

ANA ROSA MARIA SILVA VICENTE

**A MUDANÇA NO PROTAGONISMO NA GESTÃO DE PESSOAS FRENTE AO
MODELO DE GESTÃO NAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE**

Coordenador Acadêmico: Profa. Dra. Ana Maria Malik

Professor Orientador: Prof. Dr. Walter Cintra Ferreira Junior

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso MBA em Gestão de Pessoas de Pós-Graduação *lato sensu*, Nível de Especialização, do Programa FGV *in company* requisito para a obtenção do título de Especialista em Gestão de Pessoas

Secretaria Municipal da Saúde – PMSP

São Paulo – SP

2014

RESUMO

O presente texto tem como objetivo resgatar brevemente as alterações introduzidas na transformação do sistema de saúde implantado na Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Para isso traçamos um breve histórico do processo de parcerias entre o setor público e privado, resgatando a importância das Organizações Sociais de Saúde perante esse novo modelo de gestor que se configura na atualidade. Com o crescimento da demanda e para melhorar a oferta dos serviços de saúde aos cidadãos, o poder público delega então grande parte de suas atribuições às instituições do Terceiro Setor, que dentro de suas especificidades deverá primar por uma gestão transparente e responsável, tanto de matérias, como de pessoas. Estas instituições ao longo do processo gerencial foram percebendo a necessidade de adequar-se aos padrões mundiais de gerenciamento. Deste modo, se torna necessário que o gestor se aperfeiçoe na busca por gerir espaços de trabalho, recursos e pessoas de acordo com os objetivos e missão da instituição à qual ele representa.

PALAVRAS – CHAVE: Gestão de pessoas. Parceria Público – Privada. Terceiro Setor.

Sumário

INTRODUÇÃO	4
1. A GESTÃO DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL – AVANÇOS E PERSPECTIVAS.....	10
1.1- O papel do gestor da saúde no município de São Paulo.....	12
2. A PARCERIA ENTRE AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE E O PODER PÚBLICO NA CIDADE DE SÃO PAULO	16
2.1 – A cultura organizacional e o Terceiro Setor	23
CONCLUSÃO	27
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29

INTRODUÇÃO

É inegável que diversos setores da sociedade passam por mudanças estruturais e irreversíveis, principalmente no que tange às relações humanas e este, por sua importância, vem sendo revisitado constantemente no meio acadêmico. Desse modo, as transformações trazem consigo, dentre tantos outros conceitos, a possibilidade de discutir a articulação da função do Gestor Público com as novas exigências da atualidade, lançando um novo olhar sobre o seu modo de administrar e gerir espaço de trabalho, recursos e pessoas.

As transformações introduzidas na organização dos diferentes setores, tanto público quanto privado têm lançado um desafio a todos os responsáveis pela gestão, no sentido de reverem e reorganizarem novas estratégias na forma de conduzir a todos em busca de um desenvolvimento sustentável e melhores condições de relações de vida e trabalho.

No entanto, vale ressaltar que a bibliografia consultada sinaliza para uma diferença entre o gestor público e o administrador privado, alertando para as especificidades de cada um deles. Autores como Cruz (2006, p.2) são claros quando afirmam haver “núcleos centrais comuns entre os dois administradores, porém as visões do administrador público e privado são diferentes”. Oportunamente, faremos um resgate das funções do gestor nesses dois modelos, bem como as competências que lhes são exigidas nesse novo panorama que se delinea. Para tal, lançaremos mão de referenciais como Albarello & Siedenberg (2006). É fato que o novo gestor público pode também, de acordo com Machado e Queiroz (2006, p.36),

[...] ser um agente catalisador de inovações transformadoras, o que pressupõe uma atuação em rede, que lhe permite desempenhar o papel de elo de ligação entre instituições, não apenas nos planos intra e intergovernamental, mas também, no plano das relações entre o setor público, o terceiro setor, a esfera privada e organismos multilaterais de cooperação.

Nesta perspectiva, o poder público tem se organizado no sentido de criar estratégias de gerenciamento, tendo como bandeira de vanguarda o desenvolvimento sustentável. As alianças observadas durante a leitura da bibliografia para a elaboração deste texto mostraram o quanto é recorrente a proposição de unir esforços para tornar eficaz a administração de recursos e redefinição de tarefas e responsabilidades.

O modelo de gestão implantado na Secretaria Municipal de Saúde consolidado, em 2008, com as Organizações Sociais promove uma mudança no protagonismo do profissional de gestão de pessoas tornando-se um desafio aos profissionais envolvidos no processo.

Tendo em vista esse novo modelo, há uma necessidade de preparar tanto o profissional de Gestão de Pessoas, quanto o das demais áreas, para uma nova postura, passando de executor para supervisor. Estes terão que aprender e apreender sua nova função, que é de acompanhar, fiscalizar, monitorar, avaliar e auditar.

A parceria público-privada estabelecida por meio de contratos de gestão ou por convênios tornaram-se uma realidade necessária e indispensável no cenário atual. Desta forma, compete à área de gestão de pessoas identificar e qualificar o perfil desses servidores para que possam acompanhar a mudança da organização dos processos de trabalho e da nova visão de gestão pública na área da saúde pública.

O grande desafio que se coloca é transformar a cultura arraigada no servidor público da área de gestão de pessoas de burocrática para uma cultura generalista, crítica, analítica, reflexiva, flexível, proativa e receptiva às mudanças internas e externas da administração, criando um ambiente que estimule a participação efetiva de todos.

As mudanças também foram perceptíveis no que tange à área de Recursos Humanos. Essas trouxeram benefícios, na medida em que houve uma significativa redução do clientelismo baseado no empreguismo e passou a ter uma maior visibilidade das decisões estratégicas governamentais. Podemos ressaltar três aspectos de mudança: gestão por resultados; aperfeiçoamento na descentralização e a coordenação federativa; desenvolvimento de forte estrutura de transparência e controle público.

Em 1995 o Ministro da Administração Federal e Reforma do Estado, Luiz Carlos Bresser Pereira visando agilizar a gestão dos serviços públicos, lança o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE). Esse plano foi essencial para reconstruir a máquina pública federal que se encontrava desarrumada e fragilizada desde o regime militar e aumentou a capacidade de gestão da União.

Essa reforma também reorganizou a burocracia pública federal na sua estrutura, assim como as suas carreiras típicas do Estado, mas o governo de Fernando Henrique Cardoso apoiou apenas questões que viessem ao encontro da agenda de estabilização econômica para o país.

Bresser Pereira neste momento cria novas figuras no Terceiro Setor: Organizações Sociais que se caracterizam como entidade de Interesse Social e de Utilidade Pública, Associação Civil sem fins lucrativos, por meio das Leis 9637/98 e 9790/99.

Essa legislação permite à administração pública estabelecer parcerias com as Organizações Sociais (OS) para gerenciar os serviços públicos, inclusive os de saúde. Nesse momento histórico a sociedade civil brasileira começa a promover as necessárias articulações visando organizar o Terceiro Setor. A atuação das novas Organizações Sociais caracteriza-se por uma ação não governamental e não lucrativa, na qual se inclui a grande diversidade de iniciativas privadas com sentido público, que representam um fenômeno recente, massivo e global. Assim, o Terceiro Setor vem ganhando relevância socioeconômica uma vez que

(...) entendendo-se não apenas como auxiliares voluntárias do Estado e beneficiárias de iniciativas empresariais louváveis, mas também lhes incorporam papéis como os de lugar de participação e representação social, de parcerias na prestação de serviços de interesse social e de grupos de pressão. (SAMPAIO, 2004 *apud* RUWER e CANOAS, 2009, p. 3)

O Terceiro Setor não se limitou apenas à área da saúde, mas estendeu sua abrangência à área da Educação, da Cultura, Cidadania, Meio-Ambiente, lazer; e nos setores em que o poder público ainda não se fez presente.

Vale ressaltar que o fortalecimento dos laços entre poder público e instituições sem fins lucrativos, remonta da década de 1990 quando os financiamentos feitos por instituições

internacionais diminuem seus aportes de capital devido “às novas exigências da globalização”

¹. Ainda corroborando as afirmações de Ruwer e Canoas, Tumelero (1999, p.36) afirma:

A institucionalização e legitimação social do chamado “Terceiro Setor” surge na medida em que as crescentes demandas pela democratização do Estado, bem como para o atendimento às necessidades sociais a população não encontrou respostas no Estado. Este vazio de resposta decorre da reestruturação do capital e da reorganização do mundo produtivo à medida que impõem ao Estado novos atributos e funções na sua relação com o mundo econômico, político e social. (TUMELERO, 1999, p. 36)

É importante salientar que essa parceria no setor da saúde não se limitou apenas às entidades sem fins lucrativos, mas teve que ampliar inclusive para entidades com claros fins lucrativos para atender a demanda.

Foi neste contexto histórico que a Prefeitura de São Paulo aprovou as Leis nºs 14.132/2006; 14.482/2007 e 14.664/2008, com o objetivo de se instituir novas práticas na relação público/privado. A Secretaria Municipal de Saúde cria, então, um novo modelo de gestão pública por meio de Contrato de Gestão, assegurando transparência na formulação e eficácia na implantação de políticas.

A legislação mencionada regulamenta e qualifica entidades sem fins lucrativos como Organizações Sociais e define, também, os requisitos necessários para a habilitação das entidades; os termos do contrato de gestão, atribuições, responsabilidades e obrigações de ambas as partes; especificação do programa de trabalho proposto pela organização social, metas a serem atingidas e respectivos prazos de execução do contrato e os recursos orçamentários para a execução da parceria.

Há uma crescente demanda voltada para o setor público no que diz respeito à implantação de mudanças substantivas tendo em vista a melhoria na qualidade e eficácia dos serviços, sem perder de vista os aspectos de cidadania.

¹Texto adaptado a partir de “GESTÃO DE PESSOAS EM ORGANIZAÇÕES DO TERCEIRO SETOR: especificidades dos Recursos Humanos, perspectivas e desafios – notas introdutórias”, produzido no desenvolvimento da Tese de Doutorado no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho – UNESP/Campus de Franca/SP; e publicado na Revista Serviço Social e Realidade, v. 18, n. 2, UNESP, Franca: São Paulo, 2009.

Esse novo conceito visa aprimorar serviços que priorizem alguns princípios defendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) como universalidade de acesso, equidade e integralidade, autonomia e flexibilidade.

A este novo gestor segundo Dougherty (1996 *apud* CLEGG, 1998), opõe-se aquele modelo firmado na centralidade e na burocracia tecnocrata, caminhando paulatinamente rumo a uma gestão descentralizada, que valorize a participação de diversos atores sociais.

Dentre as novas competências deste gestor na atividade pública deve estar contemplada a ampliação da capacidade das pessoas, o que segundo SEN (1999) é desenvolvida através de atividades valorizadas para a existência humana, sob os princípios de inclusão econômica e social, que permitam a responsabilidade cidadã.

Na perspectiva de reorganizar o panorama da gestão pública urge buscar novos caminhos no processo de reconstrução do espaço público, tão discutido na atualidade, inclusive no tratamento profissional dos servidores públicos.

O objetivo do presente trabalho é conhecer a forma como está organizada a atuação do Gestor Público de Saúde, resgatando, sobretudo características deste profissional que está inserido em uma Organização Social de Saúde, bem como as exigências que lhes são necessárias para repensar e gerir recursos materiais e pessoas, visando à melhoria da qualidade dos serviços. Em termos específicos, intenciona analisar a atuação dos profissionais da área de gestão de pessoas que lidam com diversidade de vínculos empregatícios; a forma como se dispõe a assimilar novos conhecimentos frente ao crescente fluxo de informações e contínuas inovações; a competência para lidar com a imprevisibilidade, bem como a responsabilidade (*Accountability*) dos gestores regionais na gestão de pessoas.

A metodologia utilizada na elaboração desse trabalho foi a leitura de referências bibliográficas recentes, a legislação que permeia a Gestão de Pessoas e as Organizações Sociais, numa perspectiva de identificar os diversos vínculos empregatícios existentes na dinâmica organizacional da saúde. Foram utilizadas também referências produzidas no Fórum de Regulação de Recursos Humanos ocorrido nos anos de 2011 e 2012, a fim de conhecer as

necessidades e dificuldades emergidas nos expedientes tramitados na Coordenação de Gestão de Pessoas e do Documento Norteador da Coordenação de Gestão de Pessoas da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, chegando à conclusão da necessidade da qualificação e capacitação como algo indispensável para promover a mudança organizacional em busca de uma efetiva excelência nos processos de trabalho.

1. A GESTÃO DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL – AVANÇOS E PERSPECTIVAS.

Desde os anos 1970, a saúde entra na pauta de discussões tendo em vista a criação de um sistema que descentralizasse as ações e os serviços de saúde no Brasil. Nesse contexto, em 1975 o Governo Federal cria: o Sistema Nacional de Saúde (SNS). A partir de então a competência para a execução das ações e dos serviços de saúde passa a ser dividida entre os Ministérios da Saúde, da Previdência e da Assistência Social, da Educação e do Trabalho.

Em 1979, o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes) apresenta a primeira proposta de reorientação do sistema de saúde. Em 1980, o Governo Federal garantia assistência à saúde apenas aos contribuintes da Previdência Social. A população começa a se organizar e requerer não só a democratização política do país, mas também da saúde. A partir de 1982, o governo passa a celebrar convênios com estados e municípios e repassar recursos.

Em 1986 é discutida na 8ª Conferência Nacional de Saúde a situação da saúde no país e aprova-se um relatório com recomendações de descentralização, participação popular e eficiência da gestão local. É nesse contexto que surge a Lei Orgânica da Saúde: Lei 8080/90 e Lei 8142/90 dando origem ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Entre todos os setores da administração pública, nenhum se assemelha ao da saúde, dado o seu caráter emergencial e substancial exigido pela sua especificidade salutar de garantir a qualidade de vida das pessoas. Diante desse fato concreto, há duas posturas a serem assumidas pelo poder público: promovê-la ou negá-la.

Saúde é um produto social e só ocorrerá se houver ações concretas do governo, sob a liderança de um prefeito que atue como um autor principal e que conduza a produção de saúde no município. (NUNES, 2001, p.12)

A urgência em se propor a melhoria do sistema de gerenciamento da saúde dos cidadãos do país, é tarefa não só dos que, de forma direta ou indireta, tomam decisões burocráticas como os prefeitos ou atuam de forma curativa, como os médicos, mas também de todos os que foram eleitos para representar a sociedade.

Já nos primórdios do século XXI, tendo em vista a concretização de uma política nacional voltada para a saúde, o então Ministro José Serra², principal autoridade representante do governo da Social Democracia (PSDB) recém-emergida dos enlances políticos do período, preconizava um dos grandes entraves na implantação desse novo modelo de administração da saúde.

Na ocasião, o referido Ministro da Saúde, não só apontava os desafios da administração, como também a necessidade de uma reforma no interior do sistema de gestão e a necessidade de serem adotadas novas posturas frente às exigências de um novo modelo para o aumento da qualidade dos serviços.

A reforma institucional e administrativa do SUS nunca será efetiva, no entanto, sem a reforma também da mentalidade dos profissionais responsáveis pela gestão do sistema e pela prestação dos serviços. Às novas instituições é preciso que sejam inflados novos valores, novas posturas e um empenho redobrado de responsabilidade profissional e solidariedade humana. (SERRA, 2001, p. 09)

De acordo com Nunes (2001, p.18), alguns elementos são primordiais na implantação do SUS e requerem a consideração do cidadão como um dos grandes pilares desse projeto. Para ele, “o cidadão desempenha três papéis: ele é o usuário (consumidor), ele é o financiador e, portanto, tem de ter participação como decisor”. Desse modo, alguns princípios nortearão a operacionalização do SUS: o respeito aos direitos dos cidadãos; a oferta de mecanismos que forneçam informações sobre o funcionamento dos serviços; aprimoramento dos mecanismos de reclamações, de forma que os tornem mais claros, mais acreditáveis, e mais efetivos; adaptação dos serviços às necessidades dos cidadãos; remuneração adequada e estímulo ao aprimoramento profissional para os trabalhadores da saúde; motivação dos trabalhadores da saúde; aproximação do processo decisório da ação e valorização do dinheiro.

Está explícita nas colocações acima a importância dada à qualidade na prestação dos serviços vinculados ao SUS. No entanto, vemos também um viés muito importante para a organização desse sistema: a autonomia. Esta é vista como condição *sine qua non*, para que os estados e municípios possam gerir a saúde e avançarem no processo de articulação com outros setores da sociedade.

² Ministro da Saúde do Governo de Fernando Henrique Cardoso.

Em 1988, a nova constituição universalizou o direito ao acesso gratuito aos serviços de saúde. Para garanti-lo, o Estado foi incumbido não apenas da regulamentação, fiscalização, planejamento das ações e serviços de saúde, mas também da prestação dos serviços que se revelassem necessários, por órgãos federais, estaduais e municipais, de administração direta ou indireta; por fundações mantidas pelo Poder Público; por entidades filantrópicas; e pela contratação, em caráter complementar, de clínicas, laboratórios e hospitais privados.” (SERRA, 2001, p.07)

No cerne dessas transformações, a Constituição de 1988 dá à Saúde um lugar de destaque, como um setor importante, e como tal, é através dela que se concretizarão os direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança e a justiça social. Conforme ressalta Vecina Neto e Malik (2012, p.12)

Apesar de tudo, o SUS continua a prestar um inestimável serviço à população brasileira. Tem áreas muito desenvolvidas, como os transplantes, o fornecimento de medicamentos de alto custo, o tratamento de nefropatias, a atenção a portadores de hemofilia, etc. Mas ainda há muito a fazer e a repensar.

A partir de então ganha espaço a discussão sobre a redefinição do papel do gestor como alguém que deve gerir o espaço de promoção da saúde, bem como a relação com as pessoas a ela vinculadas, numa perspectiva de promover a sustentabilidade desse sistema.

1.1- O papel do gestor da saúde no município de São Paulo

A forma como está organizada a administração das grandes entidades responsáveis pela saúde na cidade de São Paulo possibilita uma visão, embora de modo parcial, do sistema de parcerias entre o poder público e as entidades do Terceiro Setor. Observa-se uma grande predominância das parcerias em detrimento do que consideramos ser responsabilidade do Estado. Isso é perfeitamente constatado ao analisarmos os dados que tratam da quantidade de colaboradores vinculados aos diferentes setores que dividem as responsabilidades pela saúde na cidade de São Paulo.

A integração entre o setor público e privado configura-se, na atualidade, como uma alternativa possível na gestão de diversos campos da administração pública, seja ela federal,

estadual ou municipal. Essa medida intenciona resgatar a real função do serviço público que é de gerar bem estar social aos cidadãos.

Sabemos que nem sempre essa máxima foi observada pelos responsáveis pela administração dos recursos e equipamentos públicos. Ainda carecemos de sanar questões relacionadas à ética no serviço público e, sobretudo, diminuir a burocracia que satura todo e qualquer sistema público de gestão.

Diante disso, vale ressaltar a necessidade de discorrer um pouco sobre como o Sistema de Saúde está estruturado considerando a criação SUS e qual é a sua função nesse panorama diante de crescente terceirização dos serviços e das parcerias na Gestão da Saúde.

No centro do desmonte de um estado centralizador e burocrático que vigorou até meados dos anos de 1980, em que os modelos econômicos e sociais entraram em colapso, Ferreira Junior (2004, p. 09), afirma que emerge uma preocupação do Estado em promover uma reforma na administração pública numa perspectiva de “torná-lo mais eficiente e responsável (*accountable*) frente à sociedade”.

No Brasil alguns teóricos assumem essa tarefa de conduzir o processo de desburocratização da administração do Estado. Um deles foi Luis Carlos Bresser Pereira que à frente do Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado (BRESSER-PEREIRA, 1995, 1997) buscou, em sua atuação, ressignificar a coisa pública. Desse modo Ferreira Junior (2004, p.12) enfatiza:

O Estado precisa ser público, as organizações públicas não-estatais precisam ser públicas e seu papel de protetor dos direitos públicos implica a reforma do Estado. Em outras palavras, a democracia e a administração precisam mudar: a democracia deveria tornar-se mais participativa, ou mais direta, e a administração pública burocrática precisaria ser substituída pela administração pública gerencial. Para isso, era necessária uma reforma administrativa que tornasse o serviço público coerente com o capitalismo contemporâneo.

Outro conceito que passa a ser discutido na implementação de um novo modelo de organização da saúde é o da administração pública gerencial, que tem como pressupostos as seguintes diretrizes: orientação da ação do Estado para o cidadão-usuário; contratos de gestão para controle de resultados; fortalecimento e aumento da autonomia da burocracia estatal e valorização de

trabalho técnico e público; separação entre as secretarias formuladoras de políticas públicas; dois tipos de unidades descentralizadas: agências executivas e organizações sociais; transparências para o setor público não-estatal; controle das unidades descentralizadas e terceirização das atividades (BRESSER-PEREIRA, 1998).

A partir de então, estas orientações de certo modo, passarão a nortear a administração pública numa perspectiva de implantar um novo conceito de administração gerencial, ou seja, como um serviço ao cidadão.

Administração gerencial dirigida para resultados, previamente estabelecidos, a descentralização, a responsabilização do gestor público e o controle rígido de desempenho mediante indicadores definidos em contrato são formas muito mais eficientes de administrar o Estado e muito mais efetivas para evitar a privatização da *res pública*. (FERREIRA JUNIOR, 2004, p. 13).

Para uma compreensão melhor desta nova estrutura, recorramos ao contexto de ações em que se inserem as Organizações Sociais de Saúde.

São quatro os setores que permeiam a estrutura do Estado Moderno de acordo com Bresser-Pereira (1999): **o núcleo estratégico** – centro no qual se definem a lei e as políticas públicas; **as atividades exclusivas** - que em linhas gerais envolvem o poder do Estado, forças armadas, a polícia, a agência arrecadadora de impostos, as agências reguladoras, as agências de financiamento, fomento e controle dos serviços sociais e da seguridade social; **os serviços não-exclusivos**, aqueles que o Estado provê, mas que também podem ser oferecidos pelo setor privado e pelo setor público não-estatal, e compreendem educação, saúde, cultura e pesquisa; e, o **setor de produção de bens e serviços**, formado pelas empresas estatais .

Numa perspectiva de gerir um Estado que tem o cidadão como principal sujeito a ser contemplado nesse novo modelo, inicia-se uma discussão de como deveria ser essa administração pública gerencial, e quem seria responsável pelos setores estratégicos dos serviços a serem prestados para o cidadão.

Cabe aqui uma breve explanação sobre o que caracterizaria o setor de atividades não exclusivas do Estado. De acordo com Ferreira Junior (2004), se para o núcleo estratégico a

instituição é estatal; para o setor de produção de bens e serviços, a instituição é privada. No domínio das atividades exclusivas, preconiza-se a criação de agências executivas. Já as atividades não-exclusivas deveriam se transformar em **organizações sociais**. Esta última, como um setor público não-estatal, ou seja, regida por um contrato de gestão, no qual estariam claramente delimitadas, quantitativamente e qualitativamente, as metas e os respectivos indicadores de desempenho, bem como os resultados a serem alcançados (FERREIRA JUNIOR, 2004, p. 16). Esse modelo faz parte do setor das atividades não-exclusivas, nela pressupõe-se uma administração descentralizada, autônoma, em que a sociedade civil poderá dividir com o governo as tarefas de controle.

2. A PARCERIA ENTRE AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE E O PODER PÚBLICO NA CIDADE DE SÃO PAULO

São Paulo é a única cidade com diversidade de vínculos em uma mesma unidade, as relações empregatícias são híbridas. Isto significa dizer que sob uma mesma administração, em uma Unidade de Saúde paulistana podemos ter servidores municipais, estaduais - municipalizados e os celetistas, que são aqueles diretamente contratados pelas Organizações da Saúde.

Nas duas últimas décadas temos assistido a um significativo aumento da atuação das organizações da sociedade civil sem fins lucrativos voltados principalmente para setores da assistência social, saúde, educação, meio ambiente, arte, cultura, cidadania. Observa-se que estas organizações têm assumido gradativamente o espaço público até então considerado como esfera de responsabilidade do Estado.

Essas organizações não fazem parte do Estado, nem a ele estão vinculadas, mas se revestem de caráter público na medida em que se dedicam a causas e problemas sociais e em que, apesar de serem sociedades civis privadas, não têm como objetivo o lucro, e sim o atendimento das necessidades da sociedade. (TENÓRIO, 2001, *apud* COSTA, 2002, p. 41)

Desse modo, podemos notar a coexistência de duas formas da organização do Sistema de Saúde na cidade de São Paulo. Esse sistema de Gestão compartilhada firmado entre o setor público e o privado denota uma nova tendência na administração mais dinâmica das relações de trabalho.

No elo das transformações tendo em vista o aperfeiçoamento do Estado na prestação de serviços aos cidadãos, as Organizações Sociais emergem como uma alternativa para esse novo sistema que passam a atuar dentro de suas especificidades. A criação da Lei Complementar nº 846 de 4 de junho de 1998, fundamenta as parcerias entre o poder público e as organizações sociais de saúde do estado de São Paulo, configurando então uma nova modalidade de gerenciamento não estatal dos hospitais públicos. Paz (2010, p. 37) afirma que

As organizações sociais não são negócio privado, mas instituições públicas que atuam fora da Administração Pública, de modo a aproximarem-se

melhor de suas clientelas, aprimorando os seus serviços e utilizando, de maneira mais responsável e econômica, os recursos públicos.

Segundo Ferreira Junior (2004) esse modelo caracterizar-se-ia também como um marco na transição de atividades estatais para o Terceiro setor, contribuindo assim para melhorar a gestão pública estatal e não-estatal, e acrescenta,

Esta forma de parceria entre sociedade e Estado visaria dar maior agilidade e maior alcance à ação pública, além de tornar mais fácil e direto o controle social, mediante a participação, nos conselhos de administração das organizações sociais, dos diversos segmentos beneficiários envolvidos. (FERREIRA JUNIOR, 2004, p. 17)

Embora houvesse a existência de um conselho de administração, essas organizações sociais teriam autonomia e maior responsabilidade na gestão dos serviços. Essa parceria entre o Estado e Organizações Sociais tinha os seguintes objetivos: transferir para o setor público não-estatal os serviços não exclusivos; obter maior autonomia e flexibilidade; aumentar o foco no cidadão-usuário ; alcançar maior parceria entre o Estado e a sociedade baseada em resultados. (BRASIL, 1998).

A flexibilização na gestão do sistema de saúde traz consigo um grande entrave da administração da saúde no Brasil e, em particular, no Estado de São Paulo, a questão da *accountability* (transparência e responsabilização). Parte-se do pressuposto que o modelo de administração que vigorou durante o período da Ditadura Militar (1964-1985), que primava pelo uso político da máquina estatal em benefício de alguns, deveria ceder lugar a uma administração pública que servisse ao cidadão. Desse modo, Ferreira Junior (2004, p. 28) afirma “que não basta aos defensores da nova gestão pública demonstrar que seu modelo é mais eficaz e eficiente; eles terão que demonstrar com clareza que podem assegurar *accountability* perante o cidadão”. Assim, como a transparência e a responsabilização não podem ser negligenciadas, algumas medidas foram tomadas no sentido de fugir ao paradigma tradicional de administração pública, que se delineia a partir da década de 1990 no Brasil e no mundo.

Para evitar eventuais irregularidades, adota-se nas Organizações Sociais de Saúde uma prática eficiente, naquele momento, representada pelo contrato de gestão que passa a ser um importante instrumento no controle social da administração geral da saúde. De acordo com

Barbosa (2005), o papel do contrato de gestão é o de estabelecer objetivos, metas e indicadores a serem examinados na avaliação de desempenho das organizações contratualizadas, além de estabelecer obrigações do contratante quanto a acordos assumidos diante do deslocamento de recursos financeiros e do auxílio técnico necessários à obtenção dos resultados esperados. Nele também estão relacionados alguns indicadores relacionados à qualidade da assistência oferecida aos usuários.

Segundo Ferreira Junior (2004, p. 31-32), no que tange às Organizações Sociais de Saúde paulistanas, vê-se demandas e críticas de duas origens diferentes:

- 1) representantes de movimentos de saúde querem tomar parte de decisões que envolvem os hospitais e,
- 2) esferas municipais de governo alegam estar excluídas do processo de elaboração do contrato de gestão e gostariam de ter a gestão dos hospitais subordinadas à Secretaria Municipal de Saúde

Deste modo, surge a pergunta: Quem deve ser responsável pelo exercício do controle social? Vale lembrar que a Lei Complementar nº 846, determina a criação de um conselho de Administração que tem dentre outras funções, aprovar o contrato de gestão e o orçamento da entidade. No entanto, Ferreira Junior (2004, p.32) afirma que esse órgão “não contribui em nada para o controle social e a *accountability*”.

A busca por uma estruturação que tornasse a administração do sistema de saúde mais eficiente, levou a cidade de São Paulo a adotar contratos de gestão com vários hospitais das microrregiões. A figura 1 e os gráficos 1 a 3 denotam a situação atual da distribuição das Organizações Sociais na área da saúde que possuem contrato de gestão; a divisão das instituições por microrregião e o quadro de profissionais dos anos de 2009 a 2013.

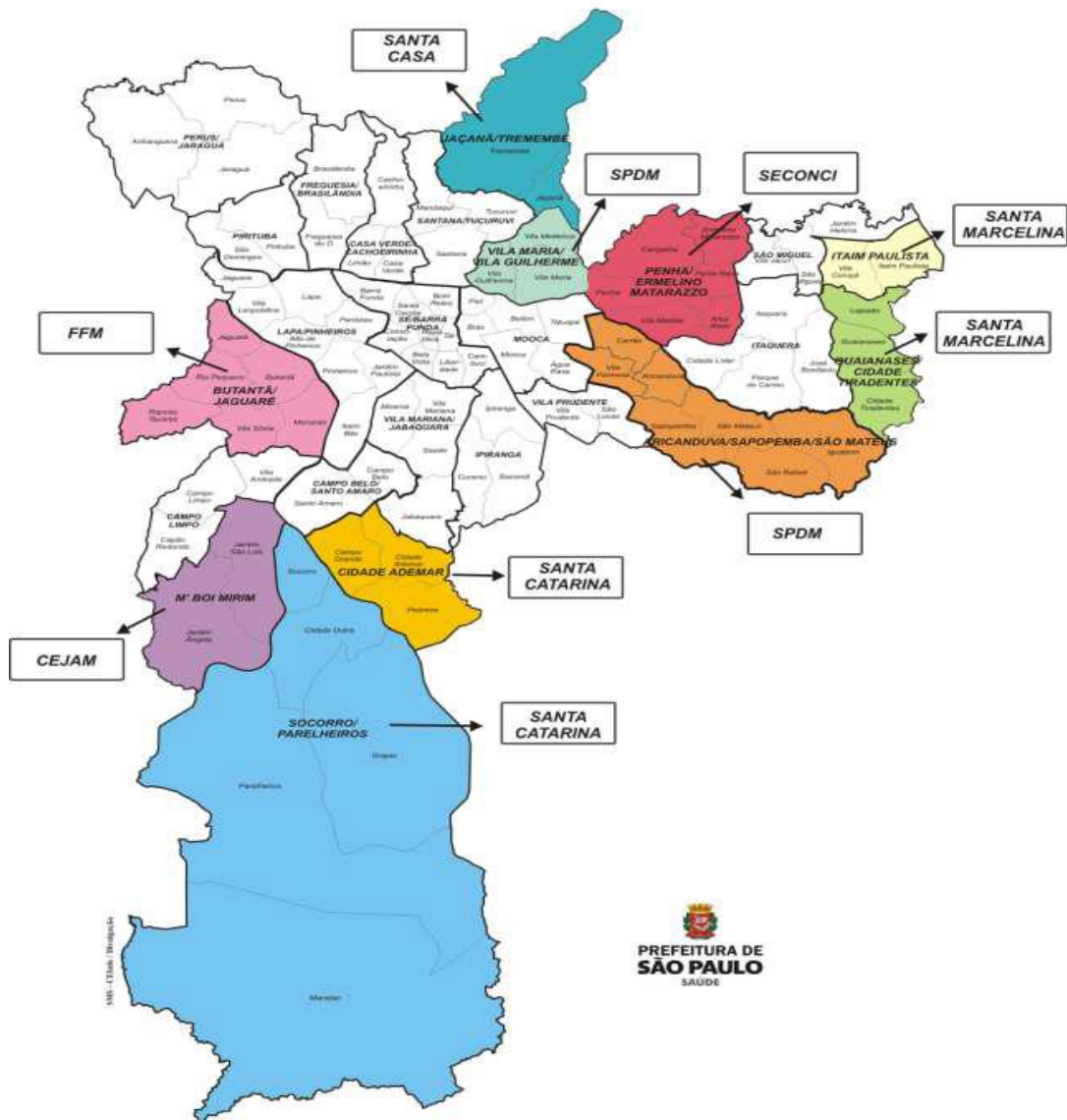
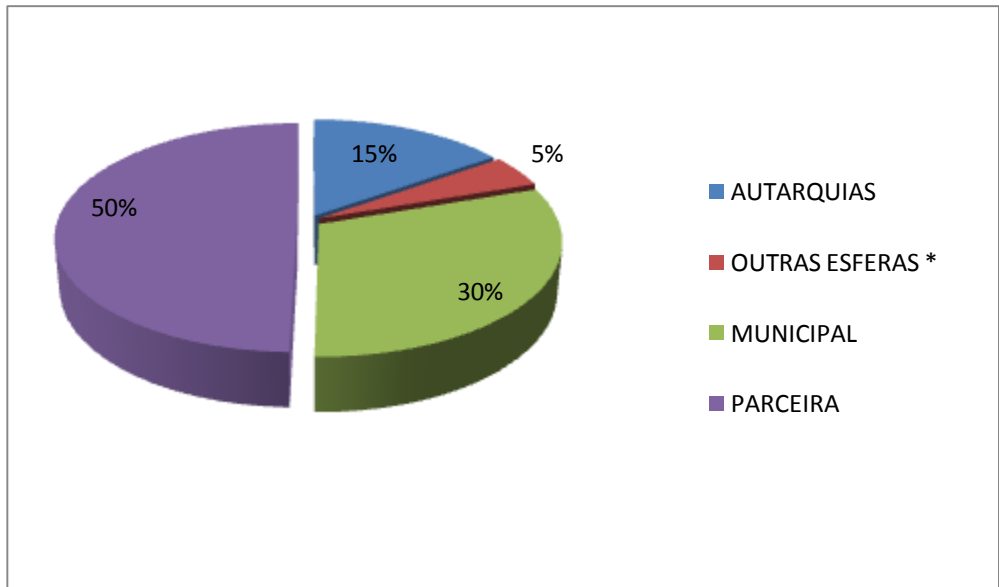


Figura 1 – Organização Social – Microrregiões com contrato de gestão.

Fonte: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/prestacaocontas/PrestacaoConta sSMS_2013_3quadrimestre.pdf



*Servidores estaduais e federais cedidos por força do convênio SUS.

Gráfico 1 - Distribuição de pessoal no Âmbito SMS por vínculo funcional em porcentagem
 Fonte: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/prestacaocontas/PrestacaoConta sSMS_2013_3quadrimestre.pdf

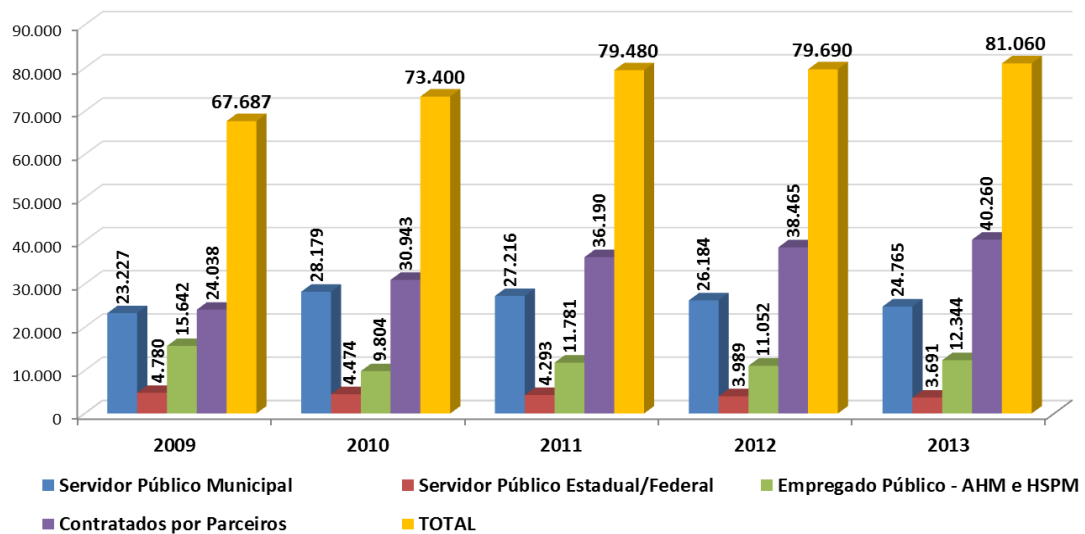


Gráfico 2 - Evolução do Quadro de Pessoal da SMS – 2009 a 2013
 Fonte: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/prestacaocontas/PrestacaoConta sSMS_2013_3quadrimestre.pdf

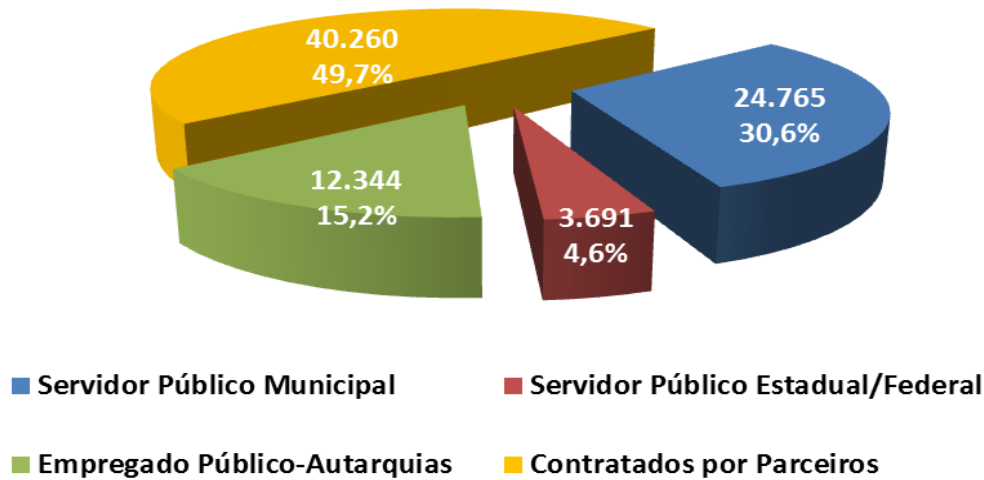


Gráfico 3 - Distribuição do Quadro de Pessoal da SMS em 2013

Fonte: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/prestacaocontas/PrestacaoContasSMS_2013_3quadrimestre.pdf

Podemos observar que desde 2009 a contratação de parceiros na administração da saúde em São Paulo vem aumentando consideravelmente. A maior parte (49,7%) do quadro de pessoal da Secretaria Municipal da Saúde resulta de contratos de parceria entre o poder público e as Organizações Sociais de Saúde.

As Organizações Sociais de Saúde possuem autonomia na administração de suas instituições. Desse modo, vale lembrar que em São Paulo foi colocado Contrato de Gestão em unidades já em funcionamento, o que gerou mais um problema: o de administrar as diferenças salariais entre profissionais na mesma unidade com empregadores diferentes, sob regimes de trabalho distintos, porém fazendo o mesmo serviço.

Diante dessa realidade, emerge a questão que se relaciona diretamente ao papel do gestor na administração desses Equipamentos de Saúde: quais as exigências para atuar nesse setor tão competitivo cuja demanda é crescente e com quais ferramentas ele vai trabalhar para enfrentar esses desafios.

Algumas premissas orientam o trabalho do gestor público, dentre elas, a qualidade da prestação de serviços, sendo que os objetivos e respectivos resultados devem estar sempre voltados ao interesse comum.

De acordo com Albarello (2006, p. 3),

O gestor público deve apresentar um perfil não apenas objetivo, mas também subjetivo – que se volte ao social, à cidadania, e deve abranger conhecimentos acerca do direito administrativo e representação diante de contatos políticos administrativos. Também é importante a visão global de gestão, para estabelecer estratégias, firmar parcerias com os demais setores, despertar a participação e estabelecer uma sistemática interação entre planos, metas padrões, orçamento anual e plano plurianual, contemplando projetos, programas e ações que gerem desenvolvimento socioeconômico e ambiental.

Desse modo, o gestor público na visão de Machado e Queiroz (2006 *apud* ALBARELLO, 2006, p. 60) assume o papel de

[...] agente catalisador de inovações transformadoras, o que pressupõe uma atuação em rede, que lhe permite desempenhar o papel de elo de ligação [*sic*] entre instituições, não apenas nos planos intra e intergovernamental, mas também, no plano das relações entre o setor público, o terceiro setor, a esfera privada e organismos multilaterais de cooperação.

Além de prescindir das características já mencionadas nesta pesquisa, o administrador segundo Albarello (2006), deve despertar a criatividade do servidor, motivá-lo, além de “fomentar a criação de leis que considerem o processo de capacitação, avaliação de desempenho, planos de carreira, crescimento pessoal e conscientização da importância da função pública, para obter melhores resultados”.

Tendo em vista implementar um projeto de gestão pública que caminhasse em consonância a uma gestão democrática, criou-se a Lei Federal 10.257 de 10 de julho de 2001, que estabelece o Plano Diretor como um política de desenvolvimento e expansão urbana. Essa lei prevê que no plano plurianual, as diretrizes orçamentárias e o orçamento anual devem incorporar as diretrizes e prioridades contidas no plano diretor, quanto às questões de natureza ambiental, de parcelamento, uso e ocupação do solo, setoriais e de desenvolvimento socioeconômico.

A busca por uma gestão pública que priorize a sustentabilidade, ou seja, mantenha o desenvolvimento diante do crescimento ou de situações que geram crise, é o caminho a ser perseguido por todo gestor público.

É preciso superar o estigma que vem acompanhando os gestores públicos de péssimos administradores. O gestor público, em grande parte, não está conseguindo ser agente catalisador de inovações transformadoras. Isto, segundo Cruz, (2006, p.1) ocorre por dois

motivos: “a má fama do setor público alimentado pela formação cultural da sociedade que tende a associar organizações públicas a imobilismo, bem como a falta de preparação e comprometimento com a missão organizacional dos gestores públicos”. Desse modo, as entidades filantrópicas que comprovassem possuir serviços próprios de assistência a saúde há mais de cinco anos estariam qualificadas a firmar parcerias com o Estado de São Paulo. De acordo com a Fundação de Desenvolvimento Administrativo (FUNDAP, 2007),

A delegação da prestação de serviços para uma organização filantrópica tem objetivos bem claros: facilitar o acesso aos serviços de saúde para responder ao princípio da equidade, buscar fórmulas para conhecer o moderar o crescimento do gasto, dotar o sistema de estabilidade financeira e garantir a melhoria da qualidade dos serviços.

No Estado de São Paulo, desde a regulamentação da Lei Complementar nº 846/98 que permitiu a parceria do Estado com entidades privadas sem fins lucrativos, a administração das Unidades de Saúde foi delegada a Organizações Sociais de Saúde, de forma a otimizar o uso dos recursos públicos e melhorar a qualidade dos serviços.

2.1 – A cultura organizacional e o Terceiro Setor

Nas últimas décadas tem-se discutido amplamente o Terceiro Setor na busca de melhor defini-lo, bem como suas principais funções e contribuições. Enquanto isso vale ressaltar algumas definições que se aproximam de seus verdadeiros objetivos. De acordo como Falconer (1999), elas não visam lucro nem são originadas por qualquer uma das instâncias do Estado, muito embora possam formalizar parcerias tanto com organizações do Estado como do Mercado. Já Carvalho (2001), resgata alguns atributos valorizados na gestão social da década passada e no início desta: a) capacidade de articular iniciativas múltiplas, revitalizando o envolvimento voluntário da comunidade ou de setores da sociedade civil; b) a capacidade de estabelecer parcerias com o Estado na gestão de políticas e programas públicos; c) a capacidade de estabelecer redes locais, nacionais ou mundiais e, por meio delas, constituir fóruns de escuta e vocalização de demandas, introduzindo-as na agenda política.

Segundo Muraro e Lima (2003), podemos identificar quatro tipos de organizações que compõem o Terceiro Setor: as Associações; as Organizações Filantrópicas, beneficentes e de caridade; as Organizações Não Governamentais (ONGs) e as Fundações Privadas.

Os desafios na gestão de pessoas nas Organizações de Saúde existem e percebe-se uma tendência em afastar-se do modelo negativo que permeia a administração pública estatal, inclusive, temendo o desvio dos valores e objetivos mais amplos e nobres justificadores da existência dessas organizações.

No entanto, na medida em que essas organizações vão crescendo acabam enfrentado dificuldades inerentes a toda instituição. Nesse sentido, Salomon (1998. P.9) afirma que:

Apesar de sua tão propalada flexibilidade, organizações sem fins lucrativos continuam sendo organizações. À medida que crescem em escala e complexidade, são vulneráveis e todas as limitações que afligem outras instituições burocráticas – falta de sensibilidade, morosidade e rotinização

Numa perspectiva de buscar o equilíbrio para uma gestão ineficiente, os gestores das entidades sem fins lucrativos caminham no sentido de racionalizar a rotina de trabalho. Segundo Teixeira (2004), isso impediria a deterioração e a mecanização do trabalho humano, um dos legados da administração tradicional.

Autores como Pereira (2001), apontam que o desenvolvimento da gestão de pessoas faz-se principalmente na vivência do cotidiano, acompanhada, supervisionada e transformada em situações de aprendizagem, cabendo ao gerente descobrir o que o seu grupo pensa ou percebe, e que representações e aspirações tem a respeito de seu próprio desempenho e do papel da organização nesse contexto.

O Terceiro Setor tem um grande desafio que o coloca na contemporaneidade: a gestão de pessoas. As mudanças sociais, econômicas e políticas demandam um novo perfil de profissional, tendo em vista uma atuação competente, eficiente e eficaz.

Esse novo gestor deve possuir, de acordo com Teodósio e Resende (1999 *apud* GARAY.,2011), capacidade de articulação e negociação, para ajudar a construir e reforçar a imagem externa da organização, importante para sensibilizar doadores, atrair voluntários e divulgar a causa defendida, sensibilidade e compaixão, buscando manter coerência com os valores praticados pela organização à qual representa, visto que seu cargo estaria sujeito a uma alta exposição pública,

exigindo dele uma sólida reputação. Os autores mencionados afirmam também a capacidade deste gestor para trabalhar com o pensamento estratégico e ao mesmo tempo saber implementar ações imediatistas – firmeza e flexibilidade, além de levar sempre em consideração nas ações a perspectiva da solução dos problemas públicos (FALCONER, 1999), de forma a atingir o equilíbrio necessário entre a racionalidade instrumental e a substantiva.

A busca pela qualidade, racionalidade e resultados nos serviços, não se configura uma particularidade da área da saúde, administrada pelas organizações sociais, pelo contrário, está presente em todos os setores da administração pública.

Uma questão importante no que se refere ao trabalho do gestor em uma entidade filantrópica é a qualificação do profissional para gerir os processos de gestão na entidade a qual ele representa. Esse profissional precisa estar preparado não apenas para o desempenho de suas atividades cotidianas, mas também para o alcance de desempenho que exijam maior complexidade. De acordo com KLIKISBERG (1997, p.93),

Gerenciar não é dirigir para determinado objetivo, mas criar condições para que os recursos humanos da organização respondam – individualmente e com criatividade – a um meio que requer permanente adaptação.

Dadas as transformações observadas no ambiente externo às organizações, percebe-se a necessidade de uma redefinição do trabalho sem fins lucrativos de interesse público. Desse modo, exige-se que o mesmo receba treinamento em serviço, visto que carecem cursos e especializações para esses profissionais.

No seu Artigo “Gestão de pessoas em instituições do Terceiro Setor: uma reflexão necessária”, Selma Frossard Costa, aponta para o fato da existência de fatores desmotivadores no trabalho como o desconhecimento do cargo, a falta de habilidades necessárias, a falta de *feedback* positivo, o excesso de rivalidade entre os colegas, o estabelecimento de metas impossíveis, além de conflitos com os chefes. Da mesma forma há fatores motivadores também como, por exemplo, a segurança no trabalho, os desafios, as oportunidades de criação, de realização profissional, de crescimento e desenvolvimento pessoal e o contato com a população usuária dos serviços institucionais.

Outra questão que se coloca é a dos salários: como manter em seu quadro, pessoal treinado e bem preparado com baixos salários? Dessa gama de questões prementes, surge a necessidade de criar uma estratégia para captação de recursos como um dos entraves que leva as instituições filantrópicas a caminharem com dificuldades e quando não veem alternativas, fecham as portas.

Campos (2002, p.3), sintetizou muito bem essa problemática vivida no interior das organizações sociais :

...atualmente, o primeiro passo para o sucesso e a sustentabilidade de uma entidade sem fins lucrativos é a formação de quadro profissional, mesmo que isso represente um projeto. Depois, a excelência na captação. Acredito que apenas as organizações capazes de estruturar-se desta maneira – selecionando critérios bem definidos, remunerando adequadamente e investindo em seus quadros – irão atrair potenciais doadores, pois todos eles farão questão de trabalhar com organizações transparentes que apresentem resultados esperados conforme o determinado no projeto inicial, destacando-se assim, pela competência na execução.

Embora haja voluntários compondo o quadro de Recursos Humanos, aliás, esse é um dos requisitos para que sejam classificadas como entidades do terceiro setor, o corpo de funcionários dessas instituições é formado também por pessoas assalariadas e como em qualquer setor da economia está inserida na dinâmica capitalista. Dito isto, a nova conjuntura, social, política e econômica exige que também os voluntários sejam inseridos nessa gama de pessoas que carecem também de espaços de capacitação e atualização para o exercício e desenvolvimento de suas competências, cada um em suas especificidades e área de trabalho.

CONCLUSÃO

Essa pesquisa teve a intenção de apresentar um breve resumo da forma como se estruturou a parceria entre o Estado e as Organizações Sociais na administração da saúde na cidade de São Paulo.

Observou-se que grande parte das instituições de saúde firmou Contratos de Gestão com o poder público, na forma disposta no regulamento ditado pelo Estado e acolhido pelas Instituições do Terceiro Setor.

Um dos entraves para que os gestores dessas instituições realizem seu trabalho com responsabilidade está relacionado ao fato de que não há uma política de gestão amplamente estruturada para atender a demanda de formação e capacitação dos gestores das organizações de saúde, numa perspectiva de capacitá-lo para atuar dentro das especificidades inerentes ao gestor público, cabendo a este uma formação em serviço.

Notadamente na cidade de São Paulo esta situação é singular, pois, foi o único município que optou por celebrar Contratos de Gestão em unidades de saúde já em funcionamento, diferentemente de outras cidades onde as OSS assumiram unidades a serem inauguradas, com quadro de funcionários diretamente contratados por elas. Neste contexto estes gestores enfrentam dificuldades na organização estratégica e na busca por melhores condições de relações de vida e trabalho.

A parceria entre o poder público e as Organizações Sociais de Saúde emerge de um cenário em que se percebe a ineficiência do poder público, e que, por isso, delega não só a saúde, mas outros serviços essenciais ao cidadão, para ser gerida por instituições denominadas do Terceiro Setor. No entanto, a ação das OSS não exime o Estado de sua responsabilidade constitucional para com a saúde da população.

Há vantagens e desvantagens nessa relação entre o poder público e as Organizações Sociais. É notório que estas últimas, por serem estruturas menores, dispõem de maior facilidade para modificar sua força de trabalho a fim de atender a população em suas necessidades; o fato de terem a possibilidade de poder contratar funcionários, demitir e adquirir insumos e medicamentos, sem ter que contar com a morosidade da burocracia estatal; porém não as dispensa de adaptar seus serviços às características demográficas e

epidemiológicas da região em torno da unidade, muito menos de prestar contas ao Controle Social.

As críticas à gestão nas organizações sociais carecem ainda de consenso, pois se relacionam diretamente ao fato de inexistir o controle social, numa possível privatização do Sistema Único de Saúde; a inexistência de um conselho gestor para acompanhar as atividades das OSS, A Secretaria Municipal de Saúde, por sua vez, possui outros mecanismos de acompanhamento das ações das OSS, como a Comissão de Avaliação e os relatórios de prestação de contas, para citar alguns.

O recorte feito nesse trabalho permitiu perceber que ainda existem poucas pesquisas que apontem o caminho para uma gestão eficaz e eficiente no que tange ao Terceiro Setor, uma vez que nele ainda coexistem ações e resquícios de uma administração voltada para o mercado, embora não o seja, exclusivamente. Deste modo, faz-se necessária uma revisão e reorganização das estratégias em busca de um desenvolvimento sustentável e melhores condições de vida e trabalho.

Observamos que embora haja a implantação de unidades nas regiões de alta vulnerabilidade social da cidade de São Paulo, isso só foi possível devido à delegação da administração para entidades não governamentais, que atendem a uma demanda crescente de usuários, carecendo, sobretudo, de uma rede de parceiros formada por Unidades Básicas de Saúde e hospitais da região.

O fato é que a referência teórica deste tema ainda é recente, mas pelo que se pode constatar estamos seguindo no caminho certo. O investimento nas carreiras públicas típicas do Estado, a mudança do paradigma do servidor público de prestador para auditor, a criação do cargo do gestor público nas áreas de administração, finanças e gestão de pessoas é um fato que se torna cada vez mais necessário no Serviço Público Municipal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRUCIO, F. Disponível em :<http://gvpesquisa.fgv.br/sites/gvpesquisa.fgv.br/files/arquivos/fernando_abrucio_-_3agendas.pdf>. Acesso em: 26 set. 2013.

ALBARELLO, C. B. *O papel do administrador na Gestão Pública*. Revista de Administração, nº 9, 2006. Disponível em: <<http://revistas.fw.uri.br/index.php/revistadeadm/article/view/878/1353> > Acesso em : 22 jan. 2014.

ALBARELLO, C. B. ALBARELLO, L. SIEDENBERG, D. *Estratégias Capazes de Contribuir no Processo de Promoção do Desenvolvimento Sustentável na Esfera Local e Regional*. Revista de Administração e Comex. V.5, n.8, p.1-109, 2006.

BARBOSA, Nelson Bezerra. *O modelo de administração direta e as organizações sociais de saúde: um estudo comparado*. São Paulo: Tese de doutorado, Faculdade de Medicina – USP, 2005.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado. Organizações Sociais. Cadernos MARE da Reforma do Estado. Brasília, n.2,4ª ed. mar.1998b.

BRESSER-PEREIRA, L. C. Disponível em: <http://www.bresserpereira.org.br/ver_file_3.asp?id=1920>. Acesso: 29 jan. 2014.

BRESSER-PEREIRA, L.C. *Cidadania e res pública: a emergência dos direitos republicanos. Textos para discussão*, Brasília, Escola Nacional de Administração Pública (Enap), n.15, maio 1997.

CAMPOS, Mauro Ferreira. *Na era da profissionalização – uma visão estratégica para organizações sem fins lucrativos*. Disponível em:< www.rits.org.br>. Acesso em: 04 jun. 2013.

CARVALHO, Maria do Carmo Brant de. Introdução à temática da gestão social, In: ÁVILA, Célia M. de (org.). *Gestão de projetos sociais*. – 3ª ed. rev. – São Paulo: AAPCS – Associação de Apoio ao Programa Capacitação Solidária, 2001. (Coleção Gestores Sociais).

CINTRA, Walter. Disponível em: <http://gvsauade.fgv.br/sites/gvsauade.fgv.br/files/Walter_Cintra.pdf>. Acesso em 29 jan. 2014.

CONSAD. Disponível em : <http://www.escoladegoverno.pr.gov.br/arquivos/File/Material_%20CONSAD/paineis_III_congresso_consad/painel_18/avancos_e_perspectivas_do_modelo_de_organizacao_social_de_saude.pdf>. Acesso em : 29 abr. 2014.

COSTA, Selma Frossard. *Gestão de Pessoas em Instituições do Terceiro Setor: uma reflexão necessária*. In: Revista "Terra e Cultura", de Jul - Dez/2002, do Centro Universitário Filadélfia –UNIFIL . Disponível em : <http://www.eb.unifil.br/docs/revista_eletronica/terra_cultura/35/Terra%20e%20Cultura_35-4.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2014.

CRUZ, C.H.B. *Medir, Mostrar, Debater*. SP GOV 03: versão eletrônica. Disponível em: www.revista.fundap.sp.gov.br.

DOCUMENTO NORTEADOR DA PMSP. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/cgp/CGP/DOC_NORTEADOR_v2012a.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2014.

DOUGHERTY, D. *Organizing for Innovation*. In: CLEGG, S.; HARDY, C. e NORD, W. *Handbook of Organization Studies*. London: Sage, 1996. p. 424-439.

DRUCKER, Peter F. *Administração de organizações sem fins lucrativos*. 5. Ed. São Paulo: Pioneira, 1999.

FALCONER, Andrés Pablo. *A promessa do Terceiro Setor: um estudo sobre a construção do papel das organizações sem fins lucrativos e do seu campo de gestão*. In: *Centro de Estudos em Administração do Terceiro Setor*. Universidade de São Paulo: São Paulo, 1999. Disponível em: < <http://www.lasociedadecivil.org/docs/cibertec/andresfalconer.pdf>.> Acesso em: 30 jan. 2014.

FERREIRA JUNIOR, Walter Cintra Ferreira. *Gerenciamento de hospitais estaduais paulistas – Estudo comparativo entre a administração direta e as organizações sociais de saúde*. Dissertação de mestrado em Administração de Empresas, 2004.

GARAY, Sara Maria Costa. *A Gestão de Pessoas em Organizações Sem Fins Lucrativos: Principais Dilemas e Desafios*. Disponível em:<<http://www.aedb.br/seget/artigos11/57814809.pdf>>. Acesso em: 02 fev. 2014

KLIKISBERG, Bernardo. *O desafio da exclusão – para uma gestão social eficiente*. São Paulo: FUNDAP,1997.

MARE. *Organizações Sociais caderno 2*. Disponível em : <http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/publicacao/seges/PUB_Seges_Mare_caderno02.PDF>. 02 fev. 2014.

MURARO, Piero; LIMA, José Edmilson de Souza. *Terceiro Setor, qualidade ética e riqueza das organizações*. Rev. FAE, Curitiba, v.6, n. 1, p. 79-88, jan./abr.2003

NUNES, L.A. *Receita para um bom sistema de saúde municipal*, 2001, p. 12 – In: SUS – O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde, vol. II

PAZ, L.S. Apontamentos sobre Plano Diretor de Reforma do Estado, organizações sociais e contratos de gestão. *Revista de Administração da Universidade de São Paulo*, v.36, n.3, p. 36-39, jul/set. 2001.

PEREIRA, Isabel Maria T.B. *Recursos Humanos e educação: uma parceria indispensável*, In: WESTPHAL, Márcia Farias & ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio. (orgs.). *Gestão de Serviços de Saúde*. São Paulo: Edusp, 2001.

RUWER, L. M. E. e CANOAS, J. W.. Disponível em: < http://legacy.unifacef.com.br/novo/xi_encontro_de_pesquisadores/Trabalhos/Encontro/Jos%C3%A9%20Walter%20e%20Leia.pdf>. 02 fev. 2014.

SALOMON, L. *A emergência do Terceiro Setor – Uma revolução associativa global*. Trad. Andrés P. Falconer e Alexandre L. Cukier. *Revista de Administração*. São Paulo, 1998, v.33, nº 1, p. 5-11.

SÃO PAULO. *Resolução SS 142, de 24 de outubro de 2008*. Diário Oficial do Estado de São Paulo. São Paulo, 30 de outubro de 2008.

SEN, A. *Desenvolvimento como Liberdade*. São Paulo; Cia das Letras, 1999.

SERRA, José. As duas reformas da Saúde, 2001, p. 7. In: SUS – O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde, vol. II

TEIXEIRA, R. F. *Discutindo o Terceiro Setor sob o enfoque de concepções tradicionais e inovadoras de administração*. Caderno de Pesquisa em Administração. São Paulo, 2004, v.11, nº 1, p. 1-15.

TUMELERO, Silvana Marta. *Gestão de Instituição do Terceiro Setor*. In: *Revista Plurais - UNOESC/Chapecó*. Dep. de S.S., n.2, 1999.

VECINA NETO, G. e TERRA, V. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v9n1-2/07.pdf>>. Acesso em : 02 fev. 2014.

VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. *Gestão em Saúde*. 1ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.