercício de função temporária de direção e assessoramento”, estabelecida no Decreto N° 49.462, de 30 de abril de 2008, que orienta o aproveitamento de servidores e empregados públicos nas unidades de saúde integrantes da SMS/SP e da AHM, cujas atividades forem absorvidas em contratos de gestão firmados com organizações sociais. Dentre os outros 4, há 3 médicos e 1 enfermeira que foram contratados pelo IRSSL com complementação salarial e de carga horária.

Em termos absolutos, temos que nesses cerca de três anos e meio sob o gerenciamento da OS, o quadro de pessoal do HMIMJ reduziu em cerca de 9%. Isso demonstra que houve saída de profissionais (nos termos do Contrato de Gestão e do Decreto 49.462/2008) e que a reposição ocorreu em proporção inferior.

A expectativa do Secretário Municipal da Saúde, Sr. Januário Montone<sup>23</sup>, é que de fato, por meio da contratualização com a OS, a reposição se dê em quantitativo inferior às saídas, como reflexo do maior dinamismo e flexibilidade com que o setor privado opera. Na visão da Dra Pubenza<sup>24</sup>, sob a administração privada o direcionamento tem sido o de ter pessoas no horário em que estas são necessárias. Assim, ao otimizar a distribuição de pessoal, mudando escalas de trabalho e privilegiando a contratação de profissionais em regimes de trabalho mais adequados ao ritmo das atividades, tem conseguido ganhos de produtividade com controle sobre o crescimento do quadro de pessoal.

<sup>23</sup> Entrevista realizada em 05/07/2012.

<sup>24</sup> Entrevista realizada em 12/06/2012.

Um exemplo representativo é o caso dos profissionais da Enfermagem, no qual aqueles oriundos da Prefeitura possuem uma carga de 30h semanais, enquanto a equipe contratada pelo IRSSL trabalha com uma carga de 36h semanais. Essa diferença possibilitou que a OS preenchesse as escalas de pessoal da área assistencial sem que houvesse necessidade de reposição total de profissionais. Segundo a Diretoria e a área de Recursos Humanos do HMIMJ, o número atual de pessoas na área técnico-assistencial atende às métricas de administração hospitalar, seja no quociente de profissionais por paciente ou de profissionais por número de leitos.

Do lado das saídas, temos que o grupo que mais encolheu foi o dos empregados públicos da Autarquia. Segundo a área de RH do Hospital, essas saídas ocorreram principalmente em virtude dos salários mais baixos recebidos por esses profissionais (em comparação com os dos demais grupos), sendo que uma parte destes solicitou remoção para outras unidades da SMS/SP (motivados pela oferta de uma gratificação e/ou pela proximidade da residência) e outros foram recontratados pelo Instituto, migrando de vínculo mas permanecendo no Hospital. Segundo a área de RH do HMIMJ, a OS tentou obter autorização para realizar algum tipo de complementação de remuneração para os profissionais sem cargo gerencial, principalmente os da área administrativa. No caso destes, a carga horária já é de 40 horas semanais, não podendo, portanto, ser estendida mediante contratação pela OS (o duplo vínculo). A solução cogitada, então, foi uma espécie de gratificação, mas, nesse caso, houve negativa da SMS, com base no Artigo 7º do Decreto 49.462 de 2008:

Art. 7º. Ficam vedados o pagamento e a concessão de vantagem pecuniária permanente ou complementação salarial, pela organização social, aos servidores afastados na forma do artigo 4º deste decreto, bem como aos referidos no artigo 5º, com recursos provenientes do contrato de gestão, ressalvada a hipótese de retribuição pecuniária relativa ao exercício de função temporária de direção e assessoramento. (Decreto 49.462/2008)

### **5.1. Alocação nas Áreas**

Sobre a alocação, temos que as pessoas estão distribuídas em 36 áreas ou centros de custo, sendo que apenas cinco áreas assistenciais (em destaque no Quadro 6 abaixo) concentram quase 60% dos funcionários. Nessas áreas, até mesmo pela

representatividade numérica, encontramos as três categorias de vínculos.

#### Quadro 6: Pessoal do HMIMJ por centro de alocação

| Centros de Custo                          | Autarquia  | Federal  | IRSSL      | Prefeitura | Percentual em relação ao total |
|---|------------|----------|------------|------------|--------------------------------|
| ADJUNTO                                   |            |          | 3          | 1          | 0,8%                           |
| ADMINISTRATIVO                            |            |          | 2          | 7          | 1,7%                           |
| ALMOXARIFADO                              |            |          | 3          |            | 0,6%                           |
| AMBULATORIO 03° E 04°                     | 10         |          | 12         | 47         | 13,1%                          |
| CENTRAL MATERIAIS                         |            |          |            |            |                                |
| ESTERELIZ.                                | 7          |          | 1          | 11         | 3,6%                           |
| CENTRO CIRURGICO / RPA                    | 10         |          | 9          | 39         | 11,0%                          |
| CENTRO CIRURGICO-<br>OTORRINOLARINGOLOGIA | 1          |          | 1          | 1          | 0,6%                           |
| CLINICA CIRURGICA                         |            |          |            |            |                                |
| PEDIATRICA                                | 12         |          | 5          | 3          | 3,8%                           |
| CLINICA MEDICA PEDIATRICA I               | 18         |          | 26         | 14         | 11,0%                          |
| COMISSAO DE ENSINO E<br>PESQUISA          |            |          | 1          | 2          | 0,6%                           |
| COMPRAS                                   |            |          | 4          |            | 0,8%                           |
| CONTRATOS                                 |            |          | 1          |            | 0,2%                           |
| COORD. DA ENFERMAGEM                      | 2          |          | 4          | 7          | 2,5%                           |
| ELETOENCEFALOGRAMA –<br>HIMJ              |            |          | 1          |            | 0,2%                           |
| ENGENHARIA OBRAS                          |            |          | 1          | 2          | 0,6%                           |
| EXECUTIVO                                 |            |          | 1          | 4          | 1,0%                           |
| FARMÁCIA                                  | 1          |          | 8          | 1          | 1,9%                           |
| FARMACIA CLINICA                          |            |          | 1          |            | 0,2%                           |
| FARMACIA FRACIONAMENTO                    |            |          | 4          |            | 0,8%                           |
| FISIOTERAPIA                              | 2          |          | 3          | 1          | 1,1%                           |
| INFORMACAO E ESTATISTICA                  | 1          | 1        | 2          | 4          | 1,5%                           |
| LABORATORIO DE PATOLOGIA                  |            |          |            | 8          | 1,5%                           |
| MANUTENÇÃO PREDIAL                        |            |          | 15         |            | 2,9%                           |
| NUTRIÇÃO                                  |            |          | 2          |            | 0,4%                           |
| OUVIDORIA/COMUNICACAO                     |            |          | 2          |            | 0,4%                           |
| PRONTO SOCORRO                            | 19         |          | 26         | 24         | 13,1%                          |
| RAIO X                                    |            |          | 2          | 7          | 1,7%                           |
| RECURSOS HUMANOS                          |            |          | 10         |            | 1,9%                           |
| ROUPARIA                                  |            |          | 3          | 2          | 1,0%                           |
| SAME                                      | 1          |          | 18         | 4          | 4,4%                           |
| SCIH                                      |            |          | 2          | 1          | 0,6%                           |
| SERVIÇO SOCIAL                            |            |          | 3          |            | 0,6%                           |
| TECNICO                                   |            |          | 1          |            | 0,2%                           |
| TECNOLOGIA DA INFORMACAO                  |            |          | 7          |            | 1,3%                           |
| UNIDADE DE INTERNAÇÃO                     | 4          |          | 3          | 9          | 3,0%                           |
| UTI PEDIATRICA                            | 12         |          | 25         | 14         | 9,7%                           |
| <b>Total<sup>25</sup></b>                 | <b>100</b> | <b>1</b> | <b>212</b> | <b>213</b> | <b>100,0%</b>                  |

Fonte: Elaborado pelas autoras a partir de documento eletrônico disponibilizado pela equipe do HMIMJ em 28/05/2012.

<sup>25</sup> Nesse total aparecem 526 profissionais pois há 16 pessoas com duplo vinculo (Estado e IRSSL), além de outras 6 que possuem dois vínculos com o próprio Estado. Mas, em número de pessoas, mantêm-se as 504 citadas anteriormente.

A princípio esse número de centros de custo parece bastante elevado, o que, entretanto, pode ser relativizado frente ao nível de especialização da atividade hospitalar. Ainda assim, o mais importante nesse critério de análise é identificar o motivo de tal divisão e a sua utilidade. No caso, apuramos que há o intuito de que essa divisão seja utilizada pela Gerência de Materiais como base para a contabilidade de custos do Hospital (daí a denominação “centro de custos”).

Já no caso da gerência de Recursos Humanos, identificamos que apenas um processo está mais orientado pela lógica de alocação das pessoas - o recrutamento e seleção - que considera os requisitos da área para a contratação de um profissional mais adequado.

No caso da função de Auxiliar de Enfermagem (que representa quase um terço da força de trabalho total) há uma grande e contínua mobilidade de profissionais entre os setores a fim de cobrir eventuais faltas. Entretanto, num cenário em que as pessoas são constantemente realocadas, reconhece-se um risco para a composição do trabalho em equipe e para o aprendizado técnico especializado (pois cada área tem requisitos específicos) e uma dificuldade no comprometimento do profissional com as metas do setor.

Além disso, dentro da margem de atuação de cada Coordenador da área assistencial, identificamos diferenças na condução dos setores. Em parte isso ocorre devido à própria natureza do trabalho, mas também por conta das decisões tomadas, sem que estas estejam alinhadas a um planejamento institucional formal.

Para administrar as diferenças (salariais, culturais e de carga horária) entre os funcionários, e evitar o conflito, alguns coordenadores deixaram que os membros de suas equipes optassem pelo horário de trabalho e/ou pelo grupo com o qual quisessem atuar. Com isso, houve uma espécie de segregação, com plantões formados por profissionais exclusivamente da Prefeitura de São Paulo ou do IRSSL, por exemplo.

No caso da UTI, público e privado pouco interagem. O atendimento é organizado em 3 grupos de plantões (manhã, tarde e noite), nos quais se distribuem 35 funcionários da área de enfermagem. Nos turnos da manhã e tarde, apenas uma pessoa possui vínculo com a Prefeitura; todos os demais estão alocados no turno da noite. Esta distribuição foi desenhada gradativamente, por remanejamento (voluntário). Pela falta de funcionários (vagas em aberto), os funcionários do Instituto realizam horas extras com frequência e Enfermeiras realizam tarefas típicas de Auxiliar de Enfermagem. Não

há reuniões conjuntas dos profissionais do setor. Eventuais encontros são feitos em cada turno em dois grupos, revezando aqueles que ficam dedicados ao atendimento.

Cabe destacar, ainda, que ao fazermos uma distinção entre alocação na área meio (administrativa) e na área fim (assistencial), encontramos quadros bastante diferentes. Temos que mais de 80% do quadro de pessoal faz parte da área técnico-assistencial, que apresenta, aproximadamente, a seguinte composição: 44% de servidores da Prefeitura, 33% de funcionários do IRSSL e 23% de empregados da Autarquia. Na área administrativa, entretanto, aparece uma distribuição bem diversa: cerca de 74% de contratados pelo Instituto, 23% de servidores da Prefeitura, 2% da Autarquia e 1% referente a uma servidora federal. Essa composição foi em grande parte motivada pela reestruturação do organograma do Hospital, com a criação de setores administrativos para absorver funções que antes estavam na estrutura da SMS/SP. Com isso houve a necessidade de contratação, pelo IRSSL, de profissionais para preenchimento das novas vagas nas áreas administrativas, que ganharam nova dimensão.

## 5.2. Distribuição por cargo ou função

O levantamento sobre a estrutura organizacional aponta que há cerca de 70 cargos no HMIMJ, conforme apresentado no Quadro 7, a seguir. Esse número pode parecer expressivo para uma organização com uma média de 500 profissionais, mas deve ser relativizado por ser uma característica própria da administração hospitalar – “o fato de o hospital contar com uma estrutura organizacional complexa, responsável pela prestação de serviços que exigem alto grau de especialização e uso intensivo de mão de obra e de tecnologia.” (CAMPOS; MALIK, 2011, p.159).

**Quadro 7: Quadro de Pessoal por função ou cargo**

| CARGO                        | Autarquia | Federal | IRSSL | Prefeitura | % em relação ao total |
|------------------------------|-----------|---------|-------|------------|-----------------------|
| AGENTE DE APOIO HMJ          |           |         |       | 10         | 1,9%                  |
| AGPP – HMJ                   |           |         |       | 3          | 0,6%                  |
| ANALISTA COMPRAS             |           |         | 1     |            | 0,2%                  |
| ANALISTA INFRAESTRUTURA TCI  |           |         | 2     |            | 0,4%                  |
| ANALISTA MANUT HOSPITALAR PL |           |         | 1     |            | 0,2%                  |

Desafios da Gestão de Pessoas nos Processos de Contratualização:  
O caso do Hospital Municipal Infantil Menino Jesus

|                                |    |    |    |       |
|--------------------------------|----|----|----|-------|
| ANALISTA RECURSOS HUMANOS PL   |    | 4  |    | 0,8%  |
| ANALISTA SISTEMAS TCI          |    | 1  |    | 0,2%  |
| ASSISTENTE ADMINISTRATIVO JR   |    | 2  |    | 0,4%  |
| ASSISTENTE ADMINISTRATIVO PL   |    | 2  |    | 0,4%  |
| ASSISTENTE ADMINISTRATIVO SR   |    | 2  |    | 0,4%  |
| ASSISTENTE RECURSOS HUMANOS PL |    | 1  |    | 0,2%  |
| ASSISTENTE SOCIAL JR           |    | 1  |    | 0,2%  |
| ASSISTENTE SOCIAL SR           |    | 1  |    | 0,2%  |
| ATENDENTE DE ENFERMAGEM HMJ    |    |    | 2  | 0,4%  |
| AUX ALMOXARIFADO               |    | 1  |    | 0,2%  |
| AUX DESENVOLVIMENTO INFANTIL   | 1  |    |    | 0,2%  |
| AUX SERV CONSULTORIO DENTARIO  |    |    | 1  | 0,2%  |
| AUX TEC SERV GASOTERAPIA HMJ   |    |    | 4  | 0,8%  |
| AUX TEC SERV HEMOTERAPIA HMJ   |    |    | 2  | 0,4%  |
| AUX. SER. SERV RADIOLOGIA HMJ  |    |    | 2  | 0,4%  |
| AUX. SERVICOS GERAIS           |    | 1  |    | 0,2%  |
| AUX. TECNICO ADMINISTRATIVO    | 2  |    |    | 0,4%  |
| AUXILIAR ADMINISTRATIVO        |    | 26 |    | 5,0%  |
| AUXILIAR ALMOXARIFADO          |    | 3  |    | 0,6%  |
| AUXILIAR CONSULTORIO DENTARIO  |    | 1  |    | 0,2%  |
| AUXILIAR ENFERMAGEM            | 55 | 2  | 51 | 20,6% |
| AUXILIAR ENFERMAGEM JR         |    | 35 |    | 6,7%  |
| AUXILIAR FARMACIA              |    | 2  |    | 0,4%  |
| AUXILIAR MANUTENCAO SR         |    | 4  |    | 0,8%  |
| AUXILIAR SERVICOS GERAIS       |    | 2  |    | 0,4%  |
| CIRURGIÃO DENTISTA             |    |    | 2  | 0,4%  |
| COMPRADOR JR                   |    | 1  |    | 0,2%  |
| COORD.ENFERMAGEM               |    | 1  |    | 0,2%  |
| COORD.GESTAO DE PESSOAS        |    | 1  |    | 0,2%  |
| COORD.MEDICO AMBULATORIO       |    | 1  |    | 0,2%  |
| COORD.MEDICO CLINICA CIRURGICA |    | 1  |    | 0,2%  |
| COORD.MEDICO CLINICA INTERNACA |    | 1  |    | 0,2%  |
| COORD.MEDICO UTI               |    | 1  |    | 0,2%  |
| COORD.SERVICO APOIO            |    | 1  |    | 0,2%  |
| COORD.SERVICOS                 |    | 1  |    | 0,2%  |
| DIRETOR ADJUNTO                |    | 1  |    | 0,2%  |
| DIRETOR EXECUTIVO              |    | 1  |    | 0,2%  |
| ELETRICISTA                    |    | 4  |    | 0,8%  |
| ENCANADOR                      |    | 1  |    | 0,2%  |
| ENCARREGADO MANUTENCAO         |    | 1  |    | 0,2%  |
| ENFERMEIRO                     | 29 |    | 10 | 7,4%  |
| ENFERMEIRO JR                  |    | 17 |    | 3,2%  |
| ENFERMEIRO SR                  |    | 1  |    | 0,2%  |
| ENGENHEIRO                     |    |    | 1  | 0,2%  |
| FARMACEUTICO JR                |    | 1  |    | 0,2%  |
| FARMACEUTICO RESPONSAVEL       |    | 1  |    | 0,2%  |
| FISIOTERAPEUTA                 | 2  |    | 1  | 0,6%  |
| FISIOTERAPEUTA JR              |    | 1  |    | 0,2%  |
| FISIOTERAPEUTA PL              |    | 4  |    | 0,8%  |

Desafios da Gestão de Pessoas nos Processos de Contratualização:  
O caso do Hospital Municipal Infantil Menino Jesus

|                               |            |          |            |            |               |
|-------------------------------|------------|----------|------------|------------|---------------|
| FONOAUDIOLOGO                 |            |          |            | 3          | 0,6%          |
| GERENTE CONTRATOS             |            |          | 1          |            | 0,2%          |
| GERENTE PROJETOS I            |            |          | 2          |            | 0,4%          |
| GERENTE PROJETOS II           |            |          | 2          |            | 0,4%          |
| GERENTE TECNICO ASSISTENCIAL  |            |          | 1          |            | 0,2%          |
| MEDICO                        | 11         | 1        | 1          | 103        | 22,1%         |
| MEDICO PEDIATRA               |            |          | 21         |            | 4,0%          |
| MEDICO PLANT. UNID. CRITICA I |            |          | 3          |            | 0,6%          |
| MEDICO PLANTONISTA I          |            |          | 11         |            | 2,1%          |
| MEDICO PLANTONISTA II         |            |          | 1          |            | 0,2%          |
| MEDICO PLANTONISTA UNIDADE I  |            |          | 3          |            | 0,6%          |
| MEDICO PLANTONISTA UNIDADE II |            |          | 1          |            | 0,2%          |
| NUTRICIONISTA JR              |            |          | 1          |            | 0,2%          |
| NUTRICIONISTA PL              |            |          | 1          |            | 0,2%          |
| PEDAGOGO HMJ                  |            |          |            | 1          | 0,2%          |
| PEDREIRO                      |            |          | 1          |            | 0,2%          |
| PINTOR                        |            |          | 1          |            | 0,2%          |
| PSICOLOGO                     |            |          |            | 5          | 1,0%          |
| SECRETARIA                    |            |          | 1          |            | 0,2%          |
| SUP ADMINISTRACAO PESSOAL     |            |          | 1          |            | 0,2%          |
| SUP ATENDIMENTO               |            |          | 1          |            | 0,2%          |
| SUP COMPRAS                   |            |          | 1          |            | 0,2%          |
| SUP EDUCACAO CONTINUADA       |            |          | 1          |            | 0,2%          |
| SUP ENFERMAGEM AMBULATORIO    |            |          | 1          |            | 0,2%          |
| SUP ENFERMAGEM DA INTERNACAO  |            |          | 1          |            | 0,2%          |
| SUP ENFERMAGEM DO PA          |            |          | 1          |            | 0,2%          |
| SUP ENFERMAGEM UTI            |            |          | 1          |            | 0,2%          |
| SUP SAME                      |            |          | 1          |            | 0,2%          |
| SUP TCI                       |            |          | 1          |            | 0,2%          |
| TEC. SAUDE FARMACIA HMJ       |            |          |            | 1          | 0,2%          |
| TECNICO ENFERMAGEM JR         |            |          | 1          |            | 0,2%          |
| TECNICO ENFERMAGEM PL         |            |          | 1          |            | 0,2%          |
| TECNICO EQUIPAMENTOS          |            |          | 1          |            | 0,2%          |
| TECNICO FARMACIA              |            |          | 9          |            | 1,7%          |
| TECNICO SAUDE LABORATORIO HMJ |            |          |            | 4          | 0,8%          |
| TECNICO SAUDE RADIOLOGIA HMJ  |            |          |            | 5          | 1,0%          |
| TECNICO T.C.I. PL             |            |          | 1          |            | 0,2%          |
| TERAPEUTA OCUPACIONAL         |            |          |            | 1          | 0,2%          |
| <b>TOTAL</b>                  | <b>100</b> | <b>1</b> | <b>212</b> | <b>212</b> | <b>100,0%</b> |

Fonte: Elaborado pelas autoras a partir de dados disponibilizados pela equipe do HMIMJ em 28/05/2012.

Conforme destacado no Quadro 7 acima, apenas três cargos respondem por quase 70% de todo o pessoal do Hospital: Médico (29,8%), Enfermeiro (10,8%) e Auxiliar de Enfermagem (27,3%). Nestes encontramos profissionais dos três vínculos. No caso do Médico, cabe assinalar que a maioria (67%) está vinculada à Prefeitura, cabendo ainda 26% ao IRSSL e 11% à Autarquia. Todos os médicos plantonistas estão vinculados ao IRSSL.

Também é importante destacar a inexistência de uma estrutura de cargos e salários, e, conseqüentemente, de um planejamento ou projeção acerca do número ideal de profissionais em cada categoria. Segundo informações da área de RH do HMIMJ, essa questão atualmente é tratada de forma pontual (caso a caso) e reativa: quando um profissional competente demonstra insatisfação ou quando um gestor identifica que uma promoção é fundamental, por exemplo, eles julgam uma promoção vertical (exemplo: de analista júnior para pleno), definindo então o cargo e o salário a ser pago.

### 5.3. Caracterização do quadro de pessoal conforme a Idade

Utilizando a média de idade como base para comparação, identificamos que os profissionais da Prefeitura tem um perfil etário diferente dos do Instituto. Os primeiros têm uma média de idade mais alta, em torno de 57 anos, enquanto os últimos se situam na faixa dos 36 anos. Nas entrevistas com os Coordenadores da área Assistencial estes apontaram que todos os profissionais são qualificados, mas, no geral, o grupo de Médicos e Enfermeiros da Prefeitura se caracteriza pela experiência acumulada, enquanto o grupo de Médicos e Enfermeiros contratados pelo IRSSL se mostra mais atualizado, notadamente em relação a tecnologia.

#### Quadro 8: Quadro comparativo de média de idade dos colaboradores por vínculo

| Vínculo    | Média de Idade (em anos) |
|------------|--------------------------|
| Autarquia  | 45                       |
| IRSSL      | 36                       |
| Prefeitura | 57                       |

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Entretanto, para a gestão do Hospital essa diferença de perfil etário tem um impacto que não pode ser negligenciado, dado ser capaz de influenciar o desempenho organizacional e, conseqüentemente, o cumprimento das metas e o montante recebido da SMS/SP. Assim, o primeiro aspecto a questionar é o fato desse perfil etário não ter sido analisado e considerado quando das negociações e do estabelecimento do contrato de gestão. Quando uma organização assume a gestão de uma unidade, com indicadores

de desempenho fixados por meio de contrato de gestão, nada mais razoável do que ter a noção exata dos recursos de que irá dispor para atingir suas metas. Assim, num empreendimento como um hospital, caracterizado pela necessidade intensiva de mão-de-obra qualificada, é fundamental que se tenha uma análise (quantitativa e qualitativa) dos profissionais alocados na unidade. Segundo a área de RH do Hospital, tal trabalho não foi efetuado, tendo a OS simplesmente assumido o corpo de funcionários existente.

Mas, além da previsão de saída dos servidores por aposentadoria, há problemas, hoje, decorrentes da permanência dos mesmos em condições inadequadas de saúde. Mais especificamente, no HMIMJ há um alerta sobre o quantitativo de servidores públicos e empregados da autarquia que exercem a função de Auxiliar de Enfermagem (correspondendo a aproximadamente 75% da composição desse quadro) em condições inadequadas de saúde. Essa função corresponde a quase um terço do total de trabalhadores do Hospital, e se caracteriza por exigir que o profissional esteja apto para cuidar do paciente. Mas, de acordo com a área de RH, há um número expressivo de profissionais em atividade que possuem idade avançada (as Auxiliares de Enfermagem da Prefeitura têm uma média de idade de 60 anos) e que apresentam variados problemas de saúde, de baixa visão a quadros psiquiátricos. De acordo com o Supervisor de RH, isso gera um problema em cascata, porque com a baixa produtividade dessas pessoas ou afastamentos para tratamento de saúde, as outras equipes acabam ficando sobrecarregadas. Se antes não havia atestado médico entre os funcionários do Instituto, agora já há bastante.

#### **5.4. Caracterização do quadro de pessoal conforme o tempo de atuação no HMIMJ**

Outro parâmetro, utilizado como critério de comparação entre os quatro tipos de vínculos, é o tempo de serviço do colaborador no HMIMJ. O resultado dessa tabulação, exposto no Quadro 9, evidencia, como não poderia deixar de ser, uma discrepância grande entre a média obtida junto aos funcionários da Prefeitura – 25 anos – e os funcionários da Autarquia (9 anos) e os do Instituto (2 anos).

**Quadro 9: Caracterização dos vínculos quanto ao tempo de serviço no Hospital**

| Vínculo    | Média de Tempo de Serviço no HMIMJ (em anos) |
|------------|--|
| Autarquia  | 9  |
| IRSSL      | 2  |
| Prefeitura | 25   |

Fonte: Elaborado pelas autoras

Obviamente que, tendo a OS assumido a gestão há menos de quatro anos, o tempo de serviço dos profissionais contratados pela mesma deve ser significativamente inferior ao dos demais vínculos. O que pretendemos fazer aqui é uma avaliação sobre a representatividade desse parâmetro para a gestão de pessoas na organização, cabendo destacar que o mesmo está diretamente relacionado a conceitos como experiência profissional, aposentadoria, aprendizagem e cultura organizacional.

Falando especificamente sobre o bloco dos servidores públicos (Prefeitura), temos que o impacto mais significativo seja sobre o quantitativo de pessoal, pois, considerando que estes tem, em média, 25 anos de trabalho no HMIMJ, muitos se aposentarão nos próximos anos, sem que haja, no contrato de gestão, uma cláusula relativa à recomposição do quadro. Naturalmente que cabe à OS contratar novas pessoas para as vagas abertas, mas a questão é que isso depende de negociação futura para o repasse de recursos pela SMS/SP, pois os servidores e empregados públicos que lá estão hoje são pagos diretamente pelo órgão de origem.

Além disso, tanto a direção do Hospital como a área de Recursos Humanos apontam que esse grupo possui um perfil mais resistente a mudanças, o que se evidencia num conflito de gerações com os profissionais mais novos. Acreditam que esse pessoal tem hábitos e rotinas sedimentadas em anos de trabalho na instituição, estando menos propensos a aderir a novos métodos ou processos de racionalização do trabalho.

### 5.5. Principais Avanços

Nas entrevistas com os Coordenadores do Hospital, todos foram unânimes em reconhecer melhorias na infraestrutura e na gestão com a entrada da OS. Os destaques

mais citados foram o sistema de compras mais eficiente, o melhor gerenciamento dos contratos com terceirizados, a utilização de tecnologia e, principalmente, um gerenciamento efetivo, próximo e profissionalizado. Se antes, segundo eles, não havia sequer controle sobre as atividades ou acompanhamento e avaliação dos resultados obtidos, desde a entrada da OS tudo mudou com o monitoramento dos processos a partir dos indicadores. Na percepção de um deles, com a OS, o Hospital passou a ter até mais atenção da SMS/SP do que quando estava diretamente ligado a esse órgão.

O comprometimento da Direção com o desempenho do Hospital é outro fator positivo e diferencial. Esse compromisso está refletido na formação de grupos de trabalho e na composição de uma agenda permanente de reuniões de acompanhamento dos processos e métricas relacionadas ao contrato de gestão, embora, à medida que fomos entrevistando as equipes das coordenações, percebemos que o nível de conhecimento e envolvimento nessas iniciativas cai bastante quando se desce na hierarquia. Assim, os gestores têm uma visão continuada dos objetivos e resultados, sendo, inclusive, chamados a participar da definição de ações para a melhoria de processos. Mas cabe a estes, ainda, a transmissão das informações para suas equipes, considerando que não há utilização de canais institucionais de comunicação (além do quadro de avisos) para tal. Entretanto, os Coordenadores apontaram dificuldades na comunicação com suas equipes, como a dificuldade de reunir todos por causa da existência de diversos turnos de trabalho.

Outra mudança positiva foi em relação à criação de cargos de Supervisão de Enfermagem, reconhecendo “a existência de duas lideranças de natureza técnica, mas diferentes”, na visão da Dra Pubenza. Assim, em cada coordenação há um Coordenador, Médico, responsável por administrar o corpo de médicos da área e há também um Supervisor de Enfermagem que responde pela equipe de enfermeiros do setor.

Identifica-se também como inovação o reconhecimento da importância de manter os gestores antigos (servidores públicos), havendo o comprometimento destes com o alcance das metas contratualizadas. Sem dúvida esse é um exemplo de flexibilidade expressa na legislação (decreto) e que agrega valor ao modelo. Do ponto de vista da OS, significa poder contar com a experiência do pessoal que já estava na organização em posições de chefia e/ou de liderança, sendo também um elo fundamental na comunicação com os servidores e empregados públicos, principalmente na fase de transição. Para os funcionários antigos também confere maior tranquilidade,

pois significa que o grupo anterior continua participando da gestão, dando sinais de avanço, mas sem grandes rupturas. Nesses três anos e meio a OS realizou a substituição de apenas um Coordenador, por problemas de produtividade.

## 5.6. Principais Desafios

Mas, ainda que sob a gestão de uma organização privada, que se beneficia de maior competitividade e flexibilidade (em relação à administração direta), notadamente no que diz respeito ao regime de compras e contratação, a iniciativa continua enfrentando as dificuldades existentes no modelo hospitalar de forma geral. No que tange a gestão de pessoas, o regime de contratação por plantões dificulta a integração da equipe; as longas horas de trabalho e frequentes duplas jornadas acarretam insatisfação; e a ausência de um plano de carreira gera desmotivação com o trabalho.

Nesse caso, a existência de vínculos diversos vem exacerbar essas dificuldades e, por outro lado, limita a flexibilidade inerente ao modelo de gestão por OS. A médio ou longo prazo essa questão se equacionará com a saída dos servidores e empregados públicos e substituição por contratados, com regimes de trabalho mais flexíveis e adequados conforme a direção da unidade. Mas, de imediato, é necessário coordenar essas diferenças.

Um aspecto que chama atenção é a inexistência de uma estratégia definida para o Hospital. Estão presentes elementos do IRSSL, da Prefeitura e da Autarquia, mas não há um planejamento estratégico formalizado, que comunique a todos da organização qual a sua missão, visão ou regras. Sem uma estratégia que sirva de guia para suas ações, a organização acaba por ficar reduzida ao atingimento das metas e indicadores previstos no Contrato de Gestão. Não há problema que esses indicadores estejam incorporados à estratégia da Unidade (como deve ser), mas, sob o ponto de vista dos funcionários, é importante que aquela instituição desenvolva uma identidade própria. Além disso, a maior parte dos indicadores diz respeito a metas de produção da área assistencial. Os poucos indicadores de recursos humanos são quantitativos (exemplos: *absenteísmo* e *turnover*), havendo então uma carência de planos institucionais que extrapolem essas metas.

Assim, ainda que hoje os elementos da cultura da administração pública estejam bem presentes, a mudança por meio do processo de adoção de uma cultura mais de desempenho e de gestão por resultados passa por dois fatores críticos: o desenvolvimento e disseminação de uma nova proposta (ou estratégia) e a adesão das pessoas à mesma.

Como desafios, podemos citar também a dificuldade de recomposição do quadro de pessoal e a ineficácia dos mecanismos de ação sobre a conduta dos servidores. Decorrente dessas situações temos que a OS acabou por ficar presa numa armadilha própria da administração direta: tendo que manter um quadro em parte ineficiente simplesmente por causa da estabilidade dos servidores e por não poder abrir mão dos mesmos pela falta de recursos para contratar substitutos pelo regime celetista.

## **6. Propostas de Ação**

Após a análise elaborada no capítulo anterior, temos evidenciado que, passados três anos, a transição do gerenciamento da administração direta para a Organização Social está consolidada. A existência dos três vínculos, grande diferencial do modelo, e que colocava em dúvida sua exequibilidade, não foi um obstáculo para o atingimento das metas previstas no Contrato de Gestão, isso é possível com a utilização de alguns instrumentos gerenciais, alguns já implementados e outros que apontaremos conforme as proposições apresentadas a seguir.

### **6.1. Fortalecimento da identidade institucional**

#### **6.1.1 Elaboração de Planejamento Estratégico**

Identificamos que o Hospital se compõe de elementos do público e do privado, decorrência natural do modelo estabelecido, mas, nesse aspecto, reconhecemos ser fundamental a construção e o fortalecimento de uma identidade institucional, que alinhava e se sobreponha a esses elementos, conferindo maior direcionamento e unidade.

Propomos então o desenvolvimento de um planejamento estratégico que seja uma ferramenta para o fortalecimento institucional e alinhamento das ações. É importante que este incorpore a experiência e o conhecimento acumulado pelos funcionários antigos, mas que também traduza os princípios e objetivos do modelo de gerenciamento atual, com foco em resultados.

Utilizando como referência Marconi (2007), entendemos que tal planejamento deva incluir os seguintes elementos: Definição da missão do HMIMJ, seus objetivos e metas estratégicas, meios que pretende utilizar para atingir seus resultados e os fatores externos que podem alterar os resultados esperados.

Uma vez que os meios utilizados incluem o capital humano, isto é, as pessoas e o estoque de conhecimentos, experiências e habilidades que possuem, é importante que as características da força de trabalho estejam fortemente direcionadas e adequadas ao alcance dos resultados esperados segundo o planejamento estratégico.

- **Ações Sugeridas:** Construção do planejamento estratégico com a participação das lideranças e de representantes dos diversos setores e categorias profissionais, para maior sensibilização e adesão. Tal instrumento pode ser amplamente divulgado e validado a partir de consulta pública na intranet do IRSSL. A recomendação é que tal trabalho seja desenvolvido por meio da contratação de consultoria externa especializada.
- **Responsável:** Diretoria
- **Execução:** Curto Prazo – início imediato e previsão de seis meses de duração
- **Pontos de Atenção:** Adesão da diretoria do IRSSL; envolvimento das lideranças do HMIMJ.

### 6.1.2 Canais de comunicação interna

Identificamos que há uma redução significativa no grau de conhecimento das metas e ações do HMIMJ quando descemos do nível da diretoria para a ponta do atendimento. A sugestão é que seja desenvolvido um trabalho de comunicação interna voltado para o compartilhamento maior dessas informações, com o objetivo de garantir o maior envolvimento de todos e o estreitamento do vínculo com a instituição.

- **Ações sugeridas:** Utilização de um veículo impresso sobre as ações em andamento no HMIMJ, a ser afixado em local de grande circulação de funcionários, como elevadores e refeitórios; divulgação do conteúdo desse veículo no portal do IRSSL. Esses canais poderão ser utilizados como apoio à estratégia de contratualização interna proposta no item a seguir, com a divulgação das metas contratualizadas internamente e resultados alcançados pelas equipes, promovendo uma espécie de “competição saudável”, encorajando a melhoria contínua e o aprendizado.
- **Responsável:** Diretoria e setores de Comunicação e Informática.
- **Execução:** Médio prazo. Planejar ao longo do processo de elaboração do Planejamento Estratégico e implementá-las gradativamente, com forte ação para divulgação do Plano e atualização constante das informações .
- **Pontos de Atenção:** Produção de conteúdo e atualização das informações. No caso da intranet deve-se garantir que os funcionários sejam capacitados para uso dessa ferramenta.

## 6.2. Gestão da força de trabalho.

### 6.2.1 Planejamento quantitativo da força de trabalho

A falta de informações sistematizadas sobre o quadro de funcionários traz prejuízos tanto à melhor utilização do potencial já existente na casa como para o planejamento de contratações futuras. Para atender a este eixo de ação, Marconi (2007) propõe o Planejamento da Força de Trabalho, a ser entendido como “uma metodologia para levantamento das necessidades de recursos humanos para a organização, abrangendo a dimensão quantitativa e qualitativa”. Este planejamento deve partir da missão, dos objetivos e metas estabelecidas no planejamento estratégico construído.

Para a consecução desta etapa, ainda a partir da proposta de Marconi (2007), alguns aspectos devem ser considerados ao longo do processo, quais sejam:

- habilidades necessárias para esta força de trabalho, no contexto atual e futuro;
- as mudanças esperadas nos processos de trabalho;
- possíveis estratégias de recrutamento, redistribuição, capacitação e retenção;
- estratégias para suprir os *gaps* de habilidades e competências encontrados;

- ajustes necessários devido aos desligamentos e aposentadorias.

A seguir serão propostas iniciativas para a consecução desse planejamento, quantitativo e qualitativo, o qual servirá, inclusive, como base de informações para a negociação com a SMS/SP sobre eventuais reajustes em virtude da necessidade de reposição de pessoas.

- **Ações sugeridas:**

1. Fazer o mapeamento do quadro de profissionais que atuam nos diferentes setores do hospital, considerando atividades realizadas, jornada e regime de contratação.
2. Identificar *benchmarking* que será referência para mensuração da força de trabalho necessária.
3. Definir a metodologia a ser utilizada para este cálculo.
4. O cálculo deste indicador deve utilizar as seguintes variáveis: “volume de produtos desejado (via de regra, definido segundo as metas); a carga horária (de cada funcionário e total gasta para gerar um determinado volume de produtos demandados) e o tempo médio de execução das tarefas que vão gerar um produto.”<sup>26</sup>
5. Calcular o número de profissionais necessários por setor, considerando as metas de produtividade do hospital.
6. Calcular o impacto futuro dos desligamentos e aposentadorias.
7. Definir indicadores para a redução da defasagem entre quadro atual e o desejado

- **Responsável:** Gerência de Recursos Humanos

- **Execução:** O mapeamento do quadro atual pode ser iniciado de imediato. Já a definição do quadro futuro depende de finalização do planejamento estratégico.

- **Pontos de Atenção:**

- ✓ Desafio é o *benchmarking*, dado que a especialidade de serviços oferecidos pelo hospital tem impacto direto na quantidade e perfil da força de trabalho.
- ✓ A integridade dos indicadores utilizados depende das informações disponibilizadas.

### 6.2.2. Adequação de Perfil da Força de Trabalho

Paralelamente ao ajuste quantitativo da força de trabalho, é necessário abordar o aspecto qualitativo, ou seja, o perfil dos profissionais de que se dispõe. Para isto, recomenda-se o que segue:

---

<sup>26</sup>Marconi, 2007, Manual de Planejamento da Força de Trabalho.

- **Ações sugeridas:**

1. Definir o perfil desejado para os profissionais de cada setor.
2. Conhecer o perfil dos profissionais que atuam nos diferentes setores, via formulário informativo.
3. Identificar possíveis reorganizações internas que favoreçam a adequação entre oferta e demanda de competências e habilidades.

- **Responsável:** Gerência de Recursos Humanos

- **Execução:** O mapeamento do quadro atual pode ser iniciado de imediato. Já a definição do quadro futuro depende de finalização do planejamento estratégico.

- **Pontos de atenção:**

- ✓ Realizar uma coleta de informações que pontuem aspectos relevantes para a definição do perfil dos profissionais.
- ✓ Usar efetivamente as informações em benefício das mudanças almejadas.

### 6.2.3 Banco de talentos

É fundamental alavancar o desenvolvimento dos profissionais do hospital. Para isto recomenda-se a criação de um Banco de Talentos, que é distinto da Avaliação de Desempenho. O intuito é que este seja uma base consistente de informações para processos de recrutamento interno, capacitação e desenvolvimento, ou até para cobrir escala em caso de férias ou falta de profissional. Mesmo quando não envolve crescimento em termos de carreira, o rodízio em diferentes posições ou áreas de trabalho também é uma estratégia para desenvolvimento de novas competências e um fator de motivação - estimula o profissional a buscar aprimoramento.

- **Ações sugeridas:**

1. Levantar dados curriculares de cada funcionário, independente do vínculo.
2. Criar um sistema informatizado de forma a facilitar o seu uso e atualização.
3. De imediato, o banco permitirá alocar adequadamente as pessoas em função do seu perfil.
4. Esta base de dados deverá ser usada para recrutamento interno. Será necessário criar uma política para tal.

- **Responsável:** Gerência de Recursos Humanos e Gerências de áreas

- **Execução:** Em sequência à realização do planejamento da força de trabalho.
- **Pontos de atenção:**
  - ✓ As informações devem ser fornecidas pelo próprio profissional, deixando claro que o mecanismo será utilizado em benefício dos mesmos.
  - ✓ As lideranças devem discutir como os processos serão gerenciados quando ocorrem mudanças entre as áreas.

### 6.3. Gestão por Resultados

#### 6.3.1 Capacitação das chefias

Todas as atuais chefias são provenientes da área assistencial, onde ocupavam os cargos de Médico ou Enfermeiro. Essa é uma característica do setor hospitalar, mas, como isso implica em praticamente uma mudança de profissão, é necessário prepará-los para desenvolver competências gerenciais. Nesse caso em estudo houve a manutenção dos antigos gestores na estrutura gerencial, sendo também fundamental capacitá-los a trabalhar conforme o novo modelo, onde devem se orientar pela gestão por resultados se valendo de maior flexibilidade e autonomia.

- **Ações sugeridas:** Curso de gerenciamento de pessoas na área hospitalar. Pode ser avaliada uma parceria com a Escola Municipal de Saúde.
- **Responsável:** A diretoria deve definir o escopo dessa capacitação, mas a execução deve ficar a cargo de uma entidade externa.
- **Execução:** Médio prazo, reconhecendo que ao longo do período de planejamento estas pessoas estarão envolvidas em várias ações. Além disso, como os resultados esperados envolvem formação técnica e aspectos comportamentais, o retorno deste tipo de investimento se dá ao longo do tempo.
- **Pontos de Atenção:** Adesão do público-alvo e aplicação do conhecimento adquirido.

### 6.3.2 Contratualização interna por área

Como esse é um modelo híbrido, que tem por condição a convivência entre os regimes público e privado, sugerimos que seja adotada a contratualização interna com as áreas, a qual entendemos ser capaz de atuar como um mecanismo integrador. Seriam utilizadas metas de desempenho por equipe, e não individuais. Com isso pode-se atingir alguns objetivos importantes para a cultura do HMIMJ: fortalecimento das equipes, competição “saudável” entre as áreas e gestores, maior envolvimento de todos com os objetivos, introdução de mecanismos participativos de gestão (onde os funcionários devem participar das decisões) e, principalmente, foco na missão do Hospital.

Para uma contratualização efetiva é fundamental que haja acordo entre as partes envolvidas, resultando em metas negociadas, e não impostas. (Pacheco, 2004). Para a operacionalização desse preceito, sugerimos que, num processo de negociação inicial, a Diretoria do HMIMJ defina metas e indicadores (com base nas diretrizes do planejamento estratégico) em conjunto com os gestores das áreas. Num processo de cascadeamento, as metas devem ser discutidas, validadas e pactuadas em todos os níveis hierárquicos. Esse processo é o que confere legitimidade e favorece a adesão de todos.

Sugerimos também que o atingimento das metas pactuadas seja recompensado com benefícios coletivos para a equipe, não remuneratórios, tais como reforma estrutural, aquisição de mobiliário para a área e capacitação. Esse tipo de bônus tem uma vantagem adicional, qual seja a da sua aplicação no próprio ambiente de trabalho, o que poderá contribuir para uma melhora no serviço prestado. Outra possibilidade é o pagamento de prêmio por produtividade, que seria um bônus financeiro, pago diretamente em dinheiro, ou por meio da concessão de cartões com crédito para compras, por exemplo. Seria interessante que, se possível, os funcionários participassem da decisão do tipo de bonificação a ser adotada.

- **Ações sugeridas:** Contratualização interna com as áreas; monitoramento dos resultados.
- **Responsável:** RH e Diretoria
- **Execução:** Médio Prazo – como desdobramento do Planejamento Estratégico
- **Pontos de Atenção:** Envolvimento dos funcionários; comprometimento com o resultado do acordo.

### 6.3.3 Criação de Área de Assessoria

Sabe-se que um processo de gestão por resultados é um trabalho coletivo, que só é efetivo quando e se todos os envolvidos se conscientizam e responsabilizam pelo mesmo. Entretanto, a responsabilidade pela implementação do processo e desta nova cultura no Hospital está centralizado na Diretora Adjunta com um pequeno envolvimento apenas das lideranças das Áreas. Identificamos a necessidade da criação de uma área voltada à capacitação e atualização interna, não com foco no resultado finalístico do processo da assistência, mas sim para gestão por resultado.

- **Ações sugeridas:**

1. Criação de uma área em nível gerencial, com recursos e conhecimento que hoje não são próprios desta instituição.
2. Gerenciamento da implantação, do monitoramento e publicização das informações.
3. Mobilização dos profissionais.
4. Organização dos processos de coletas de dados.
5. Cobrança das informações.
6. Comunicação dos resultados.
7. Capacitação das chefias.

- **Responsável:** Instituto de Responsabilidade Social Sírio-Libanês

- **Execução:** Três meses

- **Ponto de atenção:**

- ✓ O profissional deve ter senioridade de forma a compartilhar a responsabilidade pelo processo em paridade com a Diretoria.

**Quadro 10 – Desafios e Proposições**

| DESAFIOS                 | PROPOSIÇÕES  |
|--------------------------|--|
| IDENTIDADE INSTITUCIONAL | <ul style="list-style-type: none"> <li>•Elaboração de Planejamento Estratégico</li> <li>•Canais de comunicação interna</li> </ul>  |
| FORÇA DE TRABALHO        | <ul style="list-style-type: none"> <li>•Planejamento quantitativo da força de trabalho</li> <li>•Adequação de perfil da força de trabalho</li> <li>•Banco de Talentos</li> </ul> |
| GESTÃO POR RESULTADOS    | <ul style="list-style-type: none"> <li>•Capacitação das chefias</li> <li>•Contratualização interna por área</li> <li>•Criação de uma área de assessoria à Direção</li> </ul>     |

**7. Considerações Finais**

O objetivo deste trabalho foi contribuir com propostas de ações para a gestão de pessoas num Hospital Público Municipal (HMIMJ) - que passou a ser gerenciado por uma Organização Social (IRSSL) em novembro de 2008, em modelo de coexistência dos regimes de pessoal público e privado. A força de trabalho pré-existente na unidade hospitalar foi absorvida na operação realizada pelo novo gerenciador, que, por sua vez, ao longo do tempo fez novas contratações.

Para compreender os aspectos relacionados especificamente à Gestão de Pessoas, foi fundamental conhecer o panorama mais amplo da parceria. Do ponto de vista histórico, observou-se que o relacionamento institucional entre as partes envolvidas na contratualização já vinha se construindo gradualmente ao longo dos anos, ou seja, diferentes formatos de integração público-privada, tendo em vista a necessidade de atender a demandas por alguns serviços de Saúde. A formalização de um contrato de gestão apresentou-se como um caminho natural diante do sucesso das iniciativas que vinham sendo realizadas.

Além disso, especialmente por se tratar de experiência ainda desconhecida pelo setor público, a construção dos arranjos, parâmetros e instrumentos jurídicos que balizam a parceria se deu de forma participativa, envolvendo não apenas a Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, a Autarquia Hospitalar Municipal e a Organização Social de Saúde, mas também a própria unidade hospitalar. Nesse sentido, a transparência na comunicação sobre os termos da parceria, mencionada pelos profissionais que lá estavam quando da transição, foi fundamental para a estabilidade deste processo.

É possível dizer que essa parceria fechou com sucesso o que entendemos como sua primeira etapa: a de transição do gerenciamento público para o privado. A existência dos diversos vínculos, que era vista como um obstáculo à adoção do modelo de gestão por OSS numa unidade de saúde em funcionamento, é hoje uma questão sob controle no HMIMJ, visto que o IRSSL tem sido eficaz no atingimento das metas previstas no contrato de gestão, comprovando que é viável adotar esta estratégia para acelerar a transformação do sistema público de Saúde, com vistas a garantir a prontidão e a qualidade que o mesmo requer. Como reconheceu o Superintendente do IRSSL, Dr. Gonzalo Vecina, conforme já colocado anteriormente, a existência de vínculos diversos confere particularidades ao modelo, mas é uma realidade que deve ser gerenciada e, para tal tarefa, “o Hospital dispõe de instrumentos bastante adequados”.

Certamente a escolha de um parceiro com reconhecida capacidade é fator primordial, como garantia de competência técnica e gerencial no referido campo de conhecimento e atuação. O caso do HMIMJ evidencia a rapidez com que houve avanços na gestão de materiais e equipamentos, na produtividade dos atendimentos e procedimentos realizados, assim como em relação à complexidade dos serviços oferecidos. Todos estes aspectos são sistematicamente auditados pelos mecanismos de monitoramento e avaliação previstos no sistema. Entretanto, é a interlocução entre as partes que possibilita solucionar impasses, avaliar constantemente o processo, rever metas e buscar novos arranjos que sejam necessários. Sendo assim, fica evidente que o compromisso entre as partes deve ser fortemente institucionalizado, com vista a seu sucesso no longo prazo, pois, se por um lado o setor público deve cobrar firmemente que as metas sejam atingidas, por outro a este não interessa inviabilizar o parceiro.

A transferência do gerenciamento de uma unidade hospitalar da administração direta para uma OSS parece ser um caminho sem volta. Desta forma, podemos ressaltar

que o modelo deve ser aperfeiçoado. A construção de canais institucionais de interação e troca contribuiria para que o compromisso e o paradigma de parceria se difundissem por toda a organização.

Cabe trazer à pauta a discussão sobre que resultados esperar do modelo. Evidentes são os avanços nos serviços prestados. Entretanto, os indicadores e metas previstos no Contrato de Gestão são apenas capazes de aferir os ganhos em produtividade. De certa forma pode ser apontada uma deficiência em relação à previsão e cobrança de indicadores de qualidade.

Em relação a indicadores de processo, coloca-se a questão de que tal medida implicaria redução de flexibilidade na gestão realizada pela OS, o que seria extremamente prejudicial ao modelo. Cabe colocar aqui que o poder público ainda precisa em muito desenvolver seu papel regulador, assim como estabelecer os instrumentos e a metodologia que utilizará para o exercício desta função. O próprio Secretário Municipal da Saúde nos apontou que, nesse momento, estão trabalhando no projeto de criação de uma agência reguladora.

A transição da administração pública estatal para o gerenciamento pela Organização Social de Saúde também acarreta no desafio de recriar a identidade desta nova instituição, o HMIMJ, considerando suas origens pública e privada e sua relação com diferentes personalidades jurídicas (SMS/SP, Autarquia, Hospital Sírio-Libanês, IRSSL). Nesse sentido, a definição de papéis e responsabilidades é fundamental para o alinhamento de expectativas, para o entendimento do que deve ou não ser regido por contrato e, principalmente, para o desenvolvimento organizacional, no qual se inclui a gestão de pessoas.

A experiência do HMIMJ comprova a viabilidade de um modelo híbrido de contratualização, no qual uma organização pública pré-existente passa a ser gerenciada por um ente privado. Embora sejam reconhecidas as dificuldades encontradas para o sucesso na gestão, fato é que arranjos organizacionais foram capazes de solucionar conflitos.

Superado o estágio de transição e mesmo levando em conta o seu sucesso, faz-se necessário lançar mão de instrumentos de gestão organizacional e, sobretudo, de pessoal, para aperfeiçoar o modelo. Para que o paradigma de OSS em hospitais, particularmente os que mantêm um hibridismo com o setor público, continue dando certo, seria importante atuar melhor na definição da missão organizacional dentro de um

planejamento estratégico, na revisão de processos de trabalho, na educação na formação continuada dos funcionários, na avaliação por desempenho, na formação de gestores e na comunicação interna, tudo em prol de uma gestão por resultados que tenha base não só no contrato, mas na pactuação contínua entre o regulador e o provedor dos serviços de Saúde.

Neste sentido, o conjunto de proposições apresentadas neste trabalho pretende levar melhorias principalmente para a gestão de pessoas de OSS num modelo de pactuação contínua. Isso vale não só para o modelo híbrido de contratualização, como o analisado aqui, mas também para as parcerias entre público e privado no geral. Destacamos que o planejamento estratégico e a contratualização interna são eixos relevantes para que a Organização Social possa realmente atingir os objetivos de uma gestão por resultados de eficácia, eficiência e efetividade. São ações que, como vimos na experiência do Hospital Municipal Infantil Menino Jesus, necessitam do envolvimento de todos os níveis de gestão, passando pela Secretaria reguladora, pelos gestores da OSS e atinge ainda a “burocracia do nível da rua”, de modo que a integração entre estes níveis é fundamental para se promover as mudanças necessárias.

O diagnóstico positivo e os aperfeiçoamentos propostos ao modelo neste trabalho realçam, por fim, que a contratualização na área de Saúde tem todas as condições para melhorar a gestão pública numa política tão essencial para a sociedade.

## 8. Referências Bibliográficas

ABRUCIO, Fernando L, PEDROTI, Paula e PÓ, Marcos V.(2010) A formação da burocracia brasileira: a trajetória e o significado das reformas administrativas, in orgs Loureiro, M.Rita, Abrucio, Fernando L. e Pacheco, Regina .S., **Burocracia e política no Brasil: desafios para o Estado democrático no século XXI**, FGV, São Paulo, SP.

\_\_\_\_\_ e SANO, Hironobu (2008) Promessas e resultados da nova gestão pública n Brasil: o caso das organizações sociais de saúde em São Paulo in **Revista de Administração Pública** vol, 48 nº 3, pags. 64 -80.

ALCOFORADO, Flávio C. G (2004) Flexibilidade organizacional e adaptação à cultura setorial: o caso das organizações sociais no Brasil. **IX Congreso Internacional del CLAD sobre La Reforma del Estado y de la Administración Pública**, Madrid, España.

BARATA, Luiz R. B e MENDES, José D.V. (2007) **Organizações Sociais de Saúde: a experiência exitosa de gestão pública de saúde do estado de São Paulo**, disponível: [http://sistema.saude.sp.gov.br/eventos/Palestras/Material%20de%20Apoio/Textos%20de%20Referencia/OSS\\_%20A%20Experiencia%20Exitosa%20de%20Gestao%20Publica%20de%20Saude%20do%20Est.pdf](http://sistema.saude.sp.gov.br/eventos/Palestras/Material%20de%20Apoio/Textos%20de%20Referencia/OSS_%20A%20Experiencia%20Exitosa%20de%20Gestao%20Publica%20de%20Saude%20do%20Est.pdf)

BRASIL. MARE. Cadernos MARE da Reforma do Estado. **Organizações Sociais**. Caderno 2. Brasília-DF, 1998.

BRASIL, lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/19637.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/19637.htm)

BRASIL, lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em <http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1990/8080.htm>

CAMPOS, Claudia Valentina de Arruda; MALIK, A.M.. Gestão de Pessoas em Hospitais. **Gestão em Saúde**, Rio de Janeiro; Guanabara Koogan, 2011, v.1, p.158-167.

ELIAS, Paulo E. e NASCIMENTO, Vânia B. do (1999) **PAS - PLANO DE ATENDIMENTO À SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO ( gestão 1993-1996)** , Série Didática 2. CEDEC, Agosto/1999, São Paulo.

FERREIRA JUNIOR, Walter C. (2003) Gerenciamento de hospitais estaduais paulistas por meio das organizações sociais de saúde, in **RAP – Revista de Administração Pública**, 37(2):243-64, Mar./Abr., Rio de Janeiro.

Instituto Publix (2009) Diagnóstico das formas de relacionamento da administração pública com entes de colaboração e cooperação - **Relatório com o levantamento das Experiências de OS, SSA e OSCIP e sua documentação correlata**, Brasília DF.

MARCONI, Nelson (2007) Manual para elaboração do planejmaneto da força de trabalho, mimeo.

PACHECO, Regina Silvia (2004) Contratualização de resultados no setor público: a experiência brasileira e o debate internacional. **IX Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública**, Madrid, España, 2 – 5 Nov. 2004.

PACHECO, Regina Silvia (2006), “Brasil: avanços da contratualização de resultados no setor público”. **XI Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública**, Ciudad de Guatemala, 7 - 10 Nov. 2006.

PEREIRA, Luiz Carlos Bresser (1996) Da administração pública burocrática à gerencial. **Revista do Serviço Público**, 47 (1), janeiro a abril.

\_\_\_\_\_ (2008) Os primeiros passos da reforma gerencial no Estado de 1995 in **Revista Brasileira de Direito Público**, ano 6 n.23, p. 145-186, disponível em <http://www.bresserpereira.org.br/papers/2008/08.13.Primeiros.Passos.Reforma.Gerencial.pdf>

\_\_\_\_\_ (2009) Organizações Sociais, in **Construindo o Estado republicano: democracia e reforma da gestão pública**, FGV, São Paulo, SP

PERDICARIS, Priscila R. (2012), Contratualização de resultados e desempenho no setor público: A experiência do Contrato Programa nos hospitais da Administração Direta no Estado de São Paulo, dissertação de mestrado. Fundação Getúlio Vargas. São Paulo.

SÃO PAULO (Estado). lei Complementar nº 846, de 4 de junho de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e dá outras providências. Diário Oficial do Estado de São Paulo, v. 108, n. 106, 1998b.

SÃO PAULO (Estado) lei complementar nº 1095, de 18 de setembro de 2009. Dispõe sobre a qualificação como organizações sociais das fundações e das entidades que especifica, e dá outras providências.

SÃO PAULO (Município) lei nº14132 de 24 de janeiro de 2006. Dispõe sobre a qualificação de entidades sem fins lucrativos como organizações sociais. Diário Oficial Cidade de São Paulo, ano 51 nº 17 de 25/01/2006.

SÃO PAULO (Município) decreto nº 49.462, de 230 de abril de 2008, Regulamenta os artigos 16 e 16-A da Lei nº 14.132, de 24 de janeiro de 2006, e o inciso I do § 1º do artigo 2º da Lei nº 14.669, de 14 de janeiro de 2008. Diário Oficial Cidade de São Paulo, ano 53 nº 81 de 01/05/2008.

SÃO PAULO (Município) lei nº 14664, de 4 de janeiro de 2008, Altera dispositivos e acresce os arts. 7º-A, 7º-B e 7º-C à Lei nº 14.132, de 24 de janeiro de 2006, que dispõe sobre a qualificação de entidades sem fins lucrativos como organizações sociais; e cria os cargos de provimento em comissão que especifica. Diário Oficial Cidade de São Paulo, ano 53 nº3 de 05/01/2008.

Sites utilizados:

[http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/hospital\\_municipal\\_infantil\\_menino\\_jesus/historia/index.php?p=5906](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/hospital_municipal_infantil_menino_jesus/historia/index.php?p=5906) consultado em 11/05/2012.

[http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/ORGANOGRAMA\\_1254771320.pdf](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/ORGANOGRAMA_1254771320.pdf) consultado em 02/06/2012

[http://www.irssl.org.br/unidades\\_servicos/pagina.php?cod=4](http://www.irssl.org.br/unidades_servicos/pagina.php?cod=4) consultado em 05/05/2012

<http://www.ensp.fiocruz.br/portal->

[ensp/departamentos/detalhes.noticias.php?matid=18979&id=26](http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/departamentos/detalhes.noticias.php?matid=18979&id=26) consultado em 03/06/2012.

Material da imprensa:

Jornal “O Estado de São Paulo”, 13 de agosto de 1952, p.10

Jornal “Estado de São Paulo”, de 15/09/1956, p. 8.

Jornal “O Estado de S. Paulo” de 18 de abril de 1956, p. 12

## **ANEXOS**

### **ANEXO I**

#### **Termo de Referência**

##### **MPGPP-FGV TERMO DE REFERÊNCIA PARA TRABALHO FINAL - 2012**

##### **Instituto de Responsabilidade Social do Hospital Sírio Libanês Parceria em saúde: desafios da gestão de pessoas em organização social**

#### **Antecedentes**

Há seis hospitais privados filantrópicos no Brasil que entraram na categoria Hospitais de Excelência. Destes, cinco ficam em São Paulo. O que os mantém como filantrópicos é sua participação em projetos de interesse do poder público. Entre os hospitais paulistas, três assumiram responsabilidades em relação a hospitais municipais. Os modelos de relacionamento com os hospitais municipais variam. Há desde o investimento direto em equipamentos e construções até a gestão de hospitais. A gestão de hospitais acontece de duas formas: uma, semelhante à grande maioria das Organizações Sociais de Saúde junto ao governo estadual, em que um hospital recém construído é entregue para ser operado por um parceiro (é o caso do Hospital Municipal de Cidade Tiradentes); a outra é entregar ao parceiro um hospital já em funcionamento, com gerência local, quadro de funcionários, contratos de terceiros e um prédio e equipamentos bastante utilizados (é o caso do Hospital Infantil Menino Jesus). Este último hospital foi assumido pelo Hospital Sírio Libanês, por intermédio de seu Instituto de Responsabilidade Social (IRS).

#### **Situação problema**

Hoje em dia convivem no hospital infantil (HIMJ) dois diretores gerais (um, funcionário público; o outro contratado pelo IRS). Um quadro de pessoal de funcionários públicos e alguns contratados pelo IRS, funcionando em regimes de trabalho diferentes (plantões em alguns casos, ênfase no modelo de trabalho com diaristas pelo IRS).

Em reunião com o responsável pelo IRS e a diretora do hospital contratada pelo IRS, ambos alegaram que sob gestão privada, mantidos praticamente os mesmos recursos, o hospital infantil passou a produzir mais e melhor (aumento de produção, produtividade e qualidade). No segundo semestre de 2010, houve revisão de contratos de terceiros firmados com a Secretaria Municipal de Saúde. Foi mantido o mesmo escopo, porém os

entrevistados alegam maior racionalidade – pagam menos e têm mais qualidade, entre outros motivos porque o controle dos contratos é feito localmente, pelo gerente contratado pelo IRS.

A faixa salarial dos contratados IRS é mais alta, mas os funcionários públicos, aparentemente, se sentem como trabalhando no setor privado, ou seja, que podem ser trocados. O pessoal de enfermagem, basicamente os contratados pelo IRS, trabalham em regime de 36 horas semanais, 6 horas por dia durante 6 dias, o que – segundo consta - aumenta a qualidade da assistência.

Com gerência de suprimentos e contratos a cargo do IRS, alegam os dirigentes da parceria que está sendo gasto no HIMJ 70% do que se gastava anteriormente em materiais e medicamentos. No entanto, o superintendente do IRS diz que o fator crítico de sucesso da parceria é a gestão de pessoas, mais especificamente a possibilidade de demissão imotivada dos funcionários.

### **Objetivos**

O propósito do projeto é propor alternativas de diretrizes e ações para a gestão de recursos humanos do hospital municipal (HIMJ), a serem sugeridas ao hospital filantrópico que assumiu sua gestão (IRS-HSL), visando alcançar ao mesmo tempo maior eficiência e maior engajamento de todos os funcionários. A equipe deve cobrir pelo menos os seguintes pontos:

- Estrutura gerencial
- Alternativas legais para gestão de RH sob regime estatutário, incluindo gestão do desempenho
- Política remuneratória
- Avaliação de desempenho

### **Abordagem**

Conhecimento das experiências de organização social de saúde no governo estadual de São Paulo e de seu desdobramento para hospitais estaduais da administração direta. Diagnóstico da situação de gestão de RH no HIMJ. Proposição de medidas não óbvias que possam ser úteis às ações do IRS-HSL e ter impacto direto na gestão de RH, com resultados positivos para o serviço prestado pelo hospital infantil e eficiência.

### **Metodologia**

A ser definida pela equipe em conjunto com o IRS-HSL.

### **Produtos**

- Relatório final, 60 a 70 páginas, Times New Roman 12, espaço 1,5, acrescidas de anexos e referências bibliográficas, a ser protocolado na Secretaria de Registro da EAESP-FGV até 31 de julho de 2012.
- Apresentação do relatório diante de banca, com participação de dirigente da organização envolvida.

- Relatório individual de cada integrante da equipe contendo um registro de sua aprendizagem durante a elaboração do trabalho, e ainda destacando sua contribuição para a equipe. Cada relatório individual deve ter 20 a 25 páginas, Times New Roman 12, espaço 1,5, acrescidas de anexos, se houver.

### **Conteúdo**

Relatório elaborado pela equipe contendo:

- Diagnóstico da situação e análise.
- Proposta de medidas específicas e justificativas, além de procedimentos relacionados à implementação das medidas propostas. As medidas propostas devem ser priorizadas e diferenciadas para o curto, médio e longo prazo.
- Anexos: lista de participantes; este termo de referência; lista de pessoas entrevistadas; fontes de dados consultadas.
- Referências bibliográficas.

### **Organização**

Instituto de Responsabilidade Social do Hospital Sírio Libanês Rua Dona Adma Jafet  
91 – Bela Vista – São Paulo, SP

### **Contato e pessoas responsáveis**

Dra. Pupi (Pubenza López Castellanos), Diretora do Hospital Municipal Menino Jesus  
[pupi0001@gmail.com](mailto:pupi0001@gmail.com)

Contato adicional: Profa. Ana Maria Malik – EAESP-FGV  
[Ana.Malik@fgv.br](mailto:Ana.Malik@fgv.br)

**ANEXO II**  
**CONTRATO DE GESTÃO**



Prefeitura do Município de São Paulo  
Secretaria Municipal da Saúde  
Autarquia Hospitalar Municipal

*CG. 013/2008*

## **CONTRATO DE GESTÃO**

### **HOSPITAL MUNICIPAL INFANTIL MENINO JESUS**

*PA. 2008. 0. 294.725-J.*

*1*

Desafios da Gestão de Pessoas nos Processos de Contratualização:  
O caso do Hospital Municipal Infantil Menino Jesus



Prefeitura do Município de São Paulo  
Secretaria Municipal da Saúde  
Autarquia Hospitalar Municipal

**CONTRATO DE GESTÃO Nº 13/08-NTCSS/SMS**

CONTRATO QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, POR INTERMÉDIO DA **AUTARQUIA HOSPITALAR MUNICIPAL** E DA **SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**, E O **INSTITUTO DE RESPONSABILIDADE SOCIAL SÍRIO LIBANÊS**, QUALIFICADA COMO **ORGANIZAÇÃO SOCIAL**, PARA REGULAMENTAR O DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE, NO **HOSPITAL MUNICIPAL INFANTIL MENINO JESUS**.

**CONTRATANTE: PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO / AUTARQUIA HOSPITALAR MUNICIPAL / SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

**CONTRATADA: INSTITUTO DE RESPONSABILIDADE SOCIAL SÍRIO LIBANÊS**

Pelo presente instrumento, de um lado a Prefeitura do Município de São Paulo, por intermédio da Secretaria Municipal da Saúde – SMS/SP e da Autarquia Hospitalar Municipal – AHM/SP, com sede nesta cidade na Rua General Jardim, nº. 36, neste ato representado por seu Secretário Municipal da Saúde, **JANUARIO MONTONE**, brasileiro, casado, portador da Cédula de Identidade RG nº. 7.568.932-7, CPF nº. 724.059.888-87 e por seu Presidente do Comitê Gestor de Estruturação da AHM/SP, **PAULO KRON PSANQUEVICH**, brasileiro, casado, portador da Cédula de Identidade R.G nº. 18.783.618, CPF nº. 112.966.038-90, doravante denominada **CONTRATANTE**, e de outro lado o **INSTITUTO DE RESPONSABILIDADE SOCIAL SÍRIO LIBANÊS**, qualificada como Organização Social, no município de São Paulo nos autos do processo administrativo nº 2008-0.165.932-5. (Certificado de Qualificação nº 22, de 15 de julho de 2008), com CNPJ/MF nº 09.538.688/0001-32, inscrito no CREMESP sob nº Prot. 116263, com endereço na Rua Peixoto Gomide, 337, Bela Vista, São Paulo, Estado de São Paulo, CEP 01409-001, e com estatuto arquivado no 2º Oficial de Registro de Títulos e Documentos Civil de Pessoa Jurídica, sob nº 94.206, do Registro Civil de Pessoas Jurídicas de São Paulo, neste ato representado por seu Diretor-Executivo, **GONZALO VECINA NETO**, brasileiro, médico, casado, portador da Cédula de Identidade R.G. nº 6.050.798-6, C.P.F. nº 889.528.198-53, doravante denominada **CONTRATADA**, tendo em vista o que dispõe a Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, a Lei Municipal nº 14.132, de 24 de janeiro de 2006, com alterações, bem como o disposto no art. 24, inciso XXIV da Lei Federal 8.666 de 21 de junho de 1993 e considerando o despacho do Sr. Secretário à folha 162 nos autos do PA nº 2008-0.242.183-7, e ainda em conformidade com Normas do Sistema Único de Saúde – SUS emanadas do Ministério da Saúde – MS, resolvem celebrar o presente **CONTRATO DE GESTÃO** referente à execução de ações e serviços de saúde a serem desenvolvidas no **HOSPITAL MUNICIPAL INFANTIL MENINO JESUS**, situado à Rua dos Ingleses, 258 – Bela Vista, Município de São Paulo, de propriedade da Prefeitura do Município de São Paulo, cuja concessão de uso fica permitida pelo período de vigência do presente contrato, mediante as cláusulas e condições seguintes:

Desafios da Gestão de Pessoas nos Processos de Contratualização:  
O caso do Hospital Municipal Infantil Menino Jesus

---



Prefeitura do Município de São Paulo  
Secretaria Municipal da Saúde  
Autarquia Hospitalar Municipal

**CLÁUSULA PRIMEIRA**  
**DO OBJETO**

1. O presente **CONTRATO DE GESTÃO** tem por objeto a operacionalização da gestão e execução, pela **CONTRATADA**, das atividades e serviços de saúde no **HOSPITAL MUNICIPAL INFANTIL MENINO JESUS**, em conformidade com os Anexos Técnicos que integram este instrumento.
2. O objeto contratual executado deverá atingir o fim a que se destina, com eficácia e qualidade requeridas.
3. Faz parte integrante deste **CONTRATO DE GESTÃO**:
  - a) O Anexo Técnico I – Prestação de Serviços
  - b) O Anexo Técnico II – Acompanhamento e Avaliação
  - c) O Anexo Técnico III – Sistema de Pagamento
  - d) O Anexo Técnico IV – Termo de Permissão de Uso

**PARÁGRAFO ÚNICO**

Para atender ao disposto neste **CONTRATO DE GESTÃO**, as partes estabelecem:

- I. Que a **CONTRATADA** dispõe de suficiente nível técnico-assistencial, capacidade e condições de prestação de serviços que permitam o maior nível de qualidade nos serviços contratados conforme a especialidade e características da demanda.
- II. Que a **CONTRATADA** não está sujeita a nenhum tipo de restrição legal que incapacite seu titular para firmar este Contrato com a **SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**.

**CLÁUSULA SEGUNDA**

**OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DA CONTRATADA**

Em cumprimento às suas obrigações, cabe à **CONTRATADA**, além das obrigações constantes das especificações técnicas nos Anexos e daquelas estabelecidas na legislação referente ao SUS, bem como nos diplomas federal, estadual e municipal que regem a presente contratação, as seguintes:

- 1- Prestar os serviços de saúde que estão especificados no Anexo Técnico I- Prestação de Serviços, à população usuária do SUS- Sistema Único de Saúde, de acordo com o estabelecido neste contrato e nos exatos termos da legislação pertinente ao SUS – Sistema Único de Saúde -, especialmente o disposto na Lei 8080, de 19 de setembro de 1990, com observância dos princípios veiculados pela legislação, e em especial:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde;

II - integralidade de assistência, entendida como sendo o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema, em atuação conjunta com os demais equipamentos do Sistema Único de Saúde existentes no Município;

Desafios da Gestão de Pessoas nos Processos de Contratualização:  
O caso do Hospital Municipal Infantil Menino Jesus

---



Prefeitura do Município de São Paulo  
Secretaria Municipal da Saúde  
Autarquia Hospitalar Municipal

- III – gratuidade de assistência, sendo vedada a cobrança em face de pacientes ou seus representantes, responsabilizando-se a **CONTRATADA** por cobrança indevida feita por seu empregado ou preposto;
- IV - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- V - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- VI - direito de informação às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VII - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VIII – fomento dos meios para participação da comunidade;
- IX – prestação dos serviços com qualidade e eficiência, utilizando-se dos equipamentos de modo adequado e eficaz.
- 1.1- Na prestação dos serviços descritos no item anterior, a **CONTRATADA** deverá observar:
- I – Respeito aos direitos dos pacientes, atendendo-os com dignidade de modo universal e igualitário;
- II – manutenção da qualidade na prestação dos serviços;
- III – Permissão de visita diária ao paciente internado, respeitada a rotina de serviço;
- IV – Respeito à decisão do paciente em relação ao consentimento ou recusa na prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de morte ou obrigação legal;
- V – Garantia do sigilo dos dados e informações relativas aos pacientes;
- VI – Garantia do direito de assistência religiosa e espiritual aos pacientes, por ministro de qualquer culto religioso;
- VII – Garantia da presença de um acompanhante em tempo integral, nas internações de crianças, adolescentes, gestantes e idosos, com direito a alojamento e alimentação, nos termos do Estatuto da Criança e do Adolescente e do Estatuto do Idoso;
- VIII - Esclarecimento dos direitos aos pacientes, quanto aos serviços oferecidos.
- IX – Justificar ao paciente ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato profissional previsto neste Contrato.
- 2- Dispor, por razões de planejamento das atividades assistenciais, de informação oportuna sobre o local de residência dos pacientes atendidos ou que lhe sejam referenciados para atendimento, registrando o município de residência e, para os residentes nesta capital do Estado de São Paulo, o registro da região da cidade onde residem (Centro, Leste, Oeste, Norte ou Sul);
- 3- Responsabilizar-se pela indenização de dano decorrente de ação ou omissão voluntária, ou de negligência, imperícia ou imprudência, que seus agentes, nessa qualidade, causarem a paciente, aos órgãos do SUS e a terceiros a estes vinculados, bem como aos bens públicos móveis e imóveis objetos de permissão de uso, de que trata a Lei Municipal nº 14.132/06, assegurando-se o direito de regresso contra o responsável nos casos de dolo ou culpa, sem prejuízo da aplicação das demais sanções cabíveis;

Desafios da Gestão de Pessoas nos Processos de Contratualização:  
O caso do Hospital Municipal Infantil Menino Jesus

---



Prefeitura do Município de São Paulo  
Secretaria Municipal da Saúde  
Autarquia Hospitalar Municipal

- 3.1- A responsabilidade de que trata o item anterior estende-se aos casos de danos causados por falhas relativas à prestação dos serviços, nos termos do art. 14 da Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990 (Código de Defesa do Consumidor), sendo que a **CONTRATADA** não se responsabilizará por danos e indenizações decorrentes do período anterior a data que assumiu a gestão do **HOSPITAL MUNICIPAL INFANTIL MENINO JESUS**;
- 4- Responsabilizar-se por cobrança indevida feita ao paciente ou ao seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução deste contrato;
- 5- Restituir, em caso de desqualificação, ao Poder Público, o saldo dos recursos líquidos resultantes dos valores dele recebidos após a devida prestação de contas;
- 6- Administrar os bens móveis e imóveis, cujo uso foi permitido, a **CONTRATADA**, em conformidade com o disposto no respectivo termo de permissão de uso – Anexo IV que deverá definir as responsabilidades da **CONTRATADA**, até restituição dos bens ao Poder Público;
- 6.1- A permissão de uso, mencionada no item anterior, deverá observar as condições estabelecidas nos artigos 14, §3º e 15 da Lei nº. 14.132, de 24 de janeiro de 2006, e 114, § 4º da Lei Orgânica do Município, devendo ser realizada mediante a formalização de termo de permissão de uso específico e determinado, emitido pela **AUTARQUIA HOSPITALAR MUNICIPAL**, após detalhado inventário e identificação dos referidos bens.
- 6.2- O termo de permissão de uso especificará os bens e o seu estado de conservação e definirá as responsabilidades da **CONTRATADA** quanto à sua guarda e manutenção.
- 6.3- Os equipamentos e instrumental necessários para a realização dos serviços contratados, deverão ser mantidos pela **CONTRATADA** em perfeitas condições;
- 6.4- A **CONTRATADA** deverá comunicar à instância responsável da **CONTRATANTE** todas as aquisições de bens móveis que forem realizadas, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após sua ocorrência
- 6.5- Os equipamentos, instrumentos e quaisquer bens permanentes que por ventura venham a ser adquiridos com recursos oriundos deste Contrato, deverão ser incorporados ao patrimônio de outra **ORGANIZAÇÃO SOCIAL** qualificada no âmbito do Município de São Paulo, da mesma área de atuação, ou ao patrimônio do Município de São Paulo, em caso de extinção ou desqualificação da **CONTRATADA**, hipótese esta em que a **ORGANIZAÇÃO SOCIAL** deverá entregar à **AHM** a documentação necessária ao processo de incorporação dos referidos bens, nos termos do art 2º, I, letra "i" da Lei Municipal 14.132/06.
- 6.6- As benfeitorias realizadas no **HOSPITAL MUNICIPAL INFANTIL MENINO JESUS** serão incorporados ao patrimônio municipal, não importando sua natureza ou origem dos recursos.
- 7- Transferir, integralmente, à **CONTRATANTE** em caso de desqualificação e conseqüente extinção da **ORGANIZAÇÃO SOCIAL**, o patrimônio, os legados ou doações que lhe foram destinados, bem como os excedentes financeiros decorrentes da prestação de serviços de assistência à saúde no **HOSPITAL MUNICIPAL INFANTIL MENINO JESUS** cujo uso lhe fora permitido;
- 8- Contratar pessoal para a execução das atividades previstas neste **CONTRATO DE GESTÃO**, responsabilizando-se pelos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais, resultantes da execução do objeto desta avença, devendo, ainda, nesse contexto:
- 8.1- Utilizar, para a contratação de pessoal, critérios exclusivamente técnicos, observando as normas legais vigentes, em especial as trabalhistas e previdenciárias.

Desafios da Gestão de Pessoas nos Processos de Contratualização:  
O caso do Hospital Municipal Infantil Menino Jesus

---



Prefeitura do Município de São Paulo  
Secretaria Municipal da Saúde  
Autarquia Hospitalar Municipal

- 8.2- Contratar serviços de terceiro, sempre que necessário, responsabilizando-se pelos encargos daí decorrentes.
- 8.3- Responsabilizar-se perante pacientes por eventual indenização de danos materiais e morais decorrentes de ação, omissão, negligência, imperícia ou imprudência decorrentes de atos praticados por profissionais subordinados à **CONTRATADA**.
- 9- Gerenciar, de acordo com as diretrizes da SMS, os servidores e empregados públicos que atualmente estão em exercício no **HOSPITAL MUNICIPAL INFANTIL MENINO JESUS**, no forma do art. 12 do Decreto Municipal n.º 49.462, de 30 de abril de 2008, responsabilizando por estes nos termos da legislação vigente e deste contrato.
- 9.1 Após o dia 31 de dezembro de 2008, a **CONTRATADA**, passa a gerenciar, de acordo com as diretrizes da SMS, somente os servidores e empregados públicos que forem afastados, na forma da Cláusula Sétima, observando as condições estabelecidas nos artigos 16 da Lei n.º 14.132, de 24 de janeiro de 2006 e nos artigos 4º do Decreto Municipal nº 49.462, de 30 de abril de 2008.
- 10- Instalar no **HOSPITAL MUNICIPAL INFANTIL MENINO JESUS**, cujo uso lhe fora permitido, "Serviço de Atendimento ao Usuário", devendo encaminhar à Autarquia Hospitalar Municipal relatório mensal de suas atividades, conforme o disposto no Anexo Técnico II deste **CONTRATO DE GESTÃO**;
- 11- Em se tratando de serviço de hospitalização informar, diariamente, à **CONTRATANTE**, o número de vagas disponíveis, a fim de manter atualizado o serviço de atendimento da "Central de Vagas do SUS"(plantão controlador), bem como indicar, em lugar visível do estabelecimento hospitalar, o número de vagas existentes no dia;
- 11.1 Em se tratando de serviços exclusivamente ambulatoriais, integrar o Serviço de Marcação de Consultas instituído pela Autarquia Hospitalar Municipal, se esta assim o definir;
- 12- Adotar o símbolo e o nome designativo da unidade de saúde cujo uso lhe fora permitido, seguido pelo nome designativo "**ORGANIZAÇÃO SOCIAL**";
- 13- Manter sempre atualizado o prontuário médico dos pacientes e o arquivo médico, pelo prazo mínimo de 5 (cinco) anos, ressalvados os prazos previstos em lei. Os arquivos médicos serão mantidos no próprio **HOSPITAL MUNICIPAL INFANTIL MENINO JESUS**, sendo que no caso de rescisão, não renovação ou desqualificação da **CONTRATADA** a guarda destes passará a ser de responsabilidade da **CONTRATANTE**, que deverá fornecer acesso ou cópia à **CONTRATADA**, sempre que solicitado, especialmente para defesas nas esferas administrativas ou judicial;
- 14- Realizar atividades de ensino e pesquisa com pacientes, sendo que as atividades de pesquisa ficam condicionadas às pesquisas com pacientes, desde que haja aprovações prévias e obrigatórias do Comitê de Ética e Pesquisa da Unidade, da Comissão de Ética e Pesquisa da **CONTRATANTE** e da Comissão Nacional de Ética e Pesquisa;
- 15- Afixar aviso, em lugar visível, de sua condição de entidade qualificada como **ORGANIZAÇÃO SOCIAL**, e de gratuidade dos serviços prestados nessa condição;
- 16- Em se tratando de serviço de hospitalização, possuir e manter em pleno funcionamento:
- ❖ Comissão de Prontuário Médico;
  - ❖ Comissão de Óbitos;
  - ❖ Comissão de Ética Médica

Desafios da Gestão de Pessoas nos Processos de Contratualização:  
O caso do Hospital Municipal Infantil Menino Jesus

---



Prefeitura do Município de São Paulo  
Secretaria Municipal da Saúde  
Autarquia Hospitalar Municipal

❖ Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;

17- Fornecer ao paciente atendido, por ocasião de sua saída, seja no Ambulatório, Pronto-Socorro ou Unidade Hospitalar, relatório circunstanciado do atendimento prestado, denominado "**INFORME DE ATENDIMENTO**", do qual devem constar, no mínimo, os seguintes dados:

- 1- Nome do paciente
- 2- Nome da Unidade de atendimento
- 3- Localização do Serviço/Hospital (endereço, município, estado)
- 4- Motivo do atendimento (CID-10)
- 5- Data de admissão e data da alta (em caso de internação)
- 6- Procedimentos realizados e tipo de órtese, prótese e/ou materiais empregados, quando for o caso

17.1- O cabeçalho do documento deverá conter o seguinte esclarecimento:

"Esta conta será paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais".

17.2- Colher a assinatura do paciente, ou de seus representantes legais, na segunda via do relatório a que se refere o item 17 desta cláusula, arquivando-a no prontuário do paciente, pelo prazo de 05 (cinco) anos, observando-se as exceções previstas em lei;

18- A remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidos pelos dirigentes e empregados da **CONTRATADA**, no âmbito deste Contrato não poderão exceder os níveis de remuneração praticados na rede privada de saúde, observando-se a média de valores de mercado, no âmbito do Município de São Paulo.

19- Coletar dados dos pacientes atendidos no **HOSPITAL MUNICIPAL INFANTIL MENINO JESUS**, que por ventura sejam associados ou beneficiários de planos de assistência de saúde privados, informando-os à Autarquia Hospitalar Municipal, nos termos da Lei Federal nº 9656/1998.

20- Enviar cópia do instrumento de formalização e regulação da parceria entre a **CONTRATADA**, bem como suas alterações, ajustes complementares ou aditivos.

21- A **CONTRATADA**, concorda que, pelo prazo de 90 (noventa) dias a contar da assinatura deste contrato, manterá a política de abastecimento de medicamentos e materiais médico-hospitalares da **CONTRATANTE** e manterá os prestadores de serviços atualmente vigentes e contratados pela **CONTRATANTE**, nos termos do item 24.

22- Durante este período a **CONTRATADA** procederá com o processo de contratação ou renegociação dos contratos vigentes, de acordo com regulamento próprio, contendo os procedimentos que a Organização Social adotará para as compras e contratação de obras e serviços, aprovado pelas Secretarias Municipais de Saúde e de Gestão e publicado no diário oficial do Município, com emprego de recursos provenientes do Poder Público.

23- Os contratos pactuados pela **CONTRATADA** neste período de 90 (noventa) dias, entrarão em vigor a partir de 1º de janeiro de 2009.

24- Durante a transição prevista no item 21, a gestão dos Contratos vigentes ficará a cargo da **CONTRATADA**, e a responsabilidade pelo pagamento continuará com a **CONTRATANTE**, devendo a **CONTRATADA** informar à **CONTRATANTE**, ao final de cada mês, sobre a realização e a qualidade dos serviços prestados.

Desafios da Gestão de Pessoas nos Processos de Contratualização:  
O caso do Hospital Municipal Infantil Menino Jesus

---



Prefeitura do Município de São Paulo  
Secretaria Municipal da Saúde  
Autarquia Hospitalar Municipal

25- Durante o período de 90 (noventa) dias previsto no item 21, caso venham a ocorrer intercorrências na entrega ou na qualidade dos bens e serviços definidos no item 21, a **CONTRATADA** poderá pactuar contratos emergenciais com outros fornecedores a fim de garantir o atendimento e o abastecimento da unidade.

**CLÁUSULA TERCEIRA**  
**DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE**

Para a execução dos serviços objeto do presente **CONTRATO DE GESTÃO**, a **CONTRATANTE** obriga-se a:

- 1- Prover a **CONTRATADA** dos meios necessários à execução do objeto deste contrato;
- 2- Programar no orçamento do Município, nos exercícios subsequentes ao da assinatura do presente Contrato, os recursos necessários, nos elementos financeiros específicos para custear a execução do objeto contratual, de acordo com o sistema de pagamento previsto no Anexo Técnico III - Sistema de Pagamento, que integra este instrumento;
- 3- Permitir o uso dos bens móveis e imóveis, nos termos dos artigos 14, § 3º e 15 da Lei 14.132, de 24 de janeiro de 2006, e 114, § 4º da Lei Orgânica do Município, mediante Termo de Permissão de Uso (Anexo IV) e sempre que uma nova aquisição lhe for comunicada pela **CONTRATADA**;
- 4- Inventariar e avaliar os bens referidos no item anterior desta cláusula, com a validação pela **CONTRATADA**, anteriormente à formalização do Termo de Permissão de Uso;
- 5- Promover o afastamento de servidores públicos para a **CONTRATADA**, mediante autorização governamental e observando-se o interesse público;
- 6- Analisar, sempre que necessário e, no mínimo anualmente, a capacidade e as condições de prestação de serviços comprovadas por ocasião da qualificação da entidade como **ORGANIZAÇÃO SOCIAL**, para verificar se a mesma ainda dispõe de suficiente nível técnico-assistencial para a execução do objeto contratual.
- 7- Acompanhar a execução do presente **CONTRATO DE GESTÃO**, através da Comissão Técnica de Acompanhamento, com fulcro no estabelecido no presente Contrato e respectivos Anexos Técnicos, notadamente os Anexos II e III.
- 8- Caberá a Autarquia Hospitalar Municipal e a Secretaria Municipal da Saúde, por meio de seu Núcleo Técnico de Contratação de Serviços de Saúde – NTCSS oferecer apoio técnico operacional nas questões relativas elaboração dos instrumentos para o monitoramento e avaliação e realização do acompanhamento dos contratos.
- 9- Manter o fornecimento de medicamentos e materiais médico-hospitalares no prazo de 90 (noventa) dias, da assinatura do presente **CONTRATO DE GESTÃO**, nos termos da cláusula segunda, nos itens 21 e seguintes.
- 10- Por motivo de força maior ou caso fortuito, mediante solicitação da **CONTRATADA**, o prazo supra mencionado, poderá ser prorrogado por mais 45 (quarenta e cinco) dias.
- 11- Durante a transição prevista no item 9, o atesto e pagamento dos serviços prestados pela **CONTRATANTE**, fica vinculado à informação favorável prestada pela **CONTRATADA**.

Desafios da Gestão de Pessoas nos Processos de Contratualização:  
O caso do Hospital Municipal Infantil Menino Jesus

---



Prefeitura do Município de São Paulo  
Secretaria Municipal da Saúde  
Autarquia Hospitalar Municipal

**CLÁUSULA QUARTA**  
**DA AVALIAÇÃO**

A Comissão de Avaliação presidida pelo Secretário Municipal da Saúde, em conformidade com o disposto no artigo 8º e respectivos parágrafos, da Lei Municipal nº. 14.132, de 24 de janeiro de 2006, procederá à avaliação semestral do desenvolvimento das atividades e resultados obtidos pela **ORGANIZAÇÃO SOCIAL** com a aplicação dos recursos sob sua gestão, elaborando relatório conclusivo que deverá ser encaminhado para a AUTARQUIA HOSPITALAR MUNICIPAL, nos termos do art. 11, § 2º, do Decreto 47.453, de 10 de julho de 2006.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO**

A verificação de que trata o "caput" desta cláusula, relativa ao cumprimento das diretrizes e metas definidas para a **CONTRATADA**, restringir-se-á aos resultados obtidos em sua execução, através dos indicadores de desempenho estabelecidos, em confronto com as metas pactuadas e com a economicidade no desenvolvimento das respectivas atividades, os quais serão consolidados pela instância responsável da **CONTRATANTE** e encaminhados aos membros da Comissão de Avaliação em tempo hábil para a realização da avaliação semestral.

**PARÁGRAFO SEGUNDO**

A Comissão de Avaliação referida nesta cláusula deverá elaborar relatório semestral, em duas vias, nos termos do § 5º, art.41, do Decreto Municipal 49.523, de 27 de maio de 2008, cujas cópias deverão ser encaminhadas para as Secretarias Municipais da Saúde e da Gestão, cujo resultado será publicado no Diário Oficial do Município.

**CLÁUSULA QUINTA**  
**DO ACOMPANHAMENTO**

A execução do presente **CONTRATO DE GESTÃO** será acompanhada pela **CONTRATANTE** através do Núcleo Técnico de Contratação de Serviços de Saúde (NTCSS), nos termos do disposto neste Contrato e seus Anexos Técnicos e dos instrumentos por ela definidos, cujo resultado será publicado no Diário Oficial do Município.

**CLÁUSULA SEXTA**  
**DO PRAZO DE VIGÊNCIA**

O prazo de vigência do presente **CONTRATO DE GESTÃO** será de 03 (três) anos, tendo por termo inicial a data de sua assinatura, podendo ser renovado, depois de demonstrada a consecução dos objetivos estratégicos e das metas estabelecidas e havendo concordância de ambas as partes.

**PARÁGRAFO ÚNICO**

Desafios da Gestão de Pessoas nos Processos de Contratualização:  
O caso do Hospital Municipal Infantil Menino Jesus

---



Prefeitura do Município de São Paulo  
Secretaria Municipal da Saúde  
Autarquia Hospitalar Municipal

O prazo de vigência contratual estipulado nesta cláusula não exime a **CONTRATANTE** da comprovação da existência de recursos orçamentários para a efetiva continuidade da prestação dos serviços nos exercícios financeiros subsequentes ao da assinatura deste **CONTRATO DE GESTÃO**.

**CLÁUSULA SÉTIMA**  
**DOS RECURSOS HUMANOS**

Para a execução do objeto do presente **CONTRATO DE GESTÃO** a **CONTRATADA** poderá contar com servidores ou empregados públicos afastados para nela terem exercício, em conformidade com o Decreto Municipal 49.462, de 30 de abril de 2008.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO**

Na hipótese de transferência de servidores ou empregados públicos, seja qual for o motivo, a **CONTRATANTE** deverá equalizar os recursos para o fomento das atividades.

**PARÁGRAFO SEGUNDO**

Os servidores ou empregados públicos eventualmente afastados para a **CONTRATADA** atuarão exclusivamente na consecução dos objetivos e metas deste **CONTRATO DE GESTÃO**.

**PARÁGRAFO TERCEIRO**

A **CONTRATADA** compromete-se, no prazo deste **CONTRATO DE GESTÃO**, a não ceder a qualquer instituição pública ou privada empregados contratados com recursos deste **CONTRATO DE GESTÃO**.

**CLÁUSULA OITAVA**  
**DOS RECURSOS FINANCEIROS**

Pela prestação dos serviços objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO**, especificados no Anexo Técnico I - Prestação de Serviços, a **CONTRATANTE** repassará à **CONTRATADA**, no prazo e condições constantes neste instrumento, bem como no Anexo Técnico III- Sistema de Pagamento, a importância global estimada de R\$ 68.231.539,03 (Sessenta e oito milhões, duzentos e trinta e um mil, quinhentos e trinta e nove Reais e três centavos).

**PARÁGRAFO PRIMEIRO**

Do montante global mencionado no "caput" desta cláusula, o valor de R\$ 2.763.544,66 (Dois milhões setecentos e sessenta e três mil, quinhentos e quarenta e quatro Reais e sessenta e seis centavos) onerará a seguinte dotação orçamentária 18.10.10.302.0322.4103.33903900 para custeio. As aquisições de equipamentos e materiais permanentes onerarão a seguinte dotação orçamentária 18.10.10.302.0322.4103.44505200 no valor de R\$ 4.516.912,00 (Quatro milhões quinhentos e dezesseis mil novecentos e doze Reais). As adequações físicas onerarão a seguinte dotação orçamentária 18.10.10.302.0323.3101.44505100 no valor de R\$ 3.034.700,00 (Três milhões trinta e quatro mil e

Desafios da Gestão de Pessoas nos Processos de Contratualização:  
O caso do Hospital Municipal Infantil Menino Jesus

---



Prefeitura do Município de São Paulo  
Secretaria Municipal da Saúde  
Autarquia Hospitalar Municipal

setecentos Reais). Estes valores se aplicam ao exercício de 2008 cujo repasse dar-se-á no âmbito do **CONTRATO DE GESTÃO**.

**PARÁGRAFO SEGUNDO**

O valor restante, dos exercícios subseqüentes, correrá por conta dos recursos consignados nas respectivas leis orçamentárias.

**PARÁGRAFO TERCEIRO**

Os recursos repassados à **CONTRATADA** poderão ser, por esta, aplicados no mercado financeiro, desde que os resultados dessa aplicação revertam-se, exclusivamente, aos objetivos deste **CONTRATO DE GESTÃO**.

**PARÁGRAFO QUARTO**

Os recursos financeiros para a execução do objeto do presente **CONTRATO DE GESTÃO** pela **CONTRATADA** poderão ser obtidos mediante transferências provenientes do Poder Público, receitas auferidas por serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde, doações e contribuições de entidades nacionais e estrangeiras, rendimentos de aplicações dos ativos financeiros da **ORGANIZAÇÃO SOCIAL** e de outros pertencentes ao patrimônio que estiver sob a administração da Organização, ficando-lhe ainda facultado contrair empréstimos com organismos nacionais e internacionais, sem nenhuma responsabilidade solidária ou subsidiária da Prefeitura do Município de São Paulo.

**PARÁGRAFO QUINTO**

A **CONTRATADA** deverá movimentar os recursos financeiros destinados ao objeto do Contrato em contas correntes específicas e exclusivas vinculadas ao **HOSPITAL MUNICIPAL INFANTIL MENINO JESUS** sob sua gestão, de modo a que não sejam confundidos com os recursos próprios da **ORGANIZAÇÃO SOCIAL** contratada. Os respectivos extratos de movimentação mensal deverão ser encaminhados à **CONTRATANTE**, no mês subseqüente ao da movimentação.

**CLÁUSULA NONA**  
**CONDIÇÕES DE PAGAMENTO**

Nos primeiros doze meses de vigência do presente contrato, o somatório dos valores a serem repassados fica estimado em de R\$ 26.110.533,67 (Vinte e seis milhões, cento e dez mil, quinhentos e trinta e três Reais e sessenta e sete centavos), sendo que a transferência à **CONTRATADA** será efetivada mediante a liberação de 12 (doze) parcelas mensais, cujo valor corresponde a um valor fixo (1/12 de 90% do orçamento anual), e um valor correspondente à parte variável do contrato (1/12 de 10% do orçamento anual).

Desafios da Gestão de Pessoas nos Processos de Contratualização:  
O caso do Hospital Municipal Infantil Menino Jesus

---



Prefeitura do Município de São Paulo  
Secretaria Municipal da Saúde  
Autarquia Hospitalar Municipal

O presente **CONTRATO DE GESTÃO** poderá ser aditado, alterado, parcial ou totalmente, mediante prévia justificativa por escrito, que contere a declaração de interesse de ambas as partes e deverá ser autorizado pelo **CONTRATANTE**.

**CLÁUSULA DÉCIMA-PRIMEIRA**  
**DA RESCISÃO**

A rescisão do presente Contrato obedecerá às disposições contidas nos artigos 77 a 80 da Lei Federal nº 8.666/93 e alterações posteriores.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO**

Verificada qualquer das hipóteses ensejadoras de rescisão contratual prevista no artigo 78, da Lei 8.666/93, o Poder Executivo providenciará a revogação dos termos de permissão de uso dos bens públicos e a cessação dos afastamentos dos servidores públicos colocados à disposição da **CONTRATADA**, não cabendo à **ORGANIZAÇÃO SOCIAL** direito a indenização sob qualquer forma, salvo na hipótese prevista no § 2º, do artigo 79, da Lei Federal nº 8.666/93.

**PARÁGRAFO SEGUNDO**

A rescisão se dará por ato do titular da Secretaria Municipal da Saúde, após manifestação da Autarquia Hospitalar Municipal e de sua Assessoria Jurídica.

**PARÁGRAFO TERCEIRO**

Em caso de rescisão unilateral por parte da **CONTRATANTE**, que não decorra de má gestão, nos termos deste **CONTRATO DE GESTÃO**, culpa ou dolo da **CONTRATADA**, o Município de São Paulo arcará com os custos relativos à dispensa do pessoal contratado pela **ORGANIZAÇÃO SOCIAL** para execução do objeto deste contrato, independentemente de indenização a que a **CONTRATADA** faça jus.

**PARÁGRAFO QUARTO**

Em caso de rescisão unilateral por parte da **CONTRATADA**, a mesma se obriga a continuar prestando os serviços de saúde ora contratados, por um prazo mínimo de 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir da denúncia do Contrato.

**PARÁGRAFO QUINTO**

A **CONTRATADA** terá o prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias, a contar da data da rescisão do Contrato, para quitar suas obrigações e prestar contas de sua gestão à **CONTRATANTE**.

**CLÁUSULA DÉCIMA-SEGUNDA**

Desafios da Gestão de Pessoas nos Processos de Contratualização:  
O caso do Hospital Municipal Infantil Menino Jesus

---



Prefeitura do Município de São Paulo  
Secretaria Municipal da Saúde  
Autarquia Hospitalar Municipal

As parcelas mensais serão pagas no 5º (quinto) dia útil de cada mês, nos termos do Anexo Técnico III – Sistema de Pagamento.

**PARÁGRAFO SEGUNDO**

As parcelas de valor variável serão pagas mensalmente, junto com a parte fixa do contrato, e os ajustes financeiros decorrentes da avaliação do alcance das metas da parte variável serão realizados após análise dos indicadores estabelecidos no Anexo Técnico II – Acompanhamento e Avaliação.

**PARÁGRAFO TERCEIRO**

Os valores de ajuste financeiro citados no parágrafo anterior serão apurados na forma disposta no Anexo Técnico III - Sistema de Pagamento, que integra o presente **CONTRATO DE GESTÃO**.

**PARÁGRAFO QUARTO**

Os indicadores do último trimestre do ano serão avaliados no mês de janeiro do ano subsequente.

**PARÁGRAFO QUINTO**

Na hipótese da unidade não possuir um tempo mínimo de 3 (três) meses de funcionamento, a primeira avaliação dos Indicadores de Acompanhamento e Avaliação para efeitos de pagamento da parte variável do **CONTRATO DE GESTÃO**, prevista no Parágrafo 2º desta Cláusula, será efetivada no trimestre posterior.

**PARÁGRAFO SEXTO**

Na hipótese de inobservância do Parágrafo Primeiro desta Cláusula, a **CONTRATANTE** responsabilizar-se-á pelas despesas e/ou encargos financeiros gerados por conta de eventual atraso nos repasses financeiros, desde que tal atraso não seja provocado, por qualquer motivo, pela **CONTRATADA**, nos termos deste **CONTRATO DE GESTÃO** e seus anexos.

**PARÁGRAFO SÉTIMO**

Na hipótese da persistência, da situação prevista no Parágrafo Sexto desta Cláusula, no período de 60 (sessenta) dias, a **CONTRATADA** notificará a **CONTRATANTE**, para que no prazo de 30 (trinta) dias possa purgar a mora. Após esse período, o presente **CONTRATO DE GESTÃO** estará automaticamente rescindido, sendo devido pela **CONTRATANTE** o pagamento do disposto no referido Parágrafo Sexto e no Parágrafo Terceiro da Cláusula Décima Primeira.

**CLÁUSULA DÉCIMA  
DA ALTERAÇÃO CONTRATUAL**

Desafios da Gestão de Pessoas nos Processos de Contratualização:  
O caso do Hospital Municipal Infantil Menino Jesus

---



Prefeitura do Município de São Paulo  
Secretaria Municipal da Saúde  
Autarquia Hospitalar Municipal

O presente **CONTRATO DE GESTÃO** poderá ser aditado, alterado, parcial ou totalmente, mediante prévia justificativa por escrito, que contere a declaração de interesse de ambas as partes e deverá ser autorizado pelo **CONTRATANTE**.

**CLÁUSULA DÉCIMA-PRIMEIRA**  
**DA RESCISÃO**

A rescisão do presente Contrato obedecerá às disposições contidas nos artigos 77 a 80 da Lei Federal nº 8.666/93 e alterações posteriores.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO**

Verificada qualquer das hipóteses ensejadoras de rescisão contratual prevista no artigo 78, da Lei 8.666/93, o Poder Executivo providenciará a revogação dos termos de permissão de uso dos bens públicos e a cessação dos afastamentos dos servidores públicos colocados à disposição da **CONTRATADA**, não cabendo à **ORGANIZAÇÃO SOCIAL** direito a indenização sob qualquer forma, salvo na hipótese prevista no § 2º, do artigo 79, da Lei Federal nº 8.666/93.

**PARÁGRAFO SEGUNDO**

A rescisão se dará por ato do titular da Secretaria Municipal da Saúde, após manifestação da Autarquia Hospitalar Municipal e de sua Assessoria Jurídica.

**PARÁGRAFO TERCEIRO**

Em caso de rescisão unilateral por parte da **CONTRATANTE**, que não decorra de má gestão, nos termos deste **CONTRATO DE GESTÃO**, culpa ou dolo da **CONTRATADA**, o Município de São Paulo arcará com os custos relativos à dispensa do pessoal contratado pela **ORGANIZAÇÃO SOCIAL** para execução do objeto deste contrato, independentemente de indenização a que a **CONTRATADA** faça jus.

**PARÁGRAFO QUARTO**

Em caso de rescisão unilateral por parte da **CONTRATADA**, a mesma se obriga a continuar prestando os serviços de saúde ora contratados, por um prazo mínimo de 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir da denúncia do Contrato.

**PARÁGRAFO QUINTO**

A **CONTRATADA** terá o prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias, a contar da data da rescisão do Contrato, para quitar suas obrigações e prestar contas de sua gestão à **CONTRATANTE**.

**CLÁUSULA DÉCIMA-SEGUNDA**

Desafios da Gestão de Pessoas nos Processos de Contratualização:  
O caso do Hospital Municipal Infantil Menino Jesus

---



Prefeitura do Município de São Paulo  
Secretaria Municipal da Saúde  
Autarquia Hospitalar Municipal

**DAS PENALIDADES**

A inobservância, pela **CONTRATADA**, de cláusula ou obrigação constante deste contrato e seus Anexos Técnicos, ou de dever originado de norma legal ou regulamentar pertinente, autorizará a **CONTRATANTE**, garantida a prévia defesa, a aplicar, em cada caso, as sanções previstas nos artigos 81, 86, 87 e 88 Lei federal nº 8.666/93 e alterações posteriores, combinado com o disposto no § 2º do artigo 7º da Portaria nº 1286/93, do Ministério da Saúde, quais sejam:

- a) Advertência;
- b) Multa;
- c) Suspensão temporária de participar de licitações e de contratar com a Administração Pública, por prazo não superior a 2 (dois) anos;
- d) Declaração de inidoneidade para licitar e contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO**

A imposição das penalidades previstas nesta cláusula dependerá da gravidade do fato que as motivar, considerada sua avaliação na situação e circunstâncias objetivas em que ele ocorreu, e dela será notificada a **CONTRATADA**, resguardado o seu direito de defesa.

**PARÁGRAFO SEGUNDO**

As sanções previstas nas alíneas "a", "c" e "d" desta cláusula poderão ser aplicadas juntamente com a alínea "b".

**PARÁGRAFO TERCEIRO**

Da aplicação das penalidades a **CONTRATADA** terá o prazo de 05 (cinco) dias, a contar da data de ciência pela **CONTRATADA**, para interpor recurso dirigido ao titular da **CONTRATANTE**.

**PARÁGRAFO QUARTO**

O valor da multa que vier a ser aplicada será comunicado à **CONTRATADA** e o respectivo montante será descontado dos pagamentos devidos em decorrência da execução do objeto contratual, garantindo-lhe pleno direito de defesa.

**PARÁGRAFO QUINTO**

A imposição de qualquer das sanções estipuladas nesta cláusula não elidirá o direito de a **CONTRATANTE** exigir indenização integral dos prejuízos que o fato gerador da penalidade acarretar para os órgãos gestores do SUS, seus usuários e terceiros, independentemente das responsabilidades criminal e/ou ética do autor do fato.

**CLÁUSULA DÉCIMA-TERCEIRA**  
**DISPOSIÇÕES FINAIS**

- 1- É vedada a cobrança por serviços médicos, hospitalares ou outros complementares da assistência devida ao paciente.

Desafios da Gestão de Pessoas nos Processos de Contratualização:  
O caso do Hospital Municipal Infantil Menino Jesus

---



Prefeitura do Município de São Paulo  
Secretaria Municipal da Saúde  
Autarquia Hospitalar Municipal

2- Sem prejuízo do acompanhamento, da fiscalização e da normatividade suplementar exercidas pela **CONTRATANTE** sobre a execução do presente Contrato, a **CONTRATADA** reconhece a prerrogativa de controle e autoridade normativa genérica da direção nacional do SUS- Sistema Único de Saúde, decorrente da Lei nº 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde), ficando certo que a alteração decorrente de tais competências normativas será objeto de termo aditivo, ou de notificação dirigida à **CONTRATADA**.

3- A **CONTRATADA** poderá, a qualquer tempo e mediante justificativa apresentada ao titular da **CONTRATANTE**, propor a devolução de bens ao Poder Público Municipal, cujo uso fora a ela permitido e que não mais sejam necessários ao cumprimento das metas avençadas.

4 -- A **CONTRATADA** solicitará, e a **CONTRATANTE** adotará todas as providências necessárias perante a Prefeitura Municipal, para que os bens indicados sejam removidos da Unidade Hospitalar, permitindo assim a liberação de espaços para alocação de novos bens adquiridos de acordo com orçamento.

Desafios da Gestão de Pessoas nos Processos de Contratualização:  
O caso do Hospital Municipal Infantil Menino Jesus



Prefeitura do Município de São Paulo  
Secretaria Municipal da Saúde  
Autarquia Hospitalar Municipal

**CLÁUSULA DÉCIMA-QUARTA**  
**DA PUBLICAÇÃO**

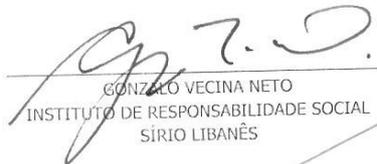
O **CONTRATO DE GESTÃO** será publicado no Diário Oficial da Cidade, no prazo máximo de 20 (vinte) dias, contados da data de sua assinatura.

**CLÁUSULA DÉCIMA-QUINTA**  
**DO FORO**

Fica eleito o Foro da Capital, com renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir quaisquer questões oriundas deste contrato, que não puderem ser resolvidas pelas partes.

E, por estarem justas as **CONTRATANTES**, assinam o presente contrato em 04 (quatro) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.

São Paulo, <sup>01</sup> de outubro de 2008

  
GONZALO VECINA NETO  
INSTITUTO DE RESPONSABILIDADE SOCIAL  
SÍRIO LIBANÊS

  
PAULO KRON PSANQUEVICH  
AUTARQUIA HOSPITALAR MUNICIPAL

  
JANUARIO MONTONE  
SECRETARIO MUNICIPAL DE SAÚDE

Testemunhas:

  
Nome: ANA LUCIA VASSALLO  
RG: 21.886.656-2  
CPF: 148.584.868-77

  
Nome: *Assessoria de Saúde a 2008*  
RG: 24867258  
CPF: 148596058-0

### **ANEXO III LEGISLAÇÃO**

#### **Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990.**

Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

O Presidente da República, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

#### Disposição Preliminar

Art. 1º - Esta Lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados, isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado.

#### TÍTULO I

##### Das Disposições Gerais

Art. 2º - A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º - O dever do Estado de garantir a saúde consiste na reformulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º - O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 3º - A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo Único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem estar físico, mental e social.

#### TÍTULO II

##### Do Sistema Único de Saúde

##### Disposição Preliminar

Art. 4º - O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde-SUS.

§ 1º - Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para a saúde.

§ 2º - A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde-SUS, em caráter

complementar.

## CAPÍTULO I

### Dos Objetivos e Atribuições

Art. 5º - Dos objetivos do Sistema Único de Saúde-SUS :

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

Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde-SUS:

- I - a execução de ações:
  - a) de vigilância sanitária;
  - b) de vigilância epidemiológica;
  - c) de saúde do trabalhador; e
  - d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.
- II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;
- III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;
- IV - a vigilância nutricional e orientação alimentar;
- V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;
- VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;
- VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;
- VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas, para consumo humano;
- IX - participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;
- XI - a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

§ 1º - Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

- I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e
- II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

§ 2º - Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

§ 3º - Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa a recuperação e a reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e

agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

I - assistência ao trabalhador vítima de acidente de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;

II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde-SUS, em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;

III - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde - SUS, da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentem riscos à saúde do trabalhador;

IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e a empresas sobre os riscos de acidente de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;

VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;

VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração, a colaboração das entidades sindicais; e

VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo o ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

## CAPÍTULO II

### Dos Princípios e Diretrizes

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 artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; VIII - participação da comunidade;

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;

X - integração, em nível executivo, das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da

União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, na prestação de serviços de

assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

### CAPÍTULO III

#### Da Organização, da Direção e da Gestão

Art. 8º - As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde-SUS, seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

Art. 9º - A direção do Sistema Único de Saúde-SUS é única, de acordo com o inciso I do artigo 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;

II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva secretaria de saúde ou órgão equivalente; e

III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva secretaria de saúde ou órgão equivalente.

Art. 10º - Os Municípios poderão constituir consórcios para desenvolver, em conjunto, as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.

§ 1º - Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância.

§ 2º - No nível municipal, o Sistema Único de Saúde-SUS poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde. Art. 11º (VETADO)

Art. 12º - Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil.

Parágrafo único - As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS.

Art. 13º - A articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais, abrangerá, em especial, as seguintes atividades:

I - alimentação e nutrição;

II - saneamento e meio ambiente;

III - Vigilância Sanitária e farmacoepidemiologia;

IV - recursos humanos;

V - ciência e tecnologia; e

VI - saúde do trabalhador.

Art. 14. Deverão ser criadas comissões permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.

Parágrafo único - Cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde-SUS, na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

### CAPÍTULO IV

#### Da Competência e das Atribuições

## SEÇÃO I

### das Atribuições Comuns

Art. 15º A União, os estados, o Distrito Federal e os municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

- I - definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e fiscalização das ações e serviços de saúde;
- II - administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;
- III - acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais; IV - organização e coordenação do sistema de informação em saúde;
- V - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;
- VI - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador;
- VII - participação de formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente;
- VIII - elaboração e atualização periódica do plano de saúde;
- IX - participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;
- X - elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde-SUS, de conformidade com o plano de saúde;
- XI - elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública;
- XII - realização de operações externas de natureza financeira de interesse da saúde, autorizadas pelo Senado Federal;
- XIII - para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização;
- XIV - implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;
- XV - propor a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos a saúde, saneamento e o meio ambiente;
- XVI - elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;
- XVII - promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional, e outras entidades representativas da sociedade civil, para a definição e controle dos padrões éticos para a pesquisa, ações e serviços de saúde;
- XVIII - promover a articulação da política e dos planos de saúde;
- XIX - realizar pesquisas e estudos na área de saúde;
- XX - definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder da política sanitária; XXI - fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial.

## SEÇÃO II

### Da Competência

Art. 16. À direção nacional do Sistema Único de Saúde-SUS compete:

- I - formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição;
- II - participar na formulação e na implementação das políticas:
  - a) de controle das agressões ao meio ambiente;
  - b) de saneamento básico; e
  - c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho;
- III - definir e coordenar os sistemas:
  - a) de redes integradas de assistência de alta complexidade;
  - b) de rede de laboratórios de saúde pública;
  - c) de vigilância epidemiológica; e
  - d) de vigilância sanitária.
- IV - participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgãos afins, de agravos sobre o meio ambiente, ou deles decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana;
- V - participar da definição de normas, critérios e padrões para controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador;
- VI - coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica;
- VII - estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios;
- VIII - estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano;
- IX - promover a articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde;
- X - formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais; XI - identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;
- XII - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;
- XIII - prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional.
- XIV - elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde-SUS e os serviços privados contratados de assistência à saúde;
- XV - promover a descentralização, para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal;
- XVI - normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;
- XVII - acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências Estaduais e Municipais;
- XVIII - elaborar o planejamento estratégico nacional no âmbito do SUS em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal;
- XIX - estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e

financeira do SUS, em todo o território nacional, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal.

Parágrafo único. A União poderá executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária

em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do Sistema Único de Saúde-SUS ou que representem risco de disseminação nacional.

Art. 17. - À direção estadual do Sistema Único de Saúde-SUS compete:

I - promover a descentralização, para os Municípios, dos serviços e das ações de saúde;

II - acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde- SUS.

III - prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;

IV - coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços:

a) de vigilância epidemiológica;

b) de vigilância sanitária;

c) de alimentação e nutrição; e

d) de saúde do trabalhador;

V - participar, junto com órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana; VI - participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento

básico;

VII - participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho;

VIII - em caráter suplementar formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde;

IX - identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de

alta complexidade, de referência estadual e regional;

X - coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;

XI - estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e a avaliação das ações e serviços de saúde;

XII - formular normas estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;

XIII - colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e

fronteiras;

XIV - acompanhar, avaliar e divulgar os indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada.

Art. 18. À direção municipal do Sistema Único de Saúde-SUS, compete:

I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;

II - participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde-SUS, em articulação com sua direção estadual;

III - participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;

- IV - executar serviços:
- a) de vigilância epidemiológica;
  - b) de vigilância sanitária;
  - c) de alimentação e nutrição;
  - d) de saneamento básico; e e) de saúde do trabalhador;
- V - dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;
- VI - colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente, que tenham repercussão sobre a saúde humana, e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las;
- VII - formar consórcios administrativos intermunicipais;
- VIII - gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;
- IX - colaborar com a União e com os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;
- X - observado o disposto no artigo 26 desta lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;
- XI - controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;
- XII - normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

Art.19. Ao Distrito Federal competem as atribuições reservadas aos Estados e aos Municípios.

### TÍTULO III

#### Dos Serviços Privados de Assistência à Saúde

#### CAPÍTULO I

##### Do Funcionamento

Art. 20. Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas

e de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde. Art. 21. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

Art. 22. Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde-SUS quanto às condições para seu funcionamento.

Art. 23. É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros na assistência à saúde, salvo através de doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos.

§ 1º Em qualquer caso é obrigatória a autorização do órgão de direção nacional do Sistema Único de Saúde-SUS, submetendo-se a seu controle as atividades que forem desenvolvidas e os instrumentos que forem firmados.

§ 2º Excetuam-se do disposto neste artigo os serviços de saúde mantidos, sem finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a Seguridade Social.

## CAPÍTULO II

### Da Participação Complementar

Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde-SUS poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.

Art. 25. Na hipótese do artigo anterior, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos

terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde-SUS.

Art. 26. Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecida pela direção nacional do Sistema Único de Saúde-SUS, aprovados no Conselho Nacional de Saúde.

§ 1º Na fixação dos critérios, valores, formas de reajuste e de pagamento da remuneração, aludida neste artigo, a direção nacional do Sistema Único de Saúde-SUS, deverá fundamentar seu ato em demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade dos serviços contratados.

§ 2º Os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde-SUS, mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato. § 3º (VETADO)

§ 4º Aos proprietários, administradores e dirigentes de entidades ou serviços contratados é vedado exercer cargo de chefia ou função de confiança no Sistema Único de Saúde-SUS.

## TÍTULO IV

### Dos Recursos Humanos

Art. 27. A política de recursos humanos na área de saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos:

I - organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal;

II - (VETADO)

III - (VETADO)

IV - valorização da dedicação exclusiva aos serviços do Sistema Único de Saúde-SUS.

Parágrafo único. Os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde-SUS constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional.

Art. 28. Os cargos e funções de chefia, direção e assessoramento, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS, só poderão ser exercidos em regime de tempo integral.

§ 1º Os servidores que legalmente acumulam dois cargos ou empregos poderão exercer suas atividades em mais de um estabelecimento do Sistema Único de Saúde-SUS.

§ 2º O disposto no parágrafo anterior aplica-se também aos servidores em regime de tempo integral, com exceção dos ocupantes de cargos ou função de chefia, direção ou assessoramento.

Art. 29. (VETADO)

Art. 30. As especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão ser o regulamentadas por comissão nacional, instituída de acordo com o artigo 12 desta lei, garantida a participação das entidades profissionais correspondentes. TÍTULO V  
Do Financiamento

## CAPÍTULO I

### Dos Recursos

Art. 31. O orçamento da Seguridade Social destinará ao Sistema Único de Saúde-SUS, de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em propostas elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos de previdência social e da assistência social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias.

Art. 32. São considerados de outras fontes os recursos provenientes de:

I - (VETADO)

II - serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde;

III - ajuda, contribuições, doações e donativos;

IV - alienações patrimoniais e rendimentos de capital;

V - taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS; e

VI - rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais.

§ 1º Ao sistema Único de Saúde-SUS caberá metade da receita de que trata o inciso I deste artigo, apurada mensalmente, a qual será destinada à recuperação de viciados.

§ 2º As receitas geradas no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS serão creditadas diretamente em contas especiais, movimentadas pela sua direção, na esfera de poder onde forem arrecadadas.

§ 3º As ações de saneamento, que venham a ser executadas supletivamente pelo Sistema Único de Saúde-SUS, serão financiadas por recursos tarifários específicos e outros da União, Estados, Distrito Federal, Municípios e, em particular, do Sistema Financeiro da Habitação-SFH.

§ 4º (VETADO)

§ 5º As atividades de pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde serão co-financiadas pelo Sistema Único de Saúde-SUS, pelas universidades e pelo orçamento fiscal, além de recursos de instituições de fomento e financiamento ou de origem externa e receita próprias das instituições executoras.

§ 6º (VETADO)

## CAPÍTULO II

### Da Gestão Financeira

Art. 33. Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde-SUS serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos conselhos de saúde.

§ 1º Na esfera federal, os recursos financeiros, originários do orçamento da Seguridade Social, de outros orçamentos da União, além de outras fontes, serão administrados pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde.

§ 2º (VETADO)

§ 3º (VETADO)

§ 4º - O Ministério da Saúde acompanhará através de seu sistema de auditoria a

conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a Estados e Municípios; constatada a malversação, desvio ou não aplicação dos recursos, caberá ao Ministério da Saúde aplicar as medidas previstas em lei.

Art. 34. As autoridades responsáveis pela distribuição da receita efetivamente arrecadada transferirão automaticamente ao Fundo Nacional de Saúde-FNS, observado o critério do parágrafo único deste artigo, os recursos financeiros correspondentes às dotações consignadas no orçamento da Seguridade Social, a projetos e atividades a serem executados no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS.

Parágrafo único. Na distribuição dos recursos financeiros da Seguridade Social será observada a mesma proporção da despesa prevista de cada área, do orçamento da Seguridade social.

Art. 35. Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos:

- I - perfil demográfico da região;
- II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;
- III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;
- IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;
- V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;
- VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;
- VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

§1º Metade dos recursos destinados a Estados e Municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio.

§ 2º Nos casos de Estados e Municípios sujeitos a notório processo de migração, os critérios demográficos mencionados nesta lei serão ponderados por outros indicadores de crescimento populacional, em especial o número de eleitores registrados.

§ 3º VETADO)

§ 4º VETADO)

§ 5º VETADO)

§ 6º O disposto no parágrafo anterior não prejudica a atuação dos órgãos de controle interno e externo e nem a aplicação de penalidades previstas em lei em caso de irregularidades verificadas na gestão dos recursos transferidos.

### CAPÍTULO III

#### Do Planejamento e do Orçamento

Art. 36. O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde-SUS será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.

§ 1º Os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde-SUS e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária.

§ 2º É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde. Art. 37. O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na

elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa.

Art. 38. Não será permitida a destinação de subvenções e auxílios a instituições prestadoras de serviços de saúde com finalidade lucrativa.

#### DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 39. (VETADO)

§1º (VETADO)

§2º (VETADO)

§3º (VETADO)

§4º (VETADO)

§ 5º A cessão de uso dos imóveis de propriedade do INAMPS para órgãos integrantes do Sistema Único de Saúde-SUS será feita de modo a preservá-los como patrimônio da Seguridade Social.

§ 6º Os imóveis de que trata o parágrafo anterior serão inventariados com todos os acessórios, equipamentos e outros bens imóveis e ficarão disponíveis para utilização pelo órgão de direção municipal do Sistema Único de Saúde-SUS, ou eventualmente, pelo estadual, em cuja circunscrição administrativa se encontrem, mediante simples termo de recebimento.

§ 7º (VETADO)

§ 8º O acesso aos serviços de informática e base de dados, mantidos pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério do Trabalho e Previdência Social, será assegurado às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde ou órgãos congêneres, como suporte ao processo de gestão, de forma a permitir a gerência informatizada das contas e a disseminação de estatísticas sanitárias e epidemiológicas médico-hospitalares.

Art. 40. (VETADO)

Art. 41. As ações desenvolvidas pela Fundação das Pioneiras Sociais e pelo Instituto Nacional do Câncer, supervisionadas pela direção nacional do Sistema Único de Saúde-SUS, permanecerão como referencial de prestação de serviços, formação de recursos

humanos e para transferência de tecnologia. Art. 42. (VETADO)

Art. 43. A gratuidade das ações e serviços de saúde fica preservada nos serviços públicos e privados contratados, ressalvando-se as cláusulas dos contratos ou convênios estabelecidos com as entidades privadas.

Art. 44. e seus parágrafos (VETADOS)

Art. 45. Os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde-SUS, mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão, dos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados.

§1º Os serviços de saúde de sistemas estaduais e municipais de previdência social deverão integrar-se à direção correspondente do Sistema Único de Saúde-SUS, conforme seu âmbito de atuação, bem como quaisquer outros órgãos e serviços de saúde.

§2º Em tempo de paz e havendo interesse recíproco, os serviços de saúde das Forças Armadas poderão integrar-se ao Sistema Único de Saúde-SUS, conforme se dispuser em convênio que, para esse fim, for firmado.

Art. 46. O Sistema Único de Saúde-SUS estabelecerá mecanismos de incentivo à participação do setor privado no investimento em ciência e tecnologia e estimulará a transferência de tecnologia das Universidades e institutos de pesquisa aos serviços de

saúde nos Estados, Distrito Federal e Municípios, e às empresas nacionais.

Art. 47. O Ministério da Saúde, em articulação com os níveis estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde-SUS organizará, no prazo de 2(dois) anos, um sistema nacional de informações em saúde, integrado em todo o território nacional, abrangendo questões epidemiológicas e de prestação de serviços.

Art. 48. (VETADO)

Art. 49. (VETADO)

Art. 50. Os convênios entre a União, os Estados e os Municípios, celebrados para a implantação dos sistemas unificados e descentralizados de saúde, ficarão rescindidos à proporção que seu objeto for sendo absorvido pelo Sistema Único de Saúde-SUS.

Art. 51. (VETADO)

Art. 52. Sem prejuízo de outras sanções cabíveis, constitui crime de emprego irregular de

verbas ou rendas públicas (Código Penal, artigo 315) a utilização de recursos financeiros

do Sistema Único de Saúde-SUS em finalidades diversas das previstas nesta lei.

Art. 53. (VETADO) Art. 54. Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 55. São revogadas a Lei nº 2.312, de 3 de setembro de 1954; a Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975, e demais disposições em contrário.

Brasília, 19 de setembro de 1990

**Senado Federal**  
Subsecretaria de Informações

**Este texto não substitui o original publicado no Diário Oficial.**

**LEI Nº 9.637, DE 15 DE MAIO DE 1998**

*Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências.*

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA**, Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

**CAPÍTULO I**

*DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS*

**Seção I**

*Da Qualificação*

**Art. 1º** O Poder Executivo poderá qualificar como organizações sociais pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde, atendidos aos requisitos previstos nesta Lei.

**Art. 2º** São requisitos específicos para que as entidades privadas referidas no artigo anterior habilitam-se à qualificação como organização social:

I - comprovar o registro de seu ato constitutivo, dispondo sobre:

a) natureza social de seus objetivos relativos à respectiva área de atuação;

b) finalidade não-lucrativa, com a obrigatoriedade de investimento de seus excedentes financeiros no desenvolvimento das próprias atividades;

c) previsão expressa de a entidade ter, como órgãos de deliberação superior e de direção, um conselho de administração e uma diretoria definidos nos termos do estatuto, asseguradas àquele composição e atribuições normativas e de controle básicas previstas nesta Lei;

d) previsão de participação, no órgão colegiado de deliberação superior, de representantes do Poder Público e de membros da comunidade, de notória capacidade profissional e idoneidade moral;

e) composição e atribuições da diretoria;

f) obrigatoriedade de publicação anual, no *Diário Oficial* da União, dos relatórios financeiros e do relatório de execução do contrato de gestão,

g) no caso de associação civil, a aceitação de novos associados, na forma do estatuto;

h) proibição de distribuição de bens ou de parcela do patrimônio líquido em qualquer hipótese, inclusive em razão de desligamento, retirada ou falecimento de associado ou membro da entidade;

i) previsão de incorporação integral do patrimônio, dos legados ou das doações que lhe foram destinados, bem como dos excedentes financeiros decorrentes de suas atividades, em caso de extinção ou desqualificação, ao patrimônio de outra organização social qualificada no âmbito da União, da mesma área de atuação, ou ao patrimônio da União, dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios, na proporção dos recursos e bens por estes alocados;

II - haver aprovação, quanto à conveniência e oportunidade de sua qualificação como organização social, do Ministro ou titular de órgão supervisor ou regulador da área de atividade correspondente ao seu objeto social e do Ministro de Estado da Administração Federal e Reforma do Estado.

## seção II

### *Do Conselho de Administração*

**Art. 3º** O conselho de administração deve estar estruturado nos termos que dispuser o respectivo estatuto, observados, para os fins de atendimento dos requisitos de qualificação, os seguintes critérios básicos:

I - ser composto por:

a) 20 a 40% (vinte a quarenta por cento) de membros natos representantes do Poder Público, definidos pelo estatuto da entidade;

b) 20 a 30% (vinte a trinta por cento) de membros natos representantes de entidades da sociedade civil, definidos pelo estatuto;

c) até 10% (dez por cento), no caso de associação civil, de membros eleitos dentre os membros ou os associados;

d) 10 a 30% (dez a trinta por cento) de membros eleitos pelos demais integrantes do conselho, dentre pessoas de notória capacidade profissional e reconhecida idoneidade moral;

e) até 10% (dez por cento) de membros indicados ou eleitos na forma estabelecida pelo estatuto;

II - os membros eleitos ou indicados para compor o Conselho devem ter mandato de quatro anos, admitida uma recondução;

III - os representantes de entidades previstos nas alíneas "a" e "b" do inciso I devem corresponder a mais de 50% (cinquenta por cento) do Conselho;

IV - o primeiro mandato de metade dos membros eleitos ou indicados deve ser de dois anos, segundo critérios estabelecidos no estatuto;

V - o dirigente máximo da entidade deve participar das reuniões do conselho, sem direito a voto;

VI - o Conselho deve reunir-se ordinariamente, no mínimo, três vezes a cada ano e, extraordinariamente, a qualquer tempo;

VII - os conselheiros não devem receber remuneração pelos serviços que, nesta condição, prestarem à organização social, ressalvada a ajuda de custo por reunião da qual participem;

VIII - os conselheiros eleitos ou indicados para integrar a diretoria da entidade devem renunciar ao assumirem funções executivas.

**Art. 4º** Para os fins de atendimento dos requisitos de qualificação, devem ser atribuições privativas do Conselho de Administração, dentre outras:

I - fixar o âmbito de atuação da entidade, para consecução do seu objeto;

II - aprovar a proposta de contrato de gestão da entidade;

III - aprovar a proposta de orçamento da entidade e o programa de investimentos;

IV - designar e dispensar os membros da diretoria;

V - fixar a remuneração dos membros da diretoria;

VI - aprovar e dispor sobre a alteração dos estatutos e a extinção da entidade por maioria, no mínimo, de dois terços de seus membros;

VII - aprovar o regimento interno da entidade, que deve dispor, no mínimo, sobre a estrutura, forma de gerenciamento, os cargos e respectivas competências;

VIII - aprovar por maioria, no mínimo, de dois terços de seus membros, o regulamento próprio contendo os procedimentos que deve adotar para a contratação de obras, serviços, compras e alienações e o plano de cargos, salários e benefícios dos empregados da entidade;

IX - aprovar e encaminhar, ao órgão supervisor da execução do contrato de gestão, os relatórios gerenciais e de atividades da entidade, elaborados pela diretoria;

X - fiscalizar o cumprimento das diretrizes e metas definidas e aprovar os demonstrativos financeiros e contábeis e as contas anuais da entidade, com o auxílio de auditoria externa.

## Seção III

### *Do Contrato de Gestão*

**Art. 5º** Para os efeitos desta Lei, entende-se por contrato de gestão o instrumento firmado entre o Poder Público e a entidade qualificada como organização social, com vistas à formação de parceria entre as partes para fomento e execução de atividades relativas às relacionadas no art. 1º.

**Art. 6º** O contrato de gestão, elaborado de comum acordo entre o órgão ou entidade supervisora e a organização social, discriminará as atribuições, responsabilidades e obrigações do Poder Público e da organização social.

Parágrafo único. O contrato de gestão deve ser submetido, após aprovação pelo Conselho de Administração da entidade, ao Ministro de Estado ou autoridade supervisora da área correspondente à atividade fomentada.

**Art. 7º** Na elaboração do contrato de gestão, devem ser observados os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, economicidade e, também, os seguintes preceitos:

I - especificação do programa de trabalho proposto pela organização social, a estipulação das metas a serem atingidas e os respectivos prazos de execução, bem como previsão expressa dos critérios objetivos de avaliação de desempenho a serem utilizados, mediante indicadores de qualidade e produtividade;

II - a estipulação dos limites e critérios para despesa com remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidas pelos dirigentes e empregados das organizações sociais, no exercício de suas funções.

Parágrafo único. Os Ministros de Estado ou autoridades supervisoras da área de atuação da entidade devem definir as demais cláusulas dos contratos de gestão de que sejam signatários.

## Seção IV

### *Da Execução e Fiscalização do Contrato de Gestão*

**Art. 8º** A execução do contrato de gestão celebrado por organização social será fiscalizada pelo órgão ou entidade supervisora da área de atuação correspondente à atividade fomentada.

§ 1º A entidade qualificada apresentará ao órgão ou entidade do Poder Público supervisora signatária do contrato, ao término de cada exercício ou a qualquer momento, conforme recomende o interesse público, relatório pertinente à execução do contrato de gestão, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado da prestação de contas correspondente ao exercício financeiro.

§ 2º Os resultados atingidos com a execução do contrato de gestão devem ser analisados, periodicamente, por comissão de avaliação, indicada pela autoridade supervisora da área correspondente, composta por especialistas de notória capacidade e adequada qualificação.

§ 3º A comissão deve encaminhar à autoridade supervisora relatório conclusivo sobre a avaliação procedida.

**Art. 9º** Os responsáveis pela fiscalização da execução do contrato de gestão, ao tomarem conhecimento de qualquer irregularidade ou ilegalidade na utilização de recursos ou bens de origem pública por organização social, dela darão ciência ao Tribunal de Contas da União, sob pena de responsabilidade solidária.

**Art. 10.** Sem prejuízo da medida a que se refere o artigo anterior, quando assim exigir a gravidade dos fatos ou o interesse público, havendo indícios fundados de malversação de bens ou recursos de origem pública, os responsáveis pela fiscalização representarão ao Ministério Público, à Advocacia-Geral da União ou à Procuradoria da entidade para que requeira ao juízo competente a decretação da indisponibilidade dos bens da entidade e o seqüestro dos bens dos seus dirigentes, bem como de agente público ou terceiro, que possam ter enriquecido ilicitamente ou causado dano ao patrimônio público.

§ 1º O pedido de seqüestro será processado de acordo com o disposto nos art. 822 e 825 do Código de Processo Civil.

§ 2º Quando for o caso, o pedido incluirá a investigação, o exame e o bloqueio de bens, contas bancárias e aplicações mantidas pelo demandado no País e no exterior, nos termos da lei e dos tratados internacionais.

§ 3º Até o término da ação, o Poder Público permanecerá como depositário e gestor dos bens e valores seqüestrados ou indisponíveis e velará pela continuidade das atividades sociais da entidade.

## Seção V

### *Do Fomento às Atividades Sociais*

**Art. 11.** As entidades qualificadas como organizações sociais são declaradas como entidades de interesse social e utilidade pública, para todos os efeitos legais.

**Art. 12.** Às organizações sociais poderão ser destinados recursos orçamentários e bens públicos necessários ao cumprimento do contrato de gestão.

§ 1º São assegurados às organizações sociais os créditos previstos no orçamento e as respectivas liberações financeiras, de acordo com o cronograma de desembolso previsto no contrato de gestão.

§ 2º Poderá ser adicionada aos créditos orçamentários destinados ao custeio do contrato de gestão parcela de recursos para compensar desligamento de servidor cedido, desde que haja justificativa expressa da necessidade pela organização social.

§ 3º Os bens de que trata este artigo serão destinados às organizações sociais, dispensada licitação, mediante permissão de uso, consoante cláusula expressa do contrato de gestão.

**Art. 13.** Os bens móveis públicos permitidos para uso poderão ser permutados por outros de igual ou maior valor, condicionado a que os novos bens integrem o patrimônio da União.

Parágrafo único. A permuta de que trata este artigo dependerá de prévia avaliação do bem e expressa autorização do Poder Público.

**Art. 14.** É facultado ao Poder Executivo a cessão especial de servidor para as organizações sociais, com ônus para a origem.

§ 1º Não será incorporada aos vencimentos ou à remuneração de origem do servidor cedido qualquer vantagem pecuniária que vier a ser paga pela organização social.

§ 2º Não será permitido o pagamento de vantagem pecuniária permanente por organização social a servidor cedido com recursos provenientes do contrato de gestão, ressalvada a hipótese de adicional relativo ao exercício de função temporária de direção e assessoria.

§ 3º O servidor cedido perceberá as vantagens do cargo a que fizer juiz no órgão de origem, quando ocupante de cargo de primeiro ou de segundo escalão na organização social.

**Art. 15.** São extensíveis, no âmbito da União, os efeitos dos arts. 11 e 12, § 3º, para as entidades qualificadas como organizações sociais pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios, quando houver reciprocidade e desde que a legislação local não contrarie os preceitos desta Lei e a legislação específica de âmbito federal.

## Seção VI

### *Da Desqualificação*

**Art. 16.** O Poder Executivo poderá proceder à desqualificação da entidade como organização social, quando constatado o descumprimento das disposições contidas no contrato de gestão.

§ 1º A desqualificação será precedida de processo administrativo, assegurado o direito de ampla defesa, respondendo os dirigentes da organização social, individual e solidariamente, pelos danos ou prejuízos decorrentes de sua ação ou omissão.

§ 2º A desqualificação importará reversão dos bens permitidos e dos valores entregues à utilização da organização social, sem prejuízo de outras sanções cabíveis.

## CAPÍTULO II

### *DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS*

**Art. 17.** A organização social fará publicar, no prazo máximo de noventa dias contado da assinatura do contrato de gestão, regulamento próprio contendo os procedimentos que adotará para a contratação de obras e serviços, bem como para compras com emprego de recursos provenientes do Poder Público.

**Art. 18.** A organização social que absorver atividades de entidade federal extinta no âmbito da área de saúde deverá considerar no contrato de gestão, quanto ao atendimento da comunidade, os princípios do Sistema Único de Saúde, expressos no art. 198 da Constituição Federal e no art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

**Art. 19.** As entidades que absorverem atividades de rádio e televisão educativa poderão receber recursos e veicular publicidade institucional de entidades de direito público ou privado, a título de apoio cultural, admitindo-se o patrocínio de programas, eventos e projetos, vedada a veiculação remunerada de anúncios e outras práticas que configurem comercialização de seus intervalos.

**Art. 20.** Será criado, mediante decreto do Poder Executivo, o Programa Nacional de Publicização - PNP, com o objetivo de estabelecer diretrizes e critérios para a qualificação de organizações sociais, a fim de assegurar a absorção de atividades desenvolvidas por entidades ou órgãos públicos da União, que atuem nas atividades referidas no art. 1º, por organizações sociais, qualificadas na forma desta Lei, observadas as seguintes diretrizes:

- I - ênfase no atendimento do cidadão-cliente;
- II - ênfase nos resultados, qualitativos e quantitativos nos prazos pactuados;
- III - controle social das ações de forma transparente.

**Art. 21.** São extintos o Laboratório Nacional de Luz Síncrotron, integrante da estrutura do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq, e a Fundação Roquette Pinto, entidade vinculada à Presidência da República.

§ 1º Competirá ao Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado supervisionar o processo de inventário do Laboratório Nacional de Luz Síncrotron, a cargo do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq, cabendo-lhe realizá-lo para a Fundação Roquette Pinto.

§ 2º No curso do processo de inventário da Fundação Roquette Pinto e até a assinatura do contrato de gestão, a continuidade das atividades sociais ficará sob a supervisão da Secretaria de Comunicação Social da Presidência da República.

§ 3º É o Poder Executivo autorizado a qualificar como organizações sociais, nos termos desta Lei, as pessoas jurídicas de direito privado indicadas no Anexo I, bem assim a permitir a absorção de atividades desempenhadas pelas entidades extintas por este artigo.

§ 4º Os processos judiciais em que a Fundação Roquette Pinto seja parte, ativa ou passivamente, serão transferidos para a União, na qualidade de sucessora, sendo representada pela Advocacia-Geral da União.

**Art. 22.** As extinções e a absorção de atividades e serviços por organizações sociais de que trata esta Lei observarão os seguintes preceitos:

I - os servidores integrantes dos quadros permanentes dos órgãos e das entidades extintos terão garantidos todos os direitos e vantagens decorrentes do respectivo cargo ou emprego e integrarão quadro em extinção nos órgãos ou nas entidades indicados no Anexo II, sendo facultada aos órgãos e entidades supervisoras, ao seu critério exclusivo, a cessão de servidor, irrecusável para este, com ônus para a origem, à organização social que vier a absorver as correspondentes atividades, observados os §§ 1º e 2º do art. 14;

II - a desativação das unidades extintas será realizada mediante inventário de seus bens imóveis e de seu acervo físico, documental e material, bem como dos contratos e convênios, com a adoção de providências dirigidas à manutenção e ao prosseguimento das atividades sociais a cargo dessas unidades, nos termos da legislação aplicável em cada caso;

III - os recursos e as receitas orçamentárias de qualquer natureza, destinados às unidades extintas, serão utilizados no processo de inventário e para a manutenção e o financiamento das atividades sociais até a assinatura do contrato de gestão;

IV - quando necessário, parcela dos recursos orçamentários poderá ser reprogramada, mediante crédito especial a ser enviado ao Congresso Nacional, para o órgão ou entidade supervisora dos contratos de gestão, para o fomento das atividades sociais, assegurada a liberação periódica do respectivo desembolso financeiro para a organização social;

V - encerrados os processos de inventário, os cargos efetivos vagos e os em comissão serão considerados extintos;

VI - a organização social que tiver absorvido as atribuições das unidades extintas poderá adotar os símbolos designativos deste, seguidos da identificação "OS"

§ 1º A absorção pelas organizações sociais das atividades das unidades extintas efetivar-se-á mediante a celebração de contrato de gestão, na forma dos arts. 6º e 7º.

§ 2º Poderá ser adicionada às dotações orçamentárias referidas no inciso IV parcela dos recursos decorrentes da economia de despesa incorrida pela União com os cargos e funções comissionados existentes nas unidades extintas.

**Art. 23.** É o Poder Executivo autorizado a ceder os bens e os servidores da Fundação Roquette Pinto no Estado do Maranhão ao Governo daquele Estado.

**Art. 24.** São convalidados os atos praticados com base na Medida Provisória nº 1.648-6, de 24 de março de 1998.

**Art. 25.** Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 15 de maio de 1998; 177º da Independência e 110º da República.

**FERNANDO HENRIQUE CARDOSO**

Pedro Malan

Paulo Paiva

José Israel Vargas

Luiz Carlos Bresser Pereira

Clovis de Barros Carvalho

## **LEI Nº 9.637, DE 15 DE MAIO DE 1998**

*Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências.*

### **retificação**

(Publicada no DOU de 18 de maio de 1998, Seção 1, página 8)  
Publicam-se os Anexos I e II por terem sido omitidos.

## LEGISLAÇÃO ESTADUAL – SP



ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO  
Secretaria Geral Parlamentar  
Departamento de Documentação e Informação

### LEI COMPLEMENTAR Nº 846, DE 04 DE JUNHO DE 1998

*Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e dá outras providências*

O GOVERNADOR DO ESTADO DE SÃO PAULO:

Faço saber que a Assembléia Legislativa decreta e eu promulgo a seguinte lei complementar:

#### CAPÍTULO I

#### Das Organizações Sociais

#### Seção I

#### Da Qualificação

**Artigo 1º** - 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, atendidos os requisitos previstos nesta lei complementar.

**Parágrafo único** - As pessoas jurídicas de direito privado cujas atividades sejam dirigidas à saúde e à cultura, qualificadas pelo Poder Executivo como organizações sociais, serão submetidas ao controle externo da Assembléia Legislativa, que o exercerá com o auxílio do Tribunal de Contas do Estado, ficando o controle interno a cargo do Poder Executivo.

**Artigo 2º** - São requisitos específicos para que as entidades privadas referidas no artigo anterior habilitem-se à qualificação como organização social:

I - comprovar o registro de seu ato constitutivo, dispondo sobre:

- a) natureza social de seus objetivos;
- b) finalidade não-lucrativa, com a obrigatoriedade de investimento de seus excedentes financeiros no desenvolvimento das próprias atividades;
- c) previsão expressa de ter a entidade, como órgãos de deliberação superior e de direção, um Conselho de Administração e uma Diretoria, definidos nos termos do Estatuto, assegurado àquele composição e atribuições normativas e de controle básicos previstos nesta lei complementar;
- d) previsão de participação, no órgão colegiado de deliberação superior, de membros da comunidade, de notória capacidade profissional e idoneidade moral;
- e) composição e atribuições da Diretoria da entidade;
- f) obrigatoriedade de publicação anual, no Diário Oficial do Estado, dos relatórios financeiros e do relatório de execução do contrato de gestão;
- g) em caso de associação civil, a aceitação de novos associados, na forma do estatuto;
- h) proibição de distribuição de bens ou de parcela do patrimônio líquido em qualquer hipótese, inclusive em razão de desligamento, retirada ou falecimento de associado ou membro da entidade;
- i) previsão de incorporação integral do patrimônio, dos legados ou das doações que lhe foram destinados, bem como dos excedentes financeiros decorrentes de suas atividades, em caso de extinção ou desqualificação da entidade, ao patrimônio de

outra organização social qualificada no âmbito do Estado, da mesma área de atuação, ou ao patrimônio do Estado, na proporção dos recursos e bens por este alocados;

**II** - ter a entidade recebido aprovação em parecer favorável, quanto à conveniência e oportunidade de sua qualificação como organização social, do Secretário de Estado da área correspondente e do Secretário da Administração e Modernização do Serviço Público.

**Parágrafo único** - Somente serão qualificadas como organização social, as entidades que, efetivamente, comprovarem possuir serviços próprios de assistência à saúde, há mais de 5 (cinco) anos.

## Seção II

### Do Conselho de Administração

**Artigo 3º** - O Conselho de Administração deve estar estruturado nos termos do respectivo estatuto, observados, para os fins de atendimento dos requisitos de qualificação, os seguintes critérios básicos:

**I** - ser composto por:

**a)** até 55 % (cinquenta e cinco por cento) no caso de associação civil, de membros eleitos dentre os membros ou os associados;

**b)** 35% (trinta e cinco por cento) de membros eleitos pelos demais integrantes do Conselho, dentre pessoas de notória capacidade profissional e reconhecida idoneidade moral;

**c)** 10% (dez por cento) de membros eleitos pelos empregados da entidade;

**II** - os membros eleitos ou indicados para compor o Conselho que não poderão ser parentes consangüíneos ou afins até o 3º. grau do Governador, Vice-Governador e Secretários de Estado, terão mandato de quatro anos, admitida uma recondução;

**III** - o primeiro mandato de metade dos membros eleitos ou indicados deve ser de dois anos, segundo critérios estabelecidos no estatuto;

**IV** - o dirigente máximo da entidade deve participar das reuniões do Conselho, sem direito a voto;

**V** - o Conselho deve reunir-se ordinariamente, no mínimo, três vezes a cada ano, e extraordinariamente, a qualquer tempo;

**VI** - os conselheiros não receberão remuneração pelos serviços que, nesta condição, prestarem à organização social, ressalvada a ajuda de custo por reunião da qual participem; e

**VII** - os conselheiros eleitos ou indicados para integrar a Diretoria da entidade devem renunciar ao assumirem às correspondentes funções executivas.

**Artigo 4º** - Para os fins de atendimento dos requisitos de qualificação, devem ser incluídas entre as atribuições privativas do Conselho de Administração:

**I** - aprovar a proposta de contrato de gestão da entidade;

**II** - aprovar a proposta de orçamento da entidade e o programa de investimentos;

**III** - designar e dispensar os membros da Diretoria;

**IV** - fixar a remuneração dos membros da Diretoria;

**V** - aprovar os estatutos, bem como suas alterações, e a extinção da entidade por maioria, no mínimo, de 2/3 (dois terços) de seus membros;

**VI** - aprovar o regimento interno da entidade, que deve dispor, no mínimo, sobre a estrutura, o gerenciamento, os cargos e as competências;

**VII** - aprovar por maioria, no mínimo, de 2/3 (dois terços) de seus membros, o regulamento próprio contendo os procedimentos que deve adotar para a contratação de obras e serviços, bem como para compras e alienações, e o plano de cargos, salários e benefícios dos empregados da entidade;

**VIII** - aprovar e encaminhar, ao órgão supervisor da execução do contrato de gestão, os relatórios gerenciais e de atividades da entidade, elaborados pela Diretoria; e

**IX** - fiscalizar o cumprimento das diretrizes e metas definidas e aprovar os demonstrativos financeiros e contábeis e as contas anuais da entidade, com o auxílio de auditoria externa.

**Artigo 5º** - Aos conselheiros, administradores e dirigentes das organizações sociais da saúde é vedado exercer cargo de chefia ou função de confiança no Sistema Único de Saúde - SUS.

### **Seção III Do Contrato de Gestão**

**Artigo 6º** - Para os efeitos desta lei complementar, entende-se por contrato de gestão o instrumento firmado entre o Poder Público e a entidade qualificada como organização social, com vistas à formação de uma parceria entre as partes para fomento e execução de atividades relativas à área da saúde ou da cultura.

**§ 1º** - É dispensável a licitação para a celebração dos contratos de que trata o "caput" deste artigo.

**§ 2º** - A organização social da saúde deverá observar os princípios do Sistema Único de Saúde, expressos no artigo 198 da Constituição Federal e no artigo 7º da Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990.

**§ 3º** - A celebração dos contratos de que trata o "caput" deste artigo, com dispensa da realização de licitação, será 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.

**§ 4º** - O Poder Público dará publicidade:

I - da decisão de firmar cada contrato de gestão, indicando as atividades que deverão ser executadas; e

II - das entidades que manifestarem interesse na celebração de cada contrato de gestão.

**§ 5º** - É vedada a celebração do contrato previsto neste artigo para a destinação, total ou parcial, de bens públicos de qualquer natureza, que estejam ou estiveram, ao tempo da publicação desta lei, vinculados à prestação de serviços de assistência à saúde.

**Artigo 7º** - O contrato de gestão celebrado pelo Estado, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde ou da Cultura conforme sua natureza e objeto, discriminará as atribuições, responsabilidades e obrigações do Poder Público e da entidade contratada e será publicado na íntegra no Diário Oficial.

**Parágrafo único** - O contrato de gestão deve ser submetido, após aprovação do Conselho de Administração, ao Secretário de Estado da área competente.

**Artigo 8º** - Na elaboração do contrato de gestão devem ser observados os princípios inscritos no artigo 37 da Constituição Federal e no artigo 111 da Constituição Estadual e, também, os seguintes preceitos:

I - especificação do programa de trabalho proposto pela organização social, estipulação das metas a serem atingidas e respectivos prazos de execução, bem como previsão expressa dos critérios objetivos de avaliação de desempenho a serem utilizados, mediante indicadores de qualidade e produtividade;

II - estipulação dos limites e critérios para a despesa com a remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidas pelos dirigentes e empregados das organizações sociais, no exercício de suas funções;

III - atendimento à disposição do § 2º. do artigo 6º. desta lei complementar; e

IV - atendimento exclusivo aos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS, no caso das organizações sociais da saúde.

**Parágrafo único** - O Secretário de Estado competente deverá definir as demais cláusulas necessárias dos contratos de gestão de que for signatário.

### **Seção IV Da Execução e Fiscalização do Contrato de Gestão**

**Artigo 9º** - A execução do contrato de gestão celebrado por organização social será fiscalizada pelo Secretário de Estado da Saúde ou pela Secretaria de Estado da Cultura, nas áreas correspondentes.

**§ 1º** - O contrato de gestão deve prever a possibilidade de o Poder Público requerer a apresentação pela entidade qualificada, ao término de cada exercício ou a qualquer momento, conforme recomende o interesse público, de relatório pertinente à execução do contrato de gestão, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado da prestação de contas correspondente ao exercício financeiro, assim como suas publicações no Diário Oficial do Estado.

**§ 2º** - Os resultados atingidos com a execução do contrato de gestão serão analisados, periodicamente, por comissão de avaliação indicada pelo Secretário de Estado competente, composta por profissionais de notória especialização, que emitirão relatório conclusivo, a ser encaminhado àquela autoridade e aos órgãos de controle interno e externo do Estado.

**§ 3º** - A comissão de avaliação da execução do contrato de gestão das organizações sociais da saúde, da qual trata o parágrafo anterior, compor-se-á, dentre outros membros, por 2 (dois) integrantes indicados pelo Conselho Estadual de Saúde, reservando-se, também, 2 (duas) vagas para membros integrantes da Comissão de Saúde e Higiene da Assembléia Legislativa e deverá encaminhar, trimestralmente, relatório de suas atividades à Assembléia Legislativa.

**Artigo 10** - Os responsáveis pela fiscalização da execução do contrato de gestão, ao tomarem conhecimento de qualquer irregularidade ou ilegalidade na utilização de recursos ou bens de origem pública por organização social, dela darão ciência ao Tribunal de Contas e ao Ministério Público, para as providências relativas aos respectivos âmbitos de atuação, sob pena de responsabilidade solidária.

**Artigo 11** - Qualquer cidadão, partido político, associação ou entidade sindical é parte legítima para denunciar irregularidades cometidas pelas organizações sociais ao Tribunal de Contas ou à Assembléia Legislativa.

**Artigo 12** - O balanço e demais prestações de contas da organização social devem, necessariamente, ser publicados no Diário Oficial do Estado e analisados pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo.

#### **Seção V**

#### **Do Fomento às Atividades Sociais**

**Artigo 13** - As entidades qualificadas como organizações sociais ficam declaradas como entidades de interesse social e utilidade pública para todos os efeitos legais.

**Artigo 14** - Às organizações sociais serão destinados recursos orçamentários e, eventualmente, bens públicos necessários ao cumprimento do contrato de gestão.

**§ 1º** - Ficam assegurados às organizações sociais os créditos previstos no orçamento e as respectivas liberações financeiras, de acordo com o cronograma de desembolso previsto no contrato de gestão.

**§ 2º** - Poderá ser adicionada aos créditos orçamentários destinados ao custeio do contrato de gestão, parcela de recursos para fins do disposto no artigo 16 desta lei complementar, desde que haja justificativa expressa da necessidade pela organização social.

**§ 3º** - Os bens de que trata este artigo serão destinados às organizações sociais, consoante cláusula expressa do contrato de gestão.

**§ 4º** - Os bens públicos de que trata este artigo não poderão recair em estabelecimentos de saúde do Estado, em funcionamento.

**Artigo 15** - Os bens móveis públicos permitidos para uso poderão ser substituídos por outros de igual ou maior valor, condicionado a que os novos bens integrem o patrimônio do Estado.

**Parágrafo único** - A permuta de que trata o "caput" deste artigo dependerá de prévia avaliação do bem e expressa autorização do Poder Público.

**Artigo 16** - Fica facultado ao Poder Executivo o afastamento de servidor para as organizações sociais, com ônus para a origem.

**§ 1º** - Não será incorporada aos vencimentos ou à remuneração de origem do servidor afastado qualquer vantagem pecuniária que vier a ser paga pela organização social.

**§ 2º** - Não será permitido o pagamento de vantagem pecuniária permanente por organização social a servidor afastado com recursos provenientes do contrato de gestão, ressalvada a hipótese de adicional relativo ao exercício de função temporária de direção e assessoria.

**Artigo 17** - São extensíveis, no âmbito do Estado, os efeitos dos artigos 13 e 14, § 3º., para as entidades qualificadas como organizações sociais pela União, pelos Estados, Distrito Federal e Municípios, quando houver reciprocidade e desde que a legislação local não contrarie as normas gerais emanadas da União sobre a matéria, os preceitos desta lei complementar, bem como os da legislação específica de âmbito estadual.

### **Seção VI**

#### **Da Desqualificação**

**Artigo 18** - O Poder Executivo poderá proceder à desqualificação da entidade como organização social quando verificado o descumprimento das disposições contidas no contrato de gestão.

**§ 1º** - A desqualificação será precedida de processo administrativo, assegurado o direito de ampla defesa, respondendo os dirigentes da organização social, individual e solidariamente, pelos danos ou prejuízos decorrentes de sua ação ou omissão.

**§ 2º** - A desqualificação importará reversão dos bens permitidos e do saldo remanescente dos recursos financeiros entregues à utilização da organização social, sem prejuízo das sanções contratuais penais e civis aplicáveis à espécie.

### **CAPÍTULO II**

#### **Das Disposições Finais e Transitórias**

**Artigo 19** - A organização social fará publicar na imprensa e no Diário Oficial do Estado, no prazo máximo de 90 (noventa) dias contados da assinatura do contrato de gestão, regulamento próprio contendo os procedimentos que adotará para a contratação de obras e serviços, bem como para compras com emprego de recursos provenientes do Poder Público.

**Artigo 20** - Os Conselheiros e Diretores das organizações sociais, não poderão exercer outra atividade remunerada com ou sem vínculo empregatício, na mesma entidade.

**Artigo 21** - Nas hipóteses de a entidade pleiteante da habilitação como organização social existir há mais de 5 (cinco) anos, contados da data da publicação desta lei complementar, fica estipulado o prazo de 2 (dois) anos para adaptação das normas do respectivo estatuto ao disposto no artigo 3º., incisos de I a IV.

**Artigo 22** - Fica acrescido parágrafo ao artigo 20 da Lei Complementar Nº 791, de 9 de março de 1995, do seguinte teor:

"§ 7º - À habilitação de entidade como organização social e à decorrente relação de parceria com o Poder Público, para fomento e execução de atividades relativas à área da saúde, nos termos da legislação estadual pertinente, não se aplica o disposto no § 5º. deste artigo."

**Artigo 23** - Os requisitos específicos de qualificação das organizações sociais da área de cultura serão estabelecidos em decreto do Poder Executivo, a ser editado no prazo de 60 (sessenta) dias a contar da publicação desta lei complementar.

**Artigo 24** - Esta lei complementar entrará em vigor na data de sua publicação.

Palácio dos Bandeirantes, 4 de junho de 1998

MÁRIO COVAS

Yoshiaki Nakano

Secretário da Fazenda

José da Silva Guedes

Secretário da Saúde

Antonio Angarita

Respondendo pelo Expediente da Secretaria da Cultura

Fernando Gomez Carmona

Secretário da Administração e Modernização do Serviço Público  
Fernando Leça  
Secretário-Chefe da Casa Civil  
Antonio Angarita  
Secretário do Governo e Gestão Estratégica  
Publicada na Assessoria Técnico-Legislativa, aos 4 de junho de 1998

## LEI COMPLEMENTAR Nº 1095, DE 18 DE SETEMBRO DE 2009

### *Dispõe sobre a qualificação como organizações sociais das fundações e das entidades que especifica, e dá outras providências*

O GOVERNADOR DO ESTADO DE SÃO PAULO:

Faço saber que a Assembleia Legislativa decreta e eu promulgo a seguinte lei complementar:

Artigo 1º - As fundações de apoio aos hospitais de ensino existentes há mais de 10 (dez) anos na datada publicação desta lei complementar, bem como as entidades sem fins lucrativos cujas atividades sejam dirigidas ao atendimento ou promoção dos direitos das pessoas com deficiência, poderão qualificar-se como organizações sociais, atendidos os requisitos dos incisos I e II do artigo 2º da Lei complementar nº 846, de 4 de junho de 1998, e alterações posteriores.

Artigo 2º - Os dispositivos adiante enumerados da Lei complementar nº 846, de 4 de junho de 1998, passam a vigorar com a seguinte redação:

I - o artigo 1º:

“Artigo 1º - O Poder Executivo poderá qualificar como organizações sociais pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas à saúde, à cultura, ao esporte e ao atendimento ou promoção dos direitos das pessoas com deficiência, atendidos os requisitos previstos nesta lei complementar.

Parágrafo único - As pessoas jurídicas de direito privado cujas atividades sejam dirigidas à saúde, à cultura, ao esporte e ao atendimento ou promoção dos direitos das pessoas com deficiência, qualificadas pelo Poder Executivo como organizações sociais, serão submetidas

ao controle externo da Assembleia Legislativa, que o exercerá com o auxílio do Tribunal de Contas do Estado, ficando o controle interno a cargo do Poder Executivo.”

(NR)

II - o “caput” do artigo 6º:

“Artigo 6º - Para os efeitos desta lei complementar, entende-se por contrato de gestão o instrumento firmado entre o Poder Público e a entidade qualificada como organização social, com vistas à formação de uma parceria entre as partes para fomento e execução de atividades relativas à área da saúde, da cultura, do esporte ou do atendimento ou promoção dos direitos das pessoas com deficiência.” (NR)

III - o “caput” do artigo 7º:

“Artigo 7º - O contrato de gestão celebrado pelo Estado, por intermédio da Secretaria da Saúde, Secretaria da Cultura, Secretaria do Esporte, Lazer e Turismo ou Secretaria dos Direitos da Pessoa com Deficiência, conforme sua natureza e objeto, discriminará

as atribuições, responsabilidades e obrigações do Poder Público e da entidade contratada e será publicado na íntegra no Diário Oficial.” (NR)

IV - vetado.

V - o “caput” do artigo 9º:

“Artigo 9º - A execução do contrato de gestão celebrado por organização social será fiscalizada pela Secretaria da Saúde, pela Secretaria da Cultura, pela Secretaria do Esporte, Lazer e Turismo ou pela Secretaria dos Direitos da Pessoa com Deficiência, nas áreas correspondentes.” (NR)

Artigo 3º - Ficam revogados o § 5º do artigo 6º, o §

4º do artigo 14 e o § 2º do artigo 16 da Lei complementar nº 846, de 4 de junho de 1998.

Artigo 4º - Esta lei complementar entra em vigor na data de sua publicação.

Palácio dos Bandeirantes, 18 de setembro de 2009.

JOSÉ SERRA

*Luiz Roberto Barradas Barata*

Secretário da Saúde

*Linamara Rizzo Battistella*

Secretária dos Direitos da Pessoa com Deficiência

*Claury Santos Alves da Silva*

Secretário de Esporte, Lazer e Turismo

*Aloysio Nunes Ferreira Filho*

Secretário-Chefe da Casa Civil

Publicada na Assessoria Técnico-Legislativa, aos 18 de setembro de 2009.

## LEGISLAÇÃO MUNICIPAL - SP

### LEI Nº 14.132, DE 24 DE JANEIRO DE 2006

(Projeto de Lei nº 318/05, do Executivo, aprovado na forma de Substitutivo do Legislativo)

Dispõe sobre a qualificação de entidades sem fins lucrativos como organizações sociais.

JOSÉ SERRA, Prefeito do Município de São Paulo, no uso das atribuições que lhe são conferidas por lei, faz saber que a Câmara Municipal, em sessão de 3 de janeiro de 2006, decretou e eu promulgo a seguinte lei:

Art. 1º O Poder Executivo qualificará como organizações sociais pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas à saúde, atendidos os requisitos previstos nesta lei.

Parágrafo único. As pessoas jurídicas de direito privado cujas atividades sejam dirigidas àquelas relacionadas no "caput" deste artigo, qualificadas pelo Poder Executivo como organizações sociais, serão submetidas ao controle externo da Câmara Municipal, que o exercerá com o auxílio do Tribunal de Contas do Município, ficando o controle interno a cargo do Poder Executivo.

Art. 2º São requisitos específicos para que as entidades privadas referidas no art. 1º desta lei habilitem-se à qualificação como organização social:

I - comprovar o registro de seu ato constitutivo, dispondo sobre:

- a) natureza social de seus objetivos relativos à respectiva área de atuação;
- b) finalidade não-lucrativa, com a obrigatoriedade de investimento de seus excedentes financeiros no desenvolvimento das próprias atividades;
- c) ter, como órgãos de deliberação superior e de direção, um conselho de administração e uma diretoria definidos nos termos do estatuto, asseguradas àquele composição e atribuições normativas e de controle básicas previstas nesta lei;
- d) participação, no órgão colegiado de deliberação superior, de representantes dos empregados da entidade e de membros de notória capacidade profissional e idoneidade moral;
- e) composição e atribuições da diretoria;
- f) obrigatoriedade de publicação anual, no Diário Oficial do Município, dos relatórios financeiros e do relatório de execução do contrato de gestão;
- g) no caso de associação civil, a aceitação de novos associados, na forma do estatuto;

h) proibição de distribuição de bens ou de parcela do patrimônio líquido em qualquer hipótese, inclusive em razão de desligamento, retirada ou falecimento de associado ou membro da entidade;

i) previsão de incorporação integral do patrimônio, dos legados ou das doações que lhe foram destinados, bem como dos excedentes financeiros decorrentes de suas atividades, em caso de extinção ou desqualificação, ao patrimônio de outra organização social qualificada no âmbito do Município de São Paulo, da mesma área de atuação, ou ao patrimônio do Município, na proporção dos recursos e bens por ele alocados nos termos do contrato de gestão;

II - haver aprovação, quanto ao cumprimento integral dos requisitos para sua qualificação, do Secretário ou Titular do órgão supervisor ou regulador da área de atividade correspondente ao seu objeto social, bem como do Secretário Municipal de Gestão.

Parágrafo único. Somente serão qualificadas como organização social as entidades que, efetivamente, comprovarem o desenvolvimento da atividade descrita no "caput" do art. 1º desta lei há mais de 5 (cinco) anos.

#### DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Art. 3º O Conselho de Administração deve estar estruturado nos termos do respectivo estatuto, observados, para fins de atendimento dos requisitos de qualificação, os seguintes critérios básicos:

I - ser composto por:

a) 55% (cinquenta e cinco por cento), no caso de associação civil, de membros eleitos dentre os membros ou os associados;

b) 35% (trinta e cinco por cento) de membros eleitos pelos demais integrantes do Conselho, dentre pessoas de notória capacidade profissional e reconhecida idoneidade moral;

c) 10% (dez por cento) de membros eleitos pelos empregados da entidade;

II - os membros eleitos ou indicados para compor o Conselho terão mandato de 4 (quatro) anos, admitida uma recondução;

III - o primeiro mandato de metade dos membros eleitos ou indicados deve ser de 2 (dois) anos, segundo critérios estabelecidos no estatuto;

IV - o dirigente máximo da entidade deve participar das reuniões do Conselho, sem direito a voto;

V - o Conselho deve reunir-se ordinariamente, no mínimo, 3 (três) vezes a cada ano e, extraordinariamente, a qualquer tempo;

VI - os conselheiros não receberão remuneração pelos serviços que, nesta condição, prestarem à organização social, ressalvada a ajuda de custo por reunião da qual participem;

VII - os conselheiros eleitos ou indicados para integrar a diretoria da entidade devem renunciar ao assumirem as correspondentes funções executivas.

Art. 4º Para os fins de atendimento dos requisitos de qualificação, devem ser incluídas, dentre as atribuições privativas do Conselho de Administração, as seguintes:

I - fixar o âmbito de atuação da entidade, para consecução do seu objeto;

II - aprovar a proposta de contrato de gestão da entidade;

III - aprovar a proposta de orçamento da entidade e o programa de investimentos;

IV - designar e dispensar os membros da diretoria;

V - fixar a remuneração dos membros da diretoria;

VI - aprovar os estatutos, bem como suas alterações, e a extinção da entidade por maioria, no mínimo, de 2/3 (dois terços) de seus membros;

VII - aprovar o regimento interno da entidade, que deve dispor, no mínimo, sobre a estrutura, o gerenciamento, os cargos e as competências;

VIII - aprovar por maioria, no mínimo, de 2/3 (dois terços) de seus membros, o regulamento próprio contendo os procedimentos que deve adotar para a contratação de obras e serviços, bem como para compras e alienações, e o plano de cargos, salários e benefícios dos empregados da entidade;

IX - aprovar e encaminhar, ao órgão supervisor da execução do contrato de gestão, os relatórios gerenciais e de atividades da entidade, elaborados pela diretoria;

X - fiscalizar o cumprimento das diretrizes e metas definidas e aprovar os demonstrativos financeiros e contábeis e as contas anuais da entidade, com o auxílio de auditoria externa.

## DO CONTRATO DE GESTÃO

Art. 5º Para os efeitos desta lei, entende-se por contrato de gestão o instrumento firmado entre o Poder Público e a entidade qualificada como organização social, com vistas à formação de parceria entre as partes para fomento e execução de atividade relativa à relacionada em seu art. 1º.

§ 1º É dispensável a licitação para a celebração dos contratos de que trata o "caput" deste artigo, nos termos do art. 24, inciso XXIV, da Lei Federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993, com a redação dada pela Lei Federal nº 9.648, de 27 de maio de 1998.

§ 2º O Poder Público dará publicidade da decisão de firmar cada contrato de gestão, indicando as atividades que deverão ser executadas, nos termos do art. 1º desta lei.

§ 3º A celebração do contrato de gestão será precedida de processo seletivo, quando houver mais de uma entidade qualificada para prestar o serviço objeto da parceria, nos termos do regulamento.

Art. 6º O contrato de gestão celebrado pelo Município discriminará as atribuições, responsabilidades e obrigações do Poder Público e da entidade contratada e será publicado na íntegra no Diário Oficial do Município.

Parágrafo único. O contrato de gestão deve ser submetido, após aprovação do Conselho de Administração, ao Secretário Municipal de Saúde, bem como à respectiva Comissão de Avaliação prevista no art. 8º.

Art. 7º Na elaboração do contrato de gestão, devem ser observados os princípios inscritos no art. 37 da Constituição Federal e no art. 81 da Lei Orgânica do Município de São Paulo e, também, os seguintes preceitos:

I - especificação do programa de trabalho proposto pela organização social, estipulação das metas a serem atingidas e respectivos prazos de execução, quando for pertinente, bem como previsão expressa dos critérios objetivos de avaliação de desempenho a serem utilizados, mediante indicadores de qualidade e produtividade;

II - estipulação dos limites e critérios para a despesa com a remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidas pelos dirigentes e empregados das organizações sociais, no exercício de suas funções.

Parágrafo único. O Secretário Municipal de Saúde deverá definir as demais cláusulas necessárias dos contratos de gestão de que for signatário.

#### DA EXECUÇÃO E FISCALIZAÇÃO DO CONTRATO DE GESTÃO

Art. 8º O Secretário Municipal de Saúde presidirá uma Comissão de Avaliação, a qual será responsável pelo acompanhamento e fiscalização da execução dos contratos de gestão celebrados por organizações sociais no âmbito de sua competência.

§ 1º A Comissão de Avaliação será composta, além do Presidente, por:

I - dois membros da sociedade civil, escolhidos dentre os membros do Conselho Municipal de Saúde ou dos Conselhos Gestores dos equipamentos incluídos nos Contratos de Gestão, quando existirem, ou pelo Prefeito;

II - um membro indicado pela Câmara Municipal de São Paulo e

III - três membros indicados pelo Poder Executivo, com notória capacidade e adequada qualificação.

§ 2º A entidade qualificada apresentará à Comissão de Avaliação, ao término de cada exercício ou a qualquer momento, conforme recomende o interesse público, relatório pertinente à execução do contrato de gestão, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado da prestação de contas correspondente ao exercício financeiro.

§ 3º Sem prejuízo do disposto no § 2º, os resultados atingidos com a execução do contrato de gestão devem ser analisados, periodicamente, pela Comissão de Avaliação prevista no "caput".

§ 4º A Comissão deverá encaminhar à autoridade supervisora relatório conclusivo sobre a avaliação procedida.

§ 5º O Poder Executivo regulamentará a instalação e o funcionamento da Comissão de Avaliação.

Art. 9º Os responsáveis pela fiscalização da execução do contrato de gestão, ao tomarem conhecimento de qualquer irregularidade ou ilegalidade na utilização de recursos ou bens de origem pública por organização social, dela darão ciência ao Tribunal de Contas do Município e ao Ministério Público, para as providências relativas aos respectivos âmbitos de atuação, sob pena de responsabilidade solidária.

Art. 10. Sem prejuízo da medida a que se refere o art. 9º desta lei, quando assim exigir a gravidade dos fatos ou o interesse público, havendo indícios fundados de malversação de bens ou recursos de origem pública, os responsáveis pela fiscalização representarão ao Ministério Público e comunicarão à Procuradoria Geral do Município para que requeira ao juízo competente a decretação da indisponibilidade dos bens da entidade e o seqüestro dos bens dos seus dirigentes, bem como de agente público ou terceiro, que possam ter enriquecido ilícitamente ou causado dano ao patrimônio público.

Art. 11. Até o término de eventual ação, o Poder Público permanecerá como depositário e gestor dos bens e valores seqüestrados ou indisponíveis e zelará pela continuidade das atividades sociais da entidade.

Art. 12. O balanço e demais prestações de contas da organização social devem, necessariamente, ser publicados no Diário Oficial do Município e analisados pelo Tribunal de Contas do Município de São Paulo.

## DO FOMENTO ÀS ATIVIDADES SOCIAIS

Art. 13. As entidades qualificadas como organizações sociais ficam declaradas como entidades de interesse social e utilidade pública, para todos os efeitos legais.

Art. 14. Às organizações sociais poderão ser destinados recursos orçamentários e bens públicos necessários ao cumprimento do contrato de gestão.

§ 1º São assegurados às organizações sociais os créditos previstos no orçamento e as respectivas liberações financeiras, de acordo com o cronograma de desembolso previsto no contrato de gestão.

§ 2º Poderá ser adicionada aos créditos orçamentários destinados ao custeio do contrato de gestão parcela de recursos para compensar afastamento de servidor cedido, desde que haja justificativa expressa da necessidade pela organização social.

§ 3º Os bens de que trata este artigo serão destinados às organizações sociais, dispensada licitação, mediante permissão de uso, consoante cláusula expressa do contrato de gestão.

Art. 15. Os bens móveis públicos permitidos para uso poderão ser permutados por outros de igual ou maior valor, desde que os novos bens integrem o patrimônio do Município.

Parágrafo único. A permuta a que se refere este artigo dependerá de prévia avaliação do bem e expressa autorização do Poder Público.

Art. 16. Fica facultado ao Poder Executivo o afastamento de servidor para as organizações sociais, com ônus para a origem.

§ 1º Não será incorporada aos vencimentos ou à remuneração de origem do servidor afastado qualquer vantagem pecuniária que vier a ser paga pela organização social.

§ 2º Não será permitido o pagamento de vantagem pecuniária permanente por organização social a servidor afastado com recursos provenientes do contrato de gestão, ressalvada a hipótese de adicional relativo ao exercício de função temporária de direção e assessoria.

§ 3º O servidor afastado perceberá as vantagens do cargo a que fizer jus no órgão de origem.

Art. 17. São extensíveis, no âmbito do Município de São Paulo, os efeitos do art. 13 e do § 3º do art. 14, ambos desta lei, para as entidades qualificadas como organizações sociais pela União, pelos Estados, Distrito Federal e Municípios, quando houver reciprocidade e desde que a legislação local não contrarie as normas gerais emanadas da União sobre a matéria, os preceitos desta lei, bem como os da legislação específica de âmbito municipal.

Art. 18. O Poder Executivo poderá proceder à desqualificação da entidade como organização social quando verificado o descumprimento das disposições contidas no contrato de gestão.

§ 1º A desqualificação será precedida de processo administrativo, conduzido por Comissão Especial a ser designada pelo Chefe do Executivo, assegurado o direito de ampla defesa, respondendo os dirigentes da organização social, individual e solidariamente, pelos danos ou prejuízos decorrentes de sua ação ou omissão.

§ 2º A desqualificação importará reversão dos bens permitidos e do saldo remanescente dos recursos financeiros entregues à utilização da organização social, sem prejuízo das sanções contratuais, penais e civis aplicáveis à espécie.

Art. 19. A organização social fará publicar na imprensa e no Diário Oficial do Município, no prazo máximo de 90 (noventa) dias, contados da assinatura do contrato de gestão, regulamento próprio contendo os procedimentos que adotará para a contratação de obras e serviços, bem como para compras com emprego de recursos provenientes do Poder Público.

Art. 20. Os Conselheiros e Diretores das organizações sociais não poderão exercer outra atividade remunerada, com ou sem vínculo empregatício, na mesma entidade.

Art. 21. Na hipótese de a entidade pleiteante da habilitação como organização social existir há mais de 5 (cinco) anos, contados da data da publicação desta lei, fica estipulado o prazo de 4 (quatro) anos para adaptação das normas do respectivo estatuto ao disposto no art. 3º, incisos I a IV, desta lei.

Art. 22. Sem prejuízo do disposto nesta lei, poderão ser estabelecidos em decreto outros requisitos de qualificação de organizações sociais.

## DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 23. (VETADO)

Parágrafo único. (VETADO)

Art. 24. (VETADO)

§ 1º (VETADO)

I - (VETADO)

II - (VETADO)

III - (VETADO)

IV - (VETADO)

§ 2º (VETADO)

Art. 25. Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, aos 24 de janeiro de 2006, 452º da fundação de São Paulo.

JOSÉ SERRA, PREFEITO

Publicada na Secretaria do Governo Municipal, em 24 de janeiro de 2006.

ALOYSIO NUNES FERREIRA FILHO, Secretário do Governo Municipal

### **DECRETO Nº 49.462, DE 30 DE ABRIL DE 2008**

Regulamenta os artigos 16 e 16-A da Lei nº 14.132, de 24 de janeiro de 2006, e o inciso I do § 1º do artigo 2º da Lei nº 14.669, de 14 de janeiro de 2008.

GILBERTO KASSAB, Prefeito do Município de São Paulo, no uso das atribuições que lhe são conferidas por lei,

CONSIDERANDO a implantação do novo modelo de gestão dos serviços públicos de saúde previsto na Lei nº 14.132, de 24 de janeiro de 2006, que dispõe sobre a qualificação de entidades sem fins lucrativos como organizações sociais, com as alterações introduzidas pelas Leis nº 14.664, de 4 de janeiro de 2008, e nº 14.669, de 14 de janeiro de 2008;

CONSIDERANDO ser imprescindível orientar o aproveitamento de servidores e empregados públicos que prestam serviços nas unidades de saúde integrantes da Secretaria Municipal da Saúde e da Autarquia Hospitalar Municipal, cujas atividades forem absorvidas em contratos de gestão firmados com organizações sociais na forma prevista nas leis acima referidas;

CONSIDERANDO, por fim, a necessidade de disciplinar o afastamento desses servidores perante as organizações sociais,

**D E C R E T A:**

Art. 1º. O aproveitamento dos servidores e empregados públicos, inclusive os cedidos ao Município de São Paulo em razão de convênio celebrado no âmbito do Sistema Único de Saúde, que prestam serviços nas unidades ou serviços de saúde integrantes, respectivamente, da Secretaria Municipal da Saúde e da Autarquia Hospitalar Municipal, cujas atividades forem absorvidas em contratos de gestão firmados com organizações sociais na forma definida na Lei nº 14.132, de 24 de janeiro de 2006, e legislação subsequente, e na Lei nº 14.669, de 14 de janeiro de 2008, será feito na forma e condições estabelecidas neste decreto.

Parágrafo único. Para os efeitos deste decreto, considera-se:

I -servidor municipal:

- a) o titular de cargo efetivo e o ocupante de função admitido nos termos da Lei nº 9.160, de 3 de dezembro de 1980, da Secretaria Municipal da Saúde;
- b) o titular de cargo efetivo e o ocupante de função admitido nos termos da Lei nº 9.160, de 1980, afastado perante a Autarquia Hospitalar Municipal nos termos da Lei nº 13.271, de 4 de janeiro de 2002;
- c) o ocupante de emprego público da Autarquia Hospitalar Municipal.

II -servidor cedido: o servidor público do quadro de pessoal da Secretaria Estadual da Saúde afastado perante o Município de São Paulo em razão de convênio celebrado no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Art. 2º. Os servidores de que trata o artigo 1º deste decreto, em exercício nas unidades e serviços de saúde nele referidos, deverão manifestar-se expressamente pela permanência nessas unidades e serviços ou por sua transferência.

§ 1º. A manifestação deverá ser feita no prazo de 90 (noventa) dias, contado da data da assinatura do contrato de gestão.

§ 2º. O servidor que se manifestar pela permanência na unidade ou serviço de saúde gerenciado, mediante contrato de gestão, por organização social, poderá rever a opção feita após 12 (doze) meses, contados da data de sua realização.

§ 3º. A manifestação pela transferência da unidade ou serviço de saúde é irretratável.

§ 4º. A manifestação será feita em formulário padrão aprovado pela Secretaria Municipal da Saúde.

§ 5º. Durante o prazo estabelecido no § 1º deste artigo e até a formalização do respectivo afastamento ou transferência, o servidor permanecerá exercendo as atribuições e responsabilidades do respectivo cargo, função ou emprego na unidade ou serviço de saúde a que se encontra vinculado.

Art. 3º. Os servidores que requererem transferência serão aproveitados em outras unidades da Secretaria Municipal da Saúde ou da Autarquia Hospitalar Municipal, observada a respectiva vinculação, as necessidades e a exigência dos serviços.

§ 1º. Fica delegada ao Secretário Municipal da Saúde competência para definir os critérios de fixação do local de exercício dos servidores referidos no "caput" deste artigo, bem como os respectivos prazos, que serão estabelecidos de forma a assegurar a continuidade dos serviços das unidades às quais se encontram vinculados, cujo gerenciamento venha a ser conferido a organização social, observado o disposto no § 5º do artigo 2º deste decreto.

§ 2º. Os servidores da Administração Direta que não forem aproveitados nas unidades da Secretaria Municipal da Saúde poderão ser aproveitados na Autarquia Municipal Hospitalar, na forma da Lei nº 13.271, de 2002, e legislação subsequente, ou em outras unidades municipais.

Art. 4º. Os servidores municipais que se manifestarem pela continuidade de exercício nas unidades referidas no artigo 1º deste decreto serão afastados, nos termos do artigo 16 da Lei nº 14.132, de 2006, perante a organização social que firmar contrato de gestão com o Poder Público, com ônus para a origem.

§ 1º. A competência para autorizar o afastamento de que trata este artigo, relativamente aos servidores da Administração Direta, fica delegada ao Secretário Municipal da Saúde que, a seu critério, poderá subdelegá-la internamente.

§ 2º. O afastamento dos servidores da Autarquia Hospitalar Municipal será autorizado pela respectiva autoridade competente.

§ 3º. O afastamento de que trata este artigo dar-se-á sem prejuízo dos direitos e demais vantagens do respectivo cargo, função ou emprego, computando-se o tempo em que o servidor estiver afastado, integralmente, para todos os efeitos legais.

§ 4º. O servidor afastado perceberá as vantagens a que fizer jus no órgão de origem, compreendendo a referência de vencimentos ou do salário, acrescido das vantagens pecuniárias que a ele se integram nos termos da lei ou de outros atos concessivos, as vantagens incorporadas e as tornadas permanentes, os adicionais de caráter individual, bem assim as vantagens pessoais ou as fixadas para o cargo ou emprego de forma permanente, nos termos da legislação específica.

§ 5º. Além das vantagens referidas no § 4º deste artigo, fica assegurada a percepção do abono de permanência, do auxílio-refeição, do auxílio-transporte, do vale-alimentação e de quaisquer outros benefícios concedidos e custeados pela Administração Pública Municipal, inclusive os pagos em decorrência de local de trabalho.

§ 6º. A despesa com os servidores afastados continuará a ser programada e executada pela Secretaria Municipal da Saúde ou pela Autarquia Hospitalar Municipal, conforme a vinculação do servidor, permanecendo sob suas respectivas responsabilidades o pagamento dos vencimentos ou salários, a ser efetuado com base nos registros de frequência mensalmente encaminhados na forma do artigo 8º deste decreto.

§ 7º. O afastamento do servidor ocupante de cargo de provimento em comissão, na forma deste artigo, acarretará sua exoneração desse cargo.

Art. 5º. Permanecerão na situação em que se encontram, no que respeita aos locais de trabalho, os servidores cedidos ao Município de São Paulo em razão de convênio celebrado no âmbito do Sistema Único de Saúde que se manifestarem pela continuidade de exercício nas unidades referidas no artigo 1º deste decreto, mantida a realização da despesa com o pagamento de seus vencimentos na forma e condições previstas no respectivo convênio, assim como o reconhecimento de seus direitos e vantagens.

§ 1º. Para fins de concessão e reconhecimento de direitos e vantagens dos servidores de que trata este artigo, deverá a organização social encaminhar à Secretaria Municipal da Saúde os documentos ou requerimentos, devidamente instruídos.

§ 2º. Fica assegurada aos servidores referidos neste artigo a percepção dos benefícios concedidos e custeados pela Administração Pública Municipal, inclusive os pagos em decorrência de local de trabalho.

Art. 6º. A concessão e o reconhecimento de direitos e vantagens aos servidores municipais durante o período de afastamento incumbirá à autoridade competente da:

I -Prefeitura do Município de São Paulo, em relação aos servidores da Secretaria Municipal da Saúde;

II -Autarquia Hospitalar Municipal, em relação a seus servidores.

Parágrafo único. Para fins de concessão e reconhecimento de direitos e vantagens, nos termos previstos no "caput" deste artigo, a organização social deverá encaminhar à unidade de recursos humanos da Secretaria Municipal da Saúde e da Autarquia, conforme a vinculação do servidor, em tempo hábil, os documentos ou requerimentos, devidamente instruídos, para as competentes concessões, anotações ou providências, na forma das normas legais e regulamentares pertinentes.

Art. 7º. Ficam vedados o pagamento e a concessão de vantagem pecuniária permanente ou complementação salarial, pela organização social, aos servidores afastados na forma do artigo 4º deste decreto, bem como aos referidos no artigo 5º, com recursos provenientes do contrato de gestão, ressalvada a hipótese de retribuição pecuniária relativa ao exercício de função temporária de direção e assessoramento.

Parágrafo único. A retribuição pecuniária relativa ao exercício de função temporária de direção e assessoramento não se incorporará aos vencimentos ou salário do servidor, nem será computada para cálculo de quaisquer benefícios decorrentes do cargo, emprego ou função de origem.

Art. 8º. Os servidores municipais e os servidores cedidos ao Município de São Paulo em razão de convênio celebrado no âmbito do Sistema Único de Saúde ficarão submetidos à gerência da organização social, especialmente quanto aos deveres e obrigações, respeitada a legislação de pessoal específica e as normas estabelecidas neste decreto.

§ 1º. Compete à organização social o controle da frequência e da pontualidade, bem como a programação de férias anuais.

§ 2º. Para efeito de controle de frequência, deverá ser observada a jornada de trabalho e respectiva carga horária a que o servidor estiver submetido, por força da legislação específica.

§ 3º. Compete à organização social proceder à avaliação de desempenho do servidor de que trata este artigo, de acordo com os indicadores de desempenho relativos aos serviços de saúde pública no Município de São Paulo e as metas definidas e pactuadas no respectivo contrato de gestão.

Art. 9º. Caberá ao dirigente da organização social, no caso de aplicação de medidas disciplinares, elaborar relatório circunstanciado dos fatos e remetê-lo ao órgão de origem, sugerindo a eventual penalidade a ser aplicada.

Parágrafo único. Na hipótese do "caput", incumbirá ao órgão de origem promover o procedimento de natureza disciplinar cabível, aplicando, se for o caso, a respectiva penalidade.

Art. 10. À Unidade de Recursos Humanos da Secretaria Municipal da Saúde ou da Autarquia Hospitalar Municipal, relativamente aos servidores a elas vinculados, no que se refere às normas contidas neste decreto e à respectiva situação funcional, caberá:

I -o gerenciamento do controle e do arquivamento em prontuário dos documentos resultantes dos atos aos quais se refere este decreto, respectiva formalização e demais providências;

II -a responsabilidade pelo cadastramento, nos sistemas informatizados de recursos humanos, dos respectivos eventos funcionais, inclusive para efeito de pagamento;

III -a expedição dos atos necessários e as devidas anotações, pertinentes à situação funcional nos termos das normas legais e regulamentares vigentes, a elaboração, o gerenciamento do controle e do arquivamento, em prontuário, dos documentos daí resultantes.

Art. 11. Poderá ser cessado o afastamento do servidor perante a organização social nas seguintes hipóteses:

I -quando solicitado pelo Secretário Municipal da Saúde ou pelo Superintendente da Autarquia Hospitalar Municipal, de acordo com a vinculação do servidor, mediante ofício dirigido ao dirigente da organização social;

II -quando solicitado pelo dirigente da organização social, mediante justificativa em ofício dirigido ao Secretário Municipal da Saúde ou ao Superintendente da Autarquia Hospitalar Municipal, de acordo com a vinculação do servidor;

III -quando solicitado pelo servidor, após decorrido o prazo previsto no § 2º do artigo 2º deste decreto, mediante requerimento.

Art. 12. O disposto nos artigos 6º a 10 deste decreto aplica-se, no que couber, durante o período a que alude o § 5º do artigo 2º deste decreto.

Art. 13. A opção de que trata o artigo 2º, relativamente aos contratos de gestão firmados anteriormente à edição deste decreto, será feita no prazo de 90 (noventa) dias, contado da data de sua publicação.

Parágrafo único. Ficam convalidados os atos de gestão de pessoal praticados até a data da

publicação deste decreto no âmbito dos contratos de gestão de que trata o "caput" deste artigo, aplicando-se as disposições ora estabelecidas na regularização da situação funcional dos servidores em exercício nas unidades cujas atividades tenham sido por aqueles contratos absorvidas.

Art. 14. Este decreto entrará em vigor na data de sua publicação.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, aos 30 de abril de 2008, 455º da fundação de São Paulo.

GILBERTO KASSAB, PREFEITO

MARCIA REGINA UNGARETTE, Secretária Municipal de Gestão

JANUARIO MONTONE, Secretário Municipal da Saúde

Publicado na Secretaria do Governo Municipal, em 30 de abril de 2008.

CLOVIS DE BARROS CARVALHO, Secretário do Governo Municipal

#### **LEI Nº 14.664, DE 4 DE JANEIRO DE 2008**

(Projeto de Lei nº 142/07, do Executivo, aprovado na forma de Substitutivo do Legislativo)

Altera dispositivos e acresce os arts. 7º-A, 7º-B e 7º-C à Lei nº 14.132, de 24 de janeiro de 2006, que dispõe sobre a qualificação de entidades sem fins lucrativos como organizações sociais; e cria os cargos de provimento em comissão que especifica.

GILBERTO KASSAB, Prefeito do Município de São Paulo, no uso das atribuições que lhe são conferidas por lei, faz saber que a Câmara Municipal, em sessão de 20 de dezembro de 2007, decretou e eu promulgo a seguinte lei:

Art. 1º. Os arts. 1º, 6º, 8º e 14, todos da Lei nº 14.132, de 24 de janeiro de 2006, que dispõe sobre a qualificação de entidades sem fins lucrativos como organizações sociais, passam a vigorar com as seguintes alterações:

Art. 1º. O Poder Executivo poderá qualificar como organizações sociais pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas às áreas de saúde e de esportes, lazer e recreação, atendidos os requisitos previstos nesta lei.

.....

Art. 6º. ....

§ 1º. O contrato de gestão deverá ser submetido, após aprovação do Conselho de Administração da entidade qualificada como organização social, ao Secretário

Municipal da respectiva área de atuação, ouvidos previamente a Comissão de Avaliação de que trata o art. 7º-A desta lei e o Secretário Municipal de Gestão.

§ 2º. O contrato de gestão será também disponibilizado, na íntegra, na Internet, através da página eletrônica da Prefeitura do Município de São Paulo, devendo ainda constar da divulgação, obrigatoriamente, o nome e qualificação dos integrantes da Diretoria, do Conselho de Administração e do Conselho Fiscal da organização social.

Art. 8º. Sem prejuízo do disposto no art. 7º-A desta lei, o Secretário Municipal ou a autoridade supervisora da área de atuação da entidade constituirá, ainda, Comissão de Acompanhamento e Fiscalização da execução do contrato de gestão firmado com a organização social no âmbito de sua competência.

§ 1º. A Comissão de Acompanhamento e Fiscalização deverá ser integrada por pessoas de notória capacidade e atuação na área objeto da parceria, sendo:

I - dois membros da sociedade civil;

II - três membros do Poder Executivo.

§ 2º. A organização social apresentará à Comissão de Acompanhamento e Fiscalização, ao término de cada exercício ou a qualquer momento, conforme recomende o interesse público, relatório pertinente à execução do contrato de gestão, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado da prestação de contas correspondente ao exercício financeiro.

§ 3º. Os resultados atingidos com a execução do contrato de gestão deverão ser ainda analisados, periodicamente, pela Comissão de Acompanhamento e Fiscalização, e disponibilizados na Internet através de página eletrônica da Prefeitura do Município de São Paulo.

§ 4º. A Comissão de Acompanhamento e Fiscalização deverá encaminhar ao Secretário Municipal competente ou à autoridade supervisora da área de atuação da organização social, bem como à Comissão de Avaliação de que trata o art. 7º-A desta lei, relatório conclusivo sobre a análise procedida.

§ 5º. O Poder Executivo regulamentará a instalação e o funcionamento da Comissão de Acompanhamento e Fiscalização.

Art. 14. ....

§ 4º. Incluir-se-ão nos bens de que trata o § 3º deste artigo os bens móveis e imóveis de outras esferas, cedidos ou transferidos ao Município, desde que, no caso de cessão, haja previsão expressa no respectivo instrumento.

Art. 2º. A Lei nº 14.132, de 2006, passa a vigorar acrescida dos arts. 7º-A, 7º-B e 7º-C, com a seguinte redação:

Art. 7º-A. Deverá ser constituída, no âmbito de cada Secretaria competente, Comissão de Avaliação, com a atribuição específica de analisar os termos da minuta de contrato de gestão, previamente à assinatura do ajuste.

§ 1º. A Comissão de Avaliação será presidida pelo Titular da respectiva Pasta e terá a seguinte composição:

I - no caso das atividades relacionadas à área da saúde:

a) dois membros da sociedade civil, escolhidos dentre os membros do Conselho Municipal de Saúde ou dos Conselhos Gestores dos equipamentos incluídos nos contratos de gestão, quando existirem, ou pelo Prefeito;

b) dois membros indicados pela Câmara Municipal de São Paulo; e

c) quatro membros indicados pelo Poder Executivo, com notória capacidade e adequada qualificação;

II - no caso das atividades relacionadas à área de esportes, lazer e recreação:

a) dois membros da sociedade civil, escolhidos dentre os membros do Conselho Municipal de Esportes e Lazer ou pelo Prefeito;

b) dois membros indicados pela Câmara Municipal de São Paulo; e

c) quatro membros indicados pelo Poder Executivo, com notória capacidade e adequada qualificação.

§ 2º O Poder Executivo regulamentará a instalação e o funcionamento da Comissão de Avaliação.

Art. 7º-B. Para fomento e execução de programas e atividades dirigidas às áreas de esportes, lazer e recreação, as organizações sociais que celebrarem contratos de gestão com o Município poderão também utilizar as dependências e equipamentos:

I - dos Clubes da Comunidade, sem prejuízo do disposto na Lei nº 13.718, de 8 de janeiro de 2004;

II - de agremiações desportivas de natureza privada, na condição de colaboradoras.

Parágrafo único. Em ambas as hipóteses previstas nos incisos I e II do "caput" deste artigo, caberá exclusivamente à organização social a responsabilidade pela realização das atividades nele referidas, em cumprimento ao estabelecido no contrato de gestão.

Art. 7º-C. Em razão dos contratos de gestão que vierem a ser firmados, o Secretário Municipal de Esportes, Lazer e Recreação poderá realocar os servidores municipais das unidades envolvidas, aos quais é facultado afastamento para as organizações sociais parceiras, garantida sua integração no modelo de gestão descentralizada de que trata esta lei, nos termos do disposto em seu art. 16.

Art. 3º. Ficam criados, no Quadro dos Profissionais da Administração, com as denominações, referências de vencimentos, formas de provimento e lotação indicadas, os cargos constantes do Anexo Único, Tabela "A", desta lei, que passam a integrar o Anexo I, Tabela "A" - Cargos de Provimento em Comissão - Grupo 5, da Lei nº 11.511, de 19 de abril de 1994.

Art. 4º. As despesas decorrentes da execução do disposto no art. 3º serão cobertas com a extinção dos cargos relacionados no Anexo Único, Tabela "B", desta lei, pertencentes ao Quadro Específico de Cargos de Provisão em Comissão a que se refere o Decreto nº 45.751, de 4 de março de 2005.

Art. 5º. Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, aos 4 de janeiro de 2008, 454º da fundação de São Paulo.

GILBERTO KASSAB, PREFEITO

Publicada na Secretaria do Governo Municipal, em 4 de janeiro de 2008.

CLOVIS DE BARROS CARVALHO

Secretário do Governo Municipal

OBS.: VIDE ANEXO NO D.O.C DIA 05/01/2008 - PÁGINA 1

## ANEXO IV

### Roteiros Abertos para Entrevistas

Aos roteiros para entrevistas atribui-se o papel de orientar a condição das mesmas.

#### Entrevista inicial com lideranças do HMIMJ

- Dados e histórico profissional do entrevistado
- Histórico da Organização IRSL
- Histórico do Hospital
- Quem são e papéis das lideranças?
- Como foi a transição?
- Identificação e solicitação da documentação institucional existente, por exemplo, plano estratégico, mapeamento de processos, etc.
- Identificação e solicitação da documentação existente na área de Recursos Humanos: organograma, política remuneratória (tabelas lei e decreto) e da IRSL, planos de cargos, carreiras e salários, política de avaliação de desempenho, etc.
- Quais os desafios atuais?

#### Funcionários do HMIMJ

- Nome, vínculo, quanto tempo trabalha, se acompanhou a transição, como foi o processo, que mudanças percebeu.
- Convive com funcionários de outro regime? Como reage a isso?
- Como seus subordinados (ou sua equipe) lidam com isso?
- Percebe diferença entre os setores e as especialidades?

#### Liderança SMS

- O que mobiliza a SMS para realizar contratos com OS?
- Por que foi escolhida esta estratégia para o Hospital Menino Jesus (HMJ)?
- Quais as diferenças entre iniciar um novo hospital já nesse modelo e fazer a transição como foi o caso do HMJ?
- Quais os benefícios identificados hoje?
- Quais as dificuldades para o sucesso do modelo?
- O marco regulatório é suficiente e qualificado para este tipo de modelo?
- O que englobou o “custeio” calculado inicialmente para o contrato?
- O que englobou o “custeio” calculado inicialmente para o contrato?
- Quais as conseqüências financeiras para casos de redução no quadro de servidores alocados na unidade?
- Visão de futuro desta parceria com HMJ do modelo.

#### Liderança IRSSL

- O que mobiliza o hospital Sírio-Libanês a constituir uma OS?
- Como foi o histórico na relação do Sírio HMJ?
- Quais os benefícios e dificuldades do modelo?
- O marco regulatório é suficiente e qualificado para este tipo de modelo?
- O que englobou o “custeio” calculado inicialmente para o contrato?
- Quais as conseqüências financeiras para casos de redução no quadro de servidores alocados na unidade?
- Como a parceria no HMJ pode evoluir?
- O Sírio pretende fazer mais investimentos no HMJ via filantropia?
- Visão de futuro desta parceria com a SMS.