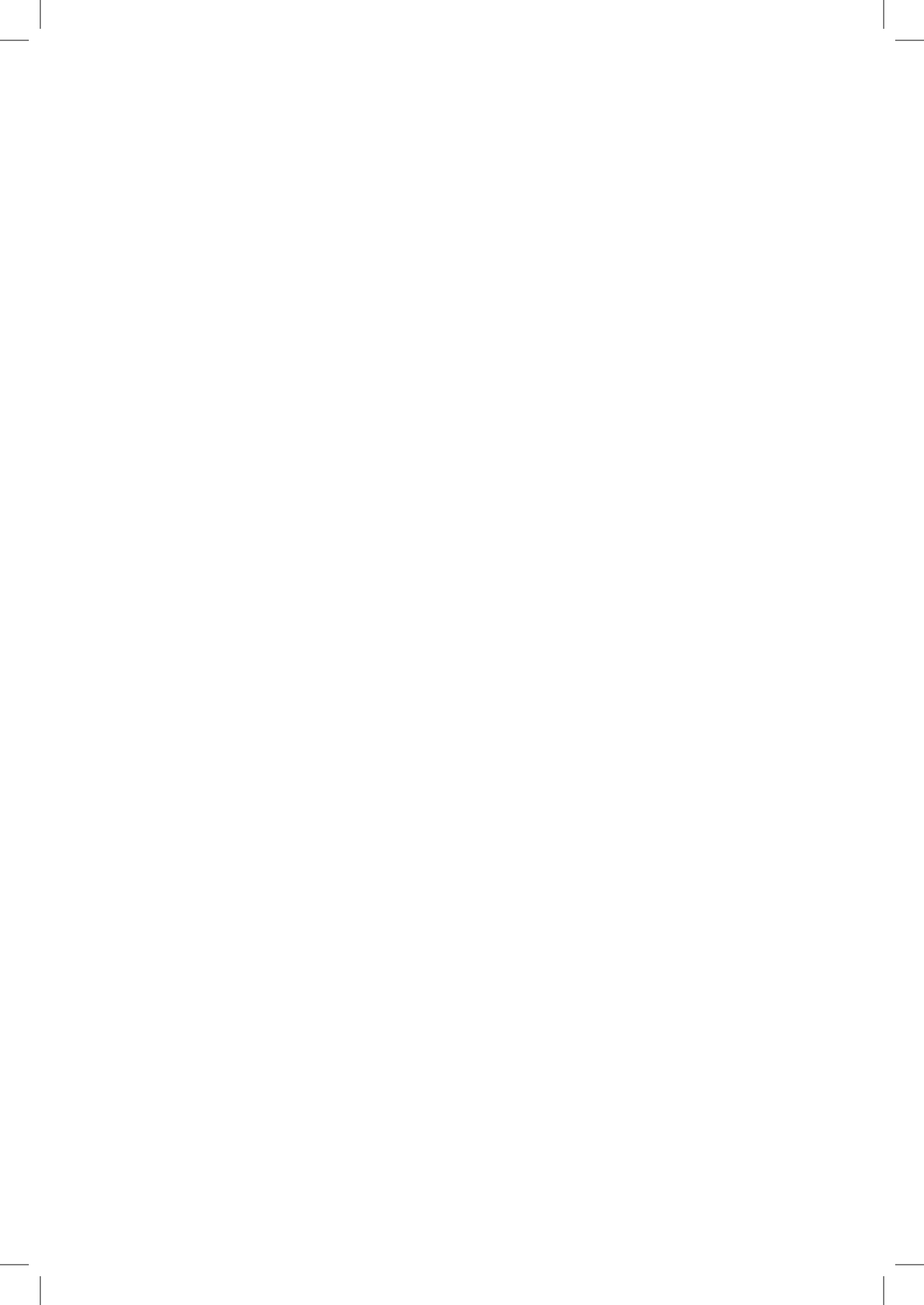


TENDÊNCIAS NA EVOLUÇÃO DO EMPREGO
E NAS RELAÇÕES DE TRABALHO EM SAÚDE:

A GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS NO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



Universidade de Brasília
Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares
Núcleo de Estudos de Saúde Pública
Observatório de Recursos Humanos em Saúde

TENDÊNCIAS NA EVOLUÇÃO DO EMPREGO E NAS RELAÇÕES DE TRABALHO EM SAÚDE:

A GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Roberto Passos Nogueira
Sérgio Francisco Piola
Solon Magalhães Vianna
Valdemar de Almeida Rodrigues

Brasília, DF.
2010

© Núcleo de Estudos de Saúde Pública, 2010

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução total ou parcial desta obra, desde que seja citada a fonte e não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Autoria dos Textos:

Roberto Passos Nogueira

Sérgio Francisco Piola

Solon Magalhães Vianna

Valdemar de Almeida Rodrigues

Organização e Coordenação Executiva:

Valdemar de Almeida Rodrigues

Zuleide do Valle Oliveira Ramos

Normalização:

Fábio Lima Cordeiro

Projeto gráfico e editoração:

Cristina Gomide e Priscilla Campos

Impressão:

Organização Pan-Americana da Saúde - Representação no Brasil

Esse material integra os estudos e atividades do Plano Diretor 2006. Faz parte da produção do Observatório de Recursos Humanos em Saúde (NESP/CEAM/UnB), que conta com patrocínio do programa de cooperação OPAS/Ministério da Saúde. Pode ser encontrado no sítio web: <http://www.observarh.org.br/nesp>

Contribuições e sugestões podem ser enviadas para:

Observatório de Recursos Humanos em Saúde – ObservaRH

Núcleo de Estudos de Saúde Pública – NESP

SCLN 406, Bloco A, Sala 202, Asa Norte, Brasília-DF

CEP 70847-510

Telefax: (61) 3340 6863/3349 9884

E-mail: observarh.unb@observarh.org.br

Ficha Catalográfica

Nogueira, Roberto Passos

Tendências na evolução do emprego e nas relações de trabalho em saúde: a gestão de recursos humanos no Sistema Único de Saúde / Roberto Passos Nogueira, Sérgio Francisco Piola, Solon Magalhães Vianna e Valdemar de Almeida Rodrigues – Brasília: UnB/CEAM/NESP/ObservaRH, 2010. (Série Observação, 5).

154p.: tabelas.

1. Recursos Humanos em Saúde 2. Ocupações em Saúde 3. Mercado de Trabalho 4. Setor Público I. Título II. ObservaRH III. Núcleo de Estudos em Saúde Pública IV. Série.

CDU: 614-058.8

ISBN: 978-85-7967-031-2

SUMÁRIO

SOBRE OS AUTORES	7
APRESENTAÇÃO.....	9
LISTA DE TABELAS.....	13
1. EVOLUÇÃO DO EMPREGO EM SAÚDE ENTRE 2000 E 2005	19
ROBERTO PASSOS NOGUEIRA	
VALDEMAR DE ALMEIDA RODRIGUES	
2. PROBLEMAS DE GESTÃO E REGULAÇÃO DO TRABALHO NO SUS	45
ROBERTO PASSOS NOGUEIRA	
3. COMPOSIÇÃO PÚBLICO VERSUS PRIVADO, GESTÃO DE UNIDADES E RECURSOS HUMANOS NO SUS.....	67
ROBERTO PASSOS NOGUEIRA	
4. O PRECEITO DE DIVERSIDADE E A COMPOSIÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO NO SETOR PÚBLICO	117
ROBERTO PASSOS NOGUEIRA	
5. PROBLEMAS DA GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS NO MINISTÉRIO DA SAÚDE.....	131
ROBERTO PASSOS NOGUEIRA	
SÉRGIO FRANCISCO PIOLA	
SOLON MAGALHÃES VIANNA	



SOBRE OS AUTORES

ROBERTO PASSOS NOGUEIRA

Graduado em Medicina pela Universidade Federal do Ceará (1973), mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (1976) e doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (1998). Atualmente é pesquisador do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - DF e do Núcleo de Estudos de Saúde Pública da Universidade de Brasília. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Pública, atuando principalmente nos seguintes temas: recursos humanos de saúde, gestão pública, políticas de saúde, nível técnico, formação profissional, história da medicina e da saúde pública, aspectos filosóficos da saúde.

SÉRGIO FRANCISCO PIOLA

Médico, Especialista em Saúde Pública e em Elaboração e Análise de Projetos, Coordenador da Área de Saúde da Diretoria de Estudos Sociais do Ipea, Pesquisador do Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Núcleo de Estudos de Saúde Pública do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares da Universidade de Brasília.

SOLON MAGALHÃES VIANNA

Odontólogo, Sanitarista, Livre Docente (Saúde Pública), Especialista em Planejamento de Saúde, Pesquisador do Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Núcleo de Estudos de Saúde Pública do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares da Universidade de Brasília.

VALDEMAR DE ALMEIDA RODRIGUES

Enfermeiro, mestrando em Desenvolvimento e Políticas Públicas (Ensp/Fiocruz e Ipea), especialista em Saúde Coletiva e em Políticas de RH para a Gestão do SUS. Servidor da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e pesquisador assistente do Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Núcleo de Estudos de Saúde Pública do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares da Universidade de Brasília.

APRESENTAÇÃO

A linha de investigação Tendências na Evolução do Emprego e nas Relações de Trabalho em Saúde é priorizada pelo Observatório de Recursos Humanos em Saúde da Universidade de Brasília (ObservaRH/UnB) desde o início de sua criação. Contempla abordagens de cunho analítico sobre sistemas de gestão pública de pessoal em âmbito nacional e internacional, integrando a pauta de temas prioritários da Rede Observatório na América Latina, além de contribuir com a agenda de prioridades do Ministério da Saúde do Brasil e das demais instâncias político administrativas do Sistema Único de Saúde (SUS).

Esta publicação privilegia investigações e artigos produzidos nessa linha, que abordam questões afetas à Gestão de Recursos Humanos no Sistema Único de Saúde. São ao todo 5 artigos, a seguir referenciados.

O primeiro estudo traz uma análise sobre a *Evolução do Emprego em Saúde, entre 2000 e 2005*. Teve por objetivo avaliar a evolução do emprego em saúde na conjuntura da primeira metade da década de 2000, considerando a evolução do emprego em saúde em comparação com o emprego no conjunto da economia brasileira. A principal pergunta que a pesquisa buscou responder é a seguinte: o ritmo de crescimento do emprego em saúde acompanha ou não as taxas que se verificam em outros setores da economia e na totalidade dos setores econômicos? Foi um trabalho da equipe do ObservaRH/UnB, sob a orientação de Roberto Passos Nogueira, com participação de Valdemar de Almeida Rodrigues.

Em sequência temos o texto *Problemas de Gestão e Regulação do Trabalho no SUS*, de autoria de Roberto Passos Nogueira. Elaborado em 2006, considera como referência para a análise dois direitos de cidadania estabelecidos pela Constituição de 1988: a obrigatoriedade universal do concurso público e os preceitos de acesso universal e de integralidade do atendimento no SUS. Num contexto de forte controle das despesas públi-

cas e de desestruturação do aparato de Estado, que tem início em 1990, os governos locais se empenharam em atender os aspectos do direito à saúde através da implantação e expansão do SUS, mas muitas vezes geraram relações irregulares de trabalho, em detrimento do direito do cidadão de concorrer a cargos públicos abertos a todos e plenamente regulados. Analisando este e outros problemas, o autor indica que uma nova política emerge para o setor público e o SUS a partir de 2003, que pode ser caracterizada como uma re-regulação das relações de trabalho, tendo como exemplo o governo federal, que vem recompondo e regularizando seu quadro de pessoal, de acordo como o espírito da Constituição.

O estudo *Composição Público versus Privado, Gestão de Unidades e Recursos Humanos no SUS*, da autoria de Roberto Passos Nogueira, elaborado em 2007, é o terceiro texto apresentado. Proporciona uma visão panorâmica dos componentes do sistema de saúde brasileiro (SUS e não-SUS), de acordo com a participação do Estado no seu funcionamento, e detalha o leque das intervenções de Estado, presentes desde os programas assistenciais mantidos por estabelecimentos privados não lucrativos até as entidades privadas que gerenciam planos e seguros de saúde. Apresenta os motivos adicionais para a participação privada no SUS, destacando as novas filosofias de gestão pública e a própria experiência com a gestão descentralizada do sistema; analisa as questões contratuais e legais das organizações sociais; a contratualização e pactuação na administração pública; além de questionar sobre um novo formato institucional para as unidades hospitalares. Analisa também as novas necessidades de recursos humanos em saúde, a composição e problemas do emprego no setor público do SUS e finaliza recomendando quatro linhas de estudo para ajudar as autoridades governamentais a definir os objetivos estratégicos a serem perseguidos pelas ações interventivas do Estado no sistema de saúde nos próximos anos.

Do mesmo autor é o estudo *O Preceito de Diversidade e a Composição da Força de Trabalho no Setor Público*, elaborado no ano de 2005. No texto, a noção de diversidade se refere à composição variada da força de trabalho segundo critérios de gênero, raça/cor, deficiência e orientação sexual. O que se busca nas modernas políticas de diversidade é fazer com que

as pessoas empregadas tenham o mesmo grau de heterogeneidade que caracteriza a população em geral, de acordo com os critérios mencionados. Assim, por exemplo, considera-se que constitui uma injustiça o fato de que a força de trabalho do setor público tenha uma menor proporção de pretos/pardos ou de portadores de deficiência do que a totalidade da população.

Encerramos com o texto *Problemas da Gestão de Recursos Humanos no Ministério da Saúde*, de autoria de Roberto Passos Nogueira, Sérgio Francisco Piola e Solon Magalhães Vianna. O texto, elaborado em 2006, destaca o planejamento e a gestão de recursos humanos na administração pública como uma importante tarefa de médio e longo prazo para responder às necessidades criadas pelas macro-funções exercidas por uma dada instituição. Apresenta as macro-funções, carreiras e situação dos recursos humanos do Ministério da Saúde e ao final menciona alguns dos problemas de recursos humanos deste ministério que estão a depender de decisões político-institucionais de maior envergadura.

Com este conjunto de estudos os autores e a equipe do ObservaRH/UnB esperam contribuir com subsídios nessa temática e suscitar o debate entre os estudiosos e interessados nesse campo. Outros temas nessa mesma linha de investigação - Tendências na Evolução do Emprego e nas Relações de Trabalho em Saúde - integram a série de publicações do ObservaRH/UnB.



LISTA DE TABELAS

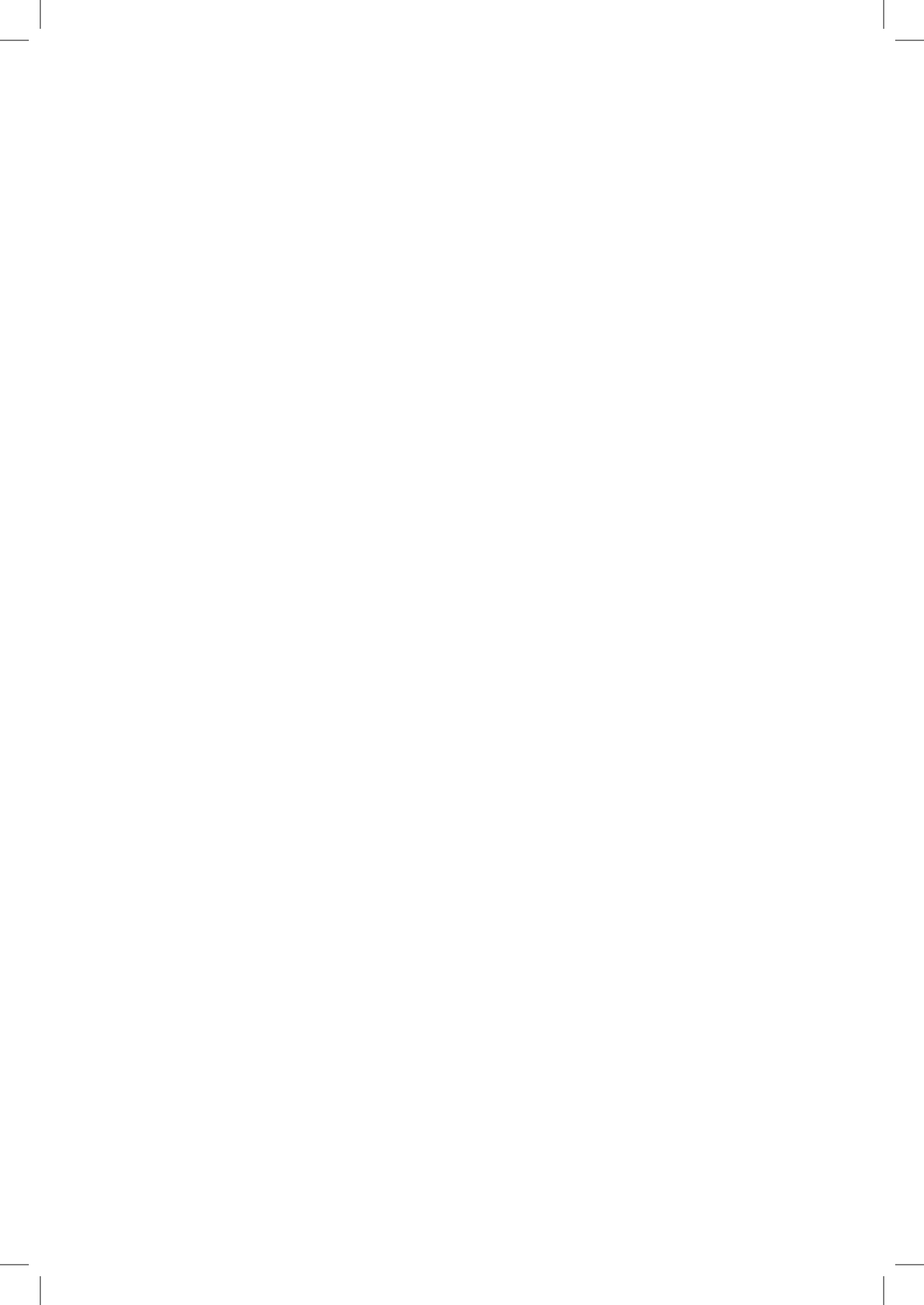
TABELA 1	Brasil, 2000-2005: Crescimento do Emprego (%) em Setores Seleccionados da Economia.....	23
TABELA 2	Brasil, 2000-2005: Média de Crescimento do Emprego (%) em Setores Seleccionados da Economia, por Período.....	25
TABELA 3	Brasil, 2005: Principais Categorias de Trabalhadores Admitidas a Emprego nos Serviços de Saúde	26
TABELA 4	Brasil, 2000-2005: Estoque de Empregos em Serviços de Saúde (em 31/12 de cada ano).....	26
TABELA 5	Brasil, 2005: Empregos no Subsetor Serviços de Saúde por Natureza Jurídica do Estabelecimento.....	27
TABELA 6	Brasil, 2005: Estoque de Empregos para algumas Categorias de Saúde	28
TABELA 7	Brasil, 2001 a 2005: Valor (em Reais) da Hora de Trabalho Contratada, (a preços correntes, em dezembro) e Variação Percentual	29
TABELA 8	Brasil, 2005: Percentual de Participação de Empregados com Educação Média ou Superior, por Subsetores Seleccionados.....	30
TABELA 9	Brasil, 2003 a 2005: Relação entre Primeiros Empregos de Enfermeiros e Médicos e Graduados em Enfermagem e Medicina no Ano Anterior.....	31
TABELA 10	Brasil, 2000-2005: Crescimento do Emprego (%) nos Serviços de Saúde, por UF	32
TABELA 11	Brasil, 2000-2005: Estoque de Empregos em Serviços de Saúde (em 31/12 de cada ano), por UF e Região	33
TABELA 12	Brasil, 2005: Empregos no Subsetor Serviços de Saúde por Natureza Jurídica do Estabelecimento, por UF e Região	35

TABELA 13	Brasil, 2005: Estoque de Empregos para Médicos, por UF e Região 36
TABELA 14	Brasil, 2005: Estoque de Empregos para Enfermeiros, por UF e Região37
TABELA 15	Brasil, 2005: Estoque de Empregos para Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, por UF e Região39
TABELA 16	Brasil e UF, 2003 a 2005: Relação entre Primeiros Empregos de Enfermeiros e Graduados em Enfermagem no Ano Anterior.....40
TABELA 17	Brasil e UF, 2003 a 2005: Relação entre Primeiros Empregos de Médicos e Graduados em Medicina no Ano Anterior42
TABELA 18	Administração federal, 1991-2005 - Número de aposentados e de ingressados anuais por concurso50
TABELA 19	Brasil, Setembro, 2002 –Vínculos institucionais dos trabalhadores do PSF por categoria de trabalhador52
TABELA 20	Relação entre a despesa com pessoal e a receita corrente líquida (%), nos municípios brasileiros, 2000-2003 (Amostra de 3.215 Municípios)56
TABELA 21	Total de despesas com pessoal em municípios brasileiros, 2000- 2003, em milhões de reais (a preços de 2003, pelo IGP-DI).....57
TABELA 22	Brasil, 2004 - Médicos e enfermeiros admitidos ao poder executivo nas três esferas da Federação, segundo regime de trabalho59
TABELA 23	Brasil, 2004 - Distribuição dos regimes de trabalho CLT e RJU na administração pública federal, estadual e municipal60
TABELA 24	Brasil e Grandes Regiões, 2004 - Médicos e enfermeiros empregados por OS e OSCIP61
TABELA 25	Brasil, 2002 - Distribuição dos vínculos de trabalho em estabelecimentos públicos de saúde.....63
TABELA 26	Componentes do Sistema de Saúde e principais formas de intervenção do Estado70
TABELA 27	Leitos disponíveis ao SUS em Estabelecimentos de Saúde, Brasil, 2005.....73

TABELA 28	Internações de acordo com o Sistema de Internações Hospitalares em Estabelecimentos de Saúde, Brasil, 2005.....	73
TABELA 29	Leitos para internação em estabelecimentos de saúde, por esfera administrativa, Brasil, 1990-2005	74
TABELA 30	Número de leitos comparado com internações no setor privado, Brasil, 1999 e 2005	75
TABELA 31	Leitos para internação por esfera administrativa pública, Brasil, 1992 e 2005.....	76
TABELA 32	OSCIP por finalidade, Brasil, 2007.....	81
TABELA 33	Categorias profissionais de saúde empregadas por OSCIP, Brasil e Regiões, 2005	82
TABELA 34	Dias de permanência em internações hospitalares no SUS para pacientes com 60 anos e mais, Brasil, 1996 e 2006.....	95
TABELA 35	Internações no SUS por diabetes e neoplasias, Brasil e regiões, 1996 e 2006.....	96
TABELA 36	Concluintes em alguns cursos de graduação presenciais da área da saúde, segundo a categoria administrativa, Brasil, 1999 e 2004.....	98
TABELA 37	Variação percentual dos concluintes em alguns cursos de graduação presenciais da área da saúde, segundo a categoria administrativa, Brasil, 1999 a 2004	99
TABELA 38	Alunos formados pelo PROFAE, Brasil e Regiões, Setembro de 2005.....	100
TABELA 39	Número de agentes comunitários, equipes de saúde da família e equipes de saúde bucal, Brasil e regiões, 2006.....	101
TABELA 40	Recursos humanos de nível superior em estabelecimentos de saúde por esfera administrativa pública, Brasil, 2005	104
TABELA 41	Evolução dos empregos de médico em estabelecimentos de saúde segundo esfera administrativa pública, Brasil, 1999 e 2005	105
TABELA 42	Força de trabalho da administração pública, Brasil e Regiões, 2005	105

TABELA 43	Variação % da força de trabalho na administração pública, Brasil e Regiões, 2003 a 2005	106
TABELA 44	Evolução da despesa líquida com pessoal/receita corrente líquida (%), Poder Executivo das Unidades Federadas, 2000 a 2006	108
TABELA 45	Número de ingressados anuais por concurso na administração federal, 1999-2006	111
TABELA 46	Evolução Percentual da Participação de Minorias Étnicas na Força de Trabalho do Setor Público, Estados Unidos, 1993-2003.....	121
TABELA 47	Países da OCDE, 1999: Participação das Mulheres no Setor Público.....	122
TABELA 48	Número e Proporção de Homens e Mulheres na População Residente, População Economicamente Ativa e Militares e Estatutários, Brasil, 2002	124
TABELA 49	Participação das Mulheres na Força de Trabalho no Setor Público das Três Esferas de Governo e Média de Remuneração, Brasil, 2003	125
TABELA 50	Brasil, 2004: Participação Percentual das Mulheres no Total de Trabalhadores de Alguns Órgãos da Administração Federal	126
TABELA 51	Brasil, 2004: Participação Percentual das Mulheres em Funções de Assessoramento de Direção Superior (DAS) segundo Tipo.....	127
TABELA 52	Participação das Mulheres na Força de Trabalho do Executivo Federal, Brasil, 2004	127
TABELA 53	População Geral e Força de Trabalho do Setor Público, segundo Raça/Cor, Brasil, 2003	128
TABELA 54	Macro-Funções do Ministério da Saúde	136
TABELA 55	Macro-Funções do Ministério da Saúde e seu contexto organizacional amplo.....	137
TABELA 56	Órgãos do Ministério da Saúde e carreiras correspondentes.....	138
TABELA 57	Quadro Regular de Pessoal do Ministério da Saúde, 2004.....	140
TABELA 58	Evolução do Número de Servidores, Ministério da Saúde e Administração Federal, 1997-2005	141

TABELA 59	Pessoal de Quadro “Extra” na Sede do Ministério da Saúde, 2004.....	142
TABELA 60	Cargos Comissionados de DAS no Ministério da Saúde, 2006..	143
TABELA 61	Pessoal da Fundação Oswaldo Cruz por Tipo de Vínculo, 2005.	147
TABELA 62	Pessoal dos Estabelecimentos com Internação Administrados Diretamente pelo Ministério da Saúde, por Grupo Ocupacional, 2002.....	148
	Pessoal do Hospital Geral do Rio de Janeiro, por Tipo de Vínculo, 2003.....	149



1.

EVOLUÇÃO DO EMPREGO EM SAÚDE
ENTRE 2000 E 2005

ROBERTO PASSOS NOGUEIRA
VALDEMAR DE ALMEIDA RODRIGUES





EVOLUÇÃO DO EMPREGO EM SAÚDE ENTRE 2000 E 2005

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa teve por objetivo avaliar a evolução do emprego em saúde na conjuntura da primeira metade da década de 2000. Um aspecto importante dessa avaliação é a comparação da evolução do emprego em saúde com a do conjunto da economia brasileira. A principal pergunta que nos propomos responder, a este respeito, é se o ritmo de crescimento do emprego em saúde acompanha ou não as taxas que se verificam em outros setores da economia e na totalidade dos setores econômicos.

É sabido que, nos anos de 2004 e 2005, registraram-se taxas significativas de incremento do emprego e de diminuição do desemprego, no total da economia brasileira. Segundo Cardoso Jr. (2006),

...o mercado de trabalho brasileiro recebeu influência positiva de um ambiente macroeconômico de crescimento. De um ponto de vista geral, as principais mudanças verificadas no período foram o aumento da ocupação total da força de trabalho e a redução do desemprego, propiciada pelo fato de que o nível de ocupação cresceu, praticamente em todo o país, mais do que o número de pessoas que participa anualmente do mercado de trabalho.

No biênio 2004 e 2005, o emprego total, medido pelo Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED/MTE), cresceu numa média de 5,82%, o que se compara muito favoravelmente com a taxa registrada no biênio de 2002 e 2003, que foi de 3,24%. Por sua vez, a taxa de desocupação medida pela Pesquisa Mensal de Emprego (PME/IBGE) passou de 12,3% em 2003 para 9,8% em 2005.

A pergunta que nos formulamos aqui é esta: no biênio 2004/2005, o emprego em serviços de saúde experimentou uma expansão semelhante à

que ocorreu em outros setores, como o comércio, a indústria e os serviços em geral?

A hipótese que elaboramos no ponto de partida desta pesquisa é que o emprego em saúde, numa conjuntura expansiva do emprego, cresce a um ritmo mais lento que o dos setores mencionados. Esta hipótese está fundamentada no fato de que o emprego em saúde depende substancialmente de investimentos privados e públicos, que são realizados de maneira mais lenta que no restante dos setores da economia.

Em relação à aceleração da atividade econômica, o emprego em saúde não é tão elástico como o emprego em outros setores. Ou seja, quando a economia cresce, o emprego em saúde também cresce, mas menos que o dos setores industriais e de comércio, por exemplo. Por outro lado, quando a economia desacelera (“desaquece”), não se dá uma queda importante no nível do emprego em saúde, dado que este é um tipo de consumo essencial para a subsistência da população e também porque esses serviços estão muito associados à participação do Estado. De um modo geral, o comportamento do emprego não é afetado de maneira muito profunda pelos ciclos econômicos de expansão e retração.

Para a avaliação proposta, utilizaremos como fontes de dados os registros administrativos que compõem o CAGED e a Relação Anual de Informações Sociais (RAIS), do Ministério do Trabalho e Emprego. Deve ser notado que, nestas duas fontes de dados, os assim denominados “serviços médicos, odontológicos e veterinários” constituem um subsetor do setor de serviços. Contudo, este subsetor (que aqui denominamos simplesmente de “serviços de saúde”) abrange apenas uma parte do emprego em estabelecimentos públicos de saúde, visto que outra parte muito mais substantiva, em termos de volume de emprego, está classificada no setor de administração pública. Assim, através dessas fontes não é possível recompor a totalidade do emprego em saúde. Segundo dados da RAIS, 1.007.649 empregos compunham esse subsetor em 2002. Por outro lado, segundo dados da pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS/IBGE), para 2002, havia no Brasil um total de 2.180.568 empregos em estabelecimentos de saúde. Assim, na comparação entre essas duas fontes, conclui-se que os dados da RAIS para serviços de saúde (e, portanto, do CAGED, que tem a mesma base de referência) representam 46% do total

do emprego em saúde. Embora a participação do emprego em saúde dos estabelecimentos públicos seja minoritária, o subsetor “serviços médicos, odontológicos e veterinários”, do CAGED e da RAIS pode ser tomado como um indicador realmente representativo do crescimento do conjunto do emprego em saúde no Brasil. Contudo, ele é inadequado para representar a composição do emprego em saúde segundo a natureza jurídica dos estabelecimentos.

Todos os dados analisados neste texto referem-se ao país como um todo. Mas, em anexo, são apresentadas algumas tabelas que discriminam os dados por Unidade Federada e grande Região.

CRESCIMENTO DO EMPREGO EM SAÚDE COMPARADO COM OUTROS SETORES

Dados parciais de crescimento setorial do emprego, extraídos do CAGED do Ministério do Trabalho e Emprego, para o período 2000 a 2005, são mostrados na tabela 1. Deve ser destacada, em primeiro lugar, a indiscutível mudança de padrão de crescimento do emprego ocorrida no biênio 2004/2005. Para o total da economia, alcançaram-se marcas expressivas de 6,55% em 2004 e 5,09% em 2005, em contraste com 2,89%, em 2003, e 3,59% em 2002.

TABELA 1 Brasil, 2000-2005: Crescimento do Emprego (%) em Setores Selecionados da Economia

Setores	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Total	3,2	2,72	3,59	2,89	6,55	5,09
Indústria transform.	3,98	2,05	3,16	2,47	9,36	3,01
Comércio	4,39	4,88	6,68	4,76	7,86	6,98
Serviços em geral	3,53	3,63	3,43	2,92	5,06	5,87
Serviços de saúde	2,12	2,57	3,71	2,34	4,07	4,97
Adm. Pública	0,32	1,19	1,13	1,4	-0,06	3,07

Fonte: CAGED/MTE

A indústria de transformação e o comércio são os setores que mais contribuíram para esse resultado, embora a indústria de transformação tenha sofrido uma queda acentuada de crescimento do seu emprego em 2005. O setor de serviços em geral aparece com um desempenho menos proeminente. Por sua vez, os serviços de saúde têm um comportamento ainda menos expansivo, com taxas menores que os demais setores mostrados, com exceção do setor de administração pública, o qual registra um valor negativo em 2004. Contudo, o emprego na administração pública cresceu 3,07% em 2005, um valor muito expressivo para a série de anos analisada.

É interessante notar que nos setores de saúde e de administração pública, o emprego aumenta mais em 2005 do que em 2004, num comportamento contrário ao dos demais. Enquanto na indústria e no comércio o auge do crescimento dá-se em 2004, para os serviços de saúde, o auge só ocorre em 2005. Isto aponta para o fato de que a resposta dos setores de serviços de saúde e de administração pública, diante de um momento expansivo da economia, é sempre retardatária em relação aos demais setores. Assim, o resultado de 2005 reflete o que se passou no ano anterior nos setores mais dinâmicos da economia.

Na tabela 2, é mostrada uma síntese das tendências de crescimento do emprego, em que se permite melhor comparar duas conjunturas: 2000-02 com 2003-05. Fica claro nesta comparação que o período 2003-05 produziu resultados melhores no nível de emprego para todos os setores examinados.

A indústria de transformação e o comércio são os setores que lideraram a criação de empregos na conjuntura de 2003 a 2005, mas isto aconteceu também para a conjuntura 2000 a 2003. A posição relativa de cada setor não se altera nas duas conjunturas. Assim, os serviços de saúde aparecem em penúltimo lugar e a administração pública em último lugar.

TABELA 2 Brasil, 2000-2005: Média de Crescimento do Emprego (%) em Setores Selecionados da Economia, por Período

Setores	Média 2000-2002	Média 2003-2005	Diferencial das Médias
Total	3,17	4,84	1,67
Indústria transform.	3,06	4,95	1,88
Comércio	5,32	6,53	1,22
Serviços em geral	3,53	4,62	1,09
Serviços de saúde	2,80	3,79	0,99
Adm. Pública	0,88	1,47	0,59

Fonte: CAGED/MTE

Esses dados corroboram nossa hipótese de que os serviços de saúde respondem de maneira positiva a um ciclo expansivo de curto prazo da economia, contudo, em intensidade menor e em ritmo mais lento do que o dos setores empresarialmente mais dinâmicos, como o comércio e a indústria. Um crescimento de características semelhantes acontece com o emprego na administração pública.

Quais são as categorias de trabalhadores mais demandadas pelos serviços de saúde? A resposta, com dados para 2005, encontram-se na tabela 3. Em primeiro lugar, estão os técnicos e auxiliares de enfermagem. Em seguida, vêm as categorias de apoio e de serviços gerais: recepcionistas, escriturários/agentes administrativos, zeladores e assemelhados. Na quinta e sexta posições, estão os enfermeiros e os médicos, respectivamente.

TABELA 3 Brasil, 2005: Principais Categorias de Trabalhadores Admitidas a Emprego nos Serviços de Saúde

Família ocupacional	N. empregos	(%)
1. Técnicos e auxiliares de enfermagem	56.071	20,94
2. Recepcionistas	48.022	17,93
3. Escriturários em geral, agentes, assistentes e auxiliares administrativos	24.514	9,15
4. Trab. Nos serviços de manutenção e conservação de edifícios...	17.744	6,63
5. Enfermeiros	13.542	5,06
6. Médicos	11.348	4,24
7. Outros	96.570	36,06
TOTAL	267.811	100,00

Fonte: CAGED/MTE

Estoque de Emprego de Saúde em Diversos Setores

O estoque de empregos é medido tendo por referência a totalidade do emprego existente num dado setor, em uma data fixa, em geral determinada para o último dia de cada ano (31 de dezembro). O estoque representa o saldo de empregos ativos existentes nesta data.

A tabela 4 exibe o número e a taxa de crescimento do estoque de emprego em serviços de saúde de 2000 a 2005. Em 2005, o subsetor de serviços de saúde absorvia 1.137.648 empregos.

TABELA 4 Brasil, 2000-2005: Estoque de Empregos em Serviços de Saúde (em 31/12 de cada ano)

ANO	TOTAL
2000	924.415
2001	957.235
2002	1.007.649
2003	1.028.343
2004	1.059.538
2005	1.137.648

Fonte: RAIS/MTE

Como dito anteriormente, este subsetor está composto basicamente por empregos em estabelecimentos privados, empresariais ou sem fins lucrativos. Neste subsetor de serviços, a participação do emprego em estabelecimentos públicos é muito diminuta (no total, apenas 10,6%). Isto acontece porque a grande maioria do emprego de saúde em estabelecimentos públicos está classificada no setor amplo da administração pública. Os dados sobre composição dos empregos no subsetor de serviços de saúde, em 2005, por natureza jurídica do estabelecimento, aparecem na tabela 5.

TABELA 5 Brasil, 2005: Empregos no Subsetor Serviços de Saúde por Natureza Jurídica do Estabelecimento

Natureza jurídica do estabelecimento	Empregos	%
Setor Público Federal	32.249	2,83
Setor Público Estadual	50.498	4,44
Setor Público Municipal	37.560	3,30
Entidades empresariais estatais	11.139	0,98
Entidades empresariais privadas	508.227	44,67
Entidades sem fins lucrativos	429.000	37,71
Pessoas físicas e outras formas de org. legal	68.975	6,06
Total	1.137.648	100,00

Fonte: RAIS/MTE

Diante desses dados, é natural que surja a pergunta a respeito de como se distribuem os empregos em saúde na administração pública. A RAIS apresenta algumas limitações sérias a este respeito, porque esta fonte não discrimina os subsetores da administração pública, tais como saúde, ensino, previdência social, etc. Por exemplo, podemos identificar o total dos empregos de médicos, mas não temos como saber quais os que exercem suas funções em saúde, em ensino ou em outra atividade pública qualquer.

Contudo, os dados permitem comparar a distribuição dos empregos de algumas categorias de saúde no total dos setores com os da adminis-

tração pública (incluindo as entidades empresariais estatais tais como as empresas públicas de economia mista). Chega-se, assim, a alguns resultados interessantes, como os mostrados na tabela 6. A administração pública aparece como o principal empregador de médicos (nada menos que 67% do total) e de enfermeiros (47%). O setor de serviços de saúde (basicamente privado), por sua vez, é o maior empregador de técnicos e auxiliares de enfermagem (51%). Por outro lado, em torno a 10% dessas três categorias encontram-se empregados em outros subsetores da economia (da indústria, do comércio, etc.).

TABELA 6 Brasil, 2005: Estoque de Empregos para algumas Categorias de Saúde

Categoria	Serviços de saúde	Adm. Pública	Outros subsetores	Total
Médicos	51.888	151.839	22.294	226.021
Enfermeiros	44.383	49.232	10.869	104.484
Técnicos e auxiliares de enfermagem	279.735	210.579	56.336	546.650
Total	376.006	411.650	89.499	877.155

Fonte: RAIS/TEM

RENDA DO TRABALHO E NÍVEL EDUCACIONAL

Para se ter uma idéia do nível de remuneração no subsetor de serviços de saúde, em comparação com o de outras atividades da economia, tomamos aqui, como medida, o valor da hora de trabalho contratada por semana. Este valor é obtido dividindo-se a massa de salários do subsetor, no mês de dezembro, pela somatória das horas de trabalho contratadas semanais. O valor médio da hora contratada para uma seleção de subsectores da economia encontra-se na tabela 7.

TABELA 7 Brasil, 2001 a 2005: Valor (em Reais) da Hora de Trabalho Contratada, (a preços correntes, em dezembro) e Variação Percentual

Subsetor IBGE	2001 (R\$)	2003 (R\$)	2005 (R\$)	Variação 2001 a 2005 (%)
Ind. Metalúrgica	21,34	27,31	29,45	38,00
Ind. Mecânica	27,42	33,56	35,75	30,40
Ind. Química	30,00	39,29	39,08	30,28
Inst. Financeiras	56,80	76,22	80,17	41,15
Serv. Saúde	18,75	22,48	25,63	36,65
Adm. Pública	30,56	34,39	39,33	28,68

Fonte: RAIS/MTE

Em 2005, um trabalhador dos serviços de saúde ganhava em média R\$ 25,63. Verifica-se que esse valor monetário é o menor de todos para este grupo de subsectores selecionados. Isto quer dizer que na média um trabalhador de saúde ganha menos que um trabalhador na indústria metalúrgica, na indústria mecânica, em instituições financeiras, etc. Inclusive, ganha menos que a média de um trabalhador da administração pública. Este indicador é enviesado, no entanto, pela participação diminuta do emprego público de saúde no subsector de serviços de saúde.

No entanto, a análise da tabela mostra que a remuneração por hora contratada por semana no subsector de serviços de saúde cresceu em 36,65% no período 2001 a 2005. Esse índice de crescimento supera o dos outros subsectores, com exceção da indústria metalúrgica e das instituições financeiras. Portanto, a despeito de sua base de remuneração média ser menor que a de outros subsectores da economia, os serviços de saúde apresentam uma tendência forte a aumentar a média de remuneração do pessoal empregado.

Para uma comparação entre os subsectores selecionados, no que tange à qualificação educacional dos trabalhadores, usamos aqui o percentual de empregados com educação média ou superior. Constata-se que os serviços de saúde contam com 72,27% do seu pessoal qualificado nesta faixa educacional, superando os demais subsectores, com exceção das

instituições financeiras, como mostra a tabela 8. Também quanto a esta variável, os empregos em serviços de saúde assemelham-se aos da administração pública.

TABELA 8 Brasil, 2005: Percentual de Participação de Empregados com Educação Média ou Superior, por Subsetores Selecionados

Subsetor ibge	Educação média ou superior (%)
Ind. Metalúrgica	43,44
Ind. Mecânica	55,95
Ind. Química	54,46
Inst. Financeiras	95,10
Serv. Saúde	72,27
Adm. Pública	70,29

Fonte: RAIS/MTE

Nota-se que à melhor qualificação educacional dos empregos em serviços de saúde não corresponde uma remuneração média mais elevada, em comparação com os demais subsetores. Entre os seis subsetores estudados, os serviços de saúde ocupam a segunda posição em matéria de educação dos empregados, mas a média de remuneração dos empregados aparece na última posição.

RELAÇÃO ENTRE PRIMEIRO EMPREGO E GRADUAÇÃO NO ANO ANTERIOR

As informações sobre a relação entre o primeiro emprego e graduação no ano anterior são apresentadas para médicos e enfermeiros na tabela 9. O primeiro emprego de médicos no período 2003-2005 apresenta uma relação inferior a um terço do total de formados no ano anterior, observando-se um crescimento no emprego desses profissionais em 2005, enquanto o número de graduados nesse mesmo ano, comparado à situação dos anteriores, exibiu um crescimento menor. A situação dos

enfermeiros revela uma relação de emprego ainda menor, com 27% em 2003, em relação aos graduados no ano anterior, relação que decresceu até 2005, quando alcançou cerca de 20%. De qualquer forma, em números absolutos há sempre um incremento nesse período, mas o acréscimo de graduados é sempre maior do que o de empregos, o que gera o tipo de conexão mencionado. Ainda no tocante ao primeiro emprego, embora o número de graduados no ano anterior seja um referencial objetivo, de fato pode haver casos em que o primeiro emprego não tenha ocorrido imediatamente após a graduação.

TABELA 9 Brasil, 2003 a 2005: Relação entre Primeiros Empregos de Enfermeiros e Médicos e Graduados em Enfermagem e Medicina no Ano Anterior

Profissional	2003			2004			2005		
	P. emp.	Gr. ant.	% Pe/g	P. emp.	Gr. ant.	% Pe/g	P. emp.	Gr. ant.	% Pe/g
Médico	2.783	8.498	32,7	2.907	9.113	31,9	3.633	9.339	38,9
Enfermeiro	2.402	8.901	27,0	2.654	11.252	23,6	2.879	13.965	20,6

Fontes: CAGED/MTE e Edudata/INEP/MEC

Quando detalhada por Região e UF (tabelas G e H do anexo), essa mesma relação entre primeiros empregos e graduados no ano anterior suscita algumas indagações. A relação de empregos/graduados no ano anterior para enfermeiros em um dos estados da região Norte fica acima de 100% em 2003, e mesmo a média da região (41,9%) fica muito acima da média para o Brasil (27%) para esse profissional. Dado que poderia sugerir a migração de profissionais para essa região, fenômeno que vem gerando a atenção na área da saúde. Contudo para a mesma região Norte essa tendência não se repete nos anos subsequentes, situando a relação primeiros empregos/graduados abaixo da média do país. A região Centro-Oeste apresenta percentual um pouco acima da média nacional, mantendo essa situação nos três anos considerados, enquanto a região Nordeste apresenta uma relação superior à média nacional somente no ano de 2005. Na região Sudeste a média na relação primeiros empregos/graduados está

próxima da média do país, embora no ano de 2004 uma das UFs apresente mais empregos do que graduados no ano anterior. A região Sul fica dentro da média nacional para os anos de 2003 e 2005. O entendimento dessas variações e a tentativa de identificar se há uma lógica subjacente implicaria em explorar uma série de fatores e hipóteses, que não compõem este estudo, como aqueles associados a aspectos sócio-econômicos, educacionais, de trabalho na saúde e em outras profissões que não as da saúde, além de considerar a definição política de prioridades.

REFERÊNCIAS

CARDOSO JR., J. C. **Macroeconomia e mercado de trabalho no Brasil**: trajetória recente e tendência aparente. Brasília: UnB/NESP/ObservaRH, 2006. Disponível em: <http://www.observarh.org.br/nesp/interna.php?id=389>. Acessado em: 28 set 2005.

ANEXOS

TABELA 10 Brasil, 2000-2005: Crescimento do Emprego (%) nos Serviços de Saúde, por UF

Região	UF	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Norte	RO	2,82	0,67	2,70	9,96	7,12	5,19
	AC	9,06	4,41	1,32	2,95	1,50	11,64
	AM	14,97	5,52	-0,76	-2,98	1,10	9,8
	RR	7,21	12,41	6,28	5,74	2,28	-0,15
	PA	3,85	1,95	0,24	2,32	2,89	5,90
	AP	5,92	4,91	-6,85	10,68	3,13	9,80
	TO	0,70	9,72	14,13	-25,62	10,04	9,31

Região	UF	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Nordeste	MA	3,02	-0,87	3,01	0,65	-0,86	4,82
	PI	2,22	3,12	4,45	-1,41	2,69	6,90
	CE	2,96	2,23	3,15	1,85	2,01	2,72
	RN	8,08	4,31	2,96	1,01	2,27	3,45
	PB	1,86	1,63	1,93	0,13	1,78	3,33
	PE	1,31	1,87	2,97	0,11	3,58	3,66
	AL	1,62	3,64	2,53	4,50	3,68	2,84
	SE	0,35	3,68	1,82	-2,80	5,40	-1,57
	BA	3,82	4,02	10,34	3,91	5,68	3,54
Sudeste	MG	0,54	1,15	2,57	1,77	2,85	4,19
	ES	7,34	3,74	5,21	8,85	6,03	8,56
	RJ	-0,11	3,26	1,37	2,49	5,24	6,33
	SP	2,84	2,45	4,32	3,15	3,66	5,51
Sul	PR	1,13	3,85	7,11	2,98	2,86	3,58
	SC	2,95	3,42	5,26	3,58	3,70	5,60
	RS	1,93	2,21	1,53	0,16	4,85	4,14
Centro-Oeste	MS	1,91	3,64	3,12	1,17	4,53	5,51
	MT	4,83	1,60	2,23	0,53	3,95	5,27
	GO	1,55	0,77	1,51	0,58	6,24	4,83
	DF	0,20	5,34	6,38	4,25	13,91	7,09

Fonte: CAGED/MTE

TABELA 11 Brasil, 2000-2005: Estoque de Empregos em Serviços de Saúde (em 31/12 de cada ano), por UF e Região

UF	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Norte	29.904	31.579	33.071	32.313	38.773	36.540
RO	4.346	4.404	4.529	4.785	5.076	5.113
AC	1.282	1.349	1.389	1.448	1.548	1.636
AM	6.652	6.898	7.709	6.336	7.589	7.942
RR	260	309	326	404	442	740
PA	13.796	14.695	14.794	15.200	19.590	16.060
AP	637	705	793	1.381	1.459	1.606
TO	2.931	3.219	3.531	2.759	3.069	3.443
Nordeste	140.899	151.412	158.268	164.010	164.430	173.158

UF	2000	2001	2002	2003	2004	2005
MA	9.504	9.501	9.942	10.061	9.808	9.932
PI	4.894	5.133	5.376	5.289	5.551	6.065
CE	22.812	23.419	23.059	24.967	25.464	26.868
RN	8.487	8.718	9.586	8.911	9.567	9.704
PB	11.042	11.112	11.208	11.059	9.696	9.815
PE	28.045	30.557	31.431	33.801	34.972	34.574
AL	7.242	7.711	8.089	8.945	9.345	9.582
SE	7.422	7.758	7.630	6.982	7.423	7.821
BA	41.451	47.503	51.947	53.995	52.604	58.797
Sudeste	527.747	540.752	572.641	588.423	602.244	660.423
MG	116.245	116.909	121.596	123.222	121.423	129.877
ES	14.494	15.297	15.935	17.200	18.182	19.958
RJ	117.337	115.675	115.541	121.027	126.354	143.475
SP	279.671	292.871	319.569	326.974	336.285	367.113
Sul	159.962	164.380	171.861	171.883	176.410	186.029
PR	51.917	53.979	58.366	59.140	59.228	61.353
SC	24.716	26.095	28.053	28.460	29.532	31.626
RS	83.329	84.306	85.442	84.283	87.650	93.050
Centro-Oeste	65.903	69.112	71.808	71.714	77.681	81.498
MS	9.622	9.463	9.751	10.841	11.213	11.633
MT	11.539	11.477	11.544	9.809	10.328	11.433
GO	30.085	32.137	33.661	33.345	35.923	37.544
DF	14.657	16.035	16.852	17.719	20.217	20.888
Total	924.415	957.235	1.007.649	1.028.343	1.059.538	1.137.648

Fonte: RAIS/MTE

TABELA 12 Brasil, 2005: Empregos no Subsetor Serviços de Saúde por Natureza Jurídica do Estabelecimento, por UF e Região

Uf/ Região	Setor público federal	Setor público estadual	Setor público municipal	Entida- des em- presa- riais es- tatais	Entida- des em- presa- riais pri- vadas	Enti- dades sem fins lucrati- vos	Pessoas físicas e outras formas de org. Legal	Total
Norte	3.393	4.691	104	12	19.084	7.669	1.587	36.540
RO	1.951	-	-	1	2.658	244	259	5.113
AC	-	636	-	-	505	446	49	1.636
AM	-	2.298	-	-	4.398	984	262	7.942
RR	1	-	-	-	695	6	38	740
PA	4	1.603	101	3	8.927	4.739	683	16.060
AP	544	-	-	8	600	397	57	1.606
TO	893	154	3	-	1.301	853	239	3.443
Nordeste	5.859	1.144	1.905	1.534	99.797	56.710	6.209	173.158
MA	9	-	702	-	6.432	2.578	211	9.932
PI	9	115	312	84	4.967	302	276	6.065
CE	12	-	326	72	12.365	12.713	1.380	26.868
RN	41	-	92	-	7.544	1.541	486	9.704
PB	14	-	31	-	7.641	1.396	733	9.815
PE	1.705	740	77	139	23.068	7.731	1.114	34.574
AL	3	-	-	1.145	4.963	3.060	411	9.582
SE	1	289	18	-	4.738	2.377	398	7.821
BA	4.065	-	347	94	28.079	25.012	1.200	58.797
Sudeste	20.052	33.165	29.021	4.328	276.523	255.409	41.925	660.423
MG	3.188	13.108	7.216	225	49.624	45.870	10.646	129.877
ES	5	1	270	3	11.526	6.280	1.873	19.958
RJ	16.620	3.115	8.264	220	80.536	27.254	7.466	143.475
SP	239	16.941	13.271	3.880	134.837	176.005	21.940	367.113
Sul	507	2	3.991	4.916	71.416	90.823	14.374	186.029
PR	15	-	258	178	30.462	24.809	5.631	61.353
SC	10	-	1.549	273	12.665	14.625	2.504	31.626
RS	482	2	2.184	4.465	28.289	51.389	6.239	93.050

Uf/ Região	Setor público federal	Setor público estadual	Setor público municipal	Entida- des em- presa- riais es- tatais	Entida- des em- presa- riais pri- vadas	Enti- dades sem fins lucrati- vos	Pessoas físicas e outras formas de org. Legal	Total
Centro- Oeste	2.438	11.496	2.539	349	41.407	18.389	4.880	81.498
MS	17	42	1.380	322	4.142	4.553	1.177	11.633
MT	2	-	1.067	1	6.220	3.095	1.048	11.433
GO	1.357	11.454	92	18	16.227	6.295	2.101	37.544
DF	1.062	-	-	8	14.818	4.446	554	20.888
Total	32.249	50.498	37.560	11.139	508.227	429.000	68.975	1.137.648

Fonte: RAIS/MTE

TABELA 13 Brasil, 2005: Estoque de Empregos para Médicos, por UF e Região

UF/Região	Serviços de Saúde	Adm. Pública	Outros Subsetores
Norte	984	7.939	580
RO	46	632	52
AC	-	434	8
AM	344	1.969	161
RR	-	105	23
PA	543	3.164	290
AP	14	181	26
TO	37	1.454	20
Nordeste	5.330	30.224	3.093
MA	100	1.266	139
PI	41	820	132
CE	877	3.334	416
RN	106	2.671	136
PB	448	2.681	371
PE	1.684	9.759	696
AL	150	928	147
SE	251	1.831	155

UF/Região	Serviços de Saúde	Adm. Pública	Outros Subsetores
BA	1.673	6.934	901
Sudeste	36.067	89.399	13.829
MG	5.860	13.800	3.004
ES	536	4.367	502
RJ	9.695	17.437	3.546
SP	19.976	53.795	6.777
Sul	7.351	16.873	3.637
PR	1.598	6.068	1.375
SC	583	4.287	660
RS	5.170	6.518	1.602
Centro-Oeste	2.156	7.404	1.155
MS	159	1.988	149
MT	177	1.052	71
GO	1.400	1.087	532
DF	420	3.277	403
Total	51.888	151.839	22.294

Fonte: RAIS/MTE

TABELA 14 Brasil, 2005: Estoque de Empregos para Enfermeiros, por UF e Região

UF/região	Serviços de saúde	Adm. Pública	Outros subsetores
Norte	904	4.349	311
RO	62	178	39
AC	57	307	3
AM	234	1.276	121
RR	6	33	15
PA	472	1.787	101
AP	33	51	28
TO	40	717	4
Nordeste	6.050	13.068	1.491
MA	240	458	72
PI	124	621	75
CE	960	1.844	185

UF/região	Serviços de saúde	Adm. Pública	Outros subsetores
RN	331	1.148	50
PB	340	1.325	152
PE	1.360	2.923	188
AL	226	453	38
SE	170	735	46
BA	2.299	3.561	685
Sudeste	27.928	22.085	6.597
MG	4.129	3.418	933
ES	488	1.063	219
RJ	4.988	5.038	1.260
SP	18.323	12.566	4.185
Sul	7.418	6.849	2.076
PR	2.126	2.470	987
SC	1.027	2.090	345
RS	4.265	2.289	744
Centro-Oeste	2.083	2.881	394
MS	228	479	86
MT	333	579	51
GO	635	373	127
DF	887	1.450	130
Total	44.383	49.232	10.869

Fonte: RAIS/MTE

TABELA 15 Brasil, 2005: Estoque de Empregos para Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, por UF e Região

UF/Região	Serviços de Saúde	Adm. Pública	Outros Subsetores
Norte	8.455	20.557	2.127
RO	737	1.259	251
AC	291	903	9
AM	2.039	8.203	774
RR	86	143	60
PA	4.432	6.308	892
AP	274	326	107
TO	596	3.415	34
Nordeste	39.148	44.126	8.492
MA	2.320	2.533	490
PI	1.238	1.735	518
CE	6.085	5.740	1.293
RN	2.598	2.169	319
PB	2.379	2.788	471
PE	8.511	11.209	1.306
AL	2.707	2.187	310
SE	1.821	2.034	426
BA	11.489	13.731	3.359
Sudeste	164.577	105.716	34.047
MG	32.560	14.795	7.385
ES	4.706	5.134	954
RJ	29.146	17.962	5.753
SP	98.165	67.825	19.955
Sul	52.846	24.242	9.059
PR	16.247	10.268	4.208
SC	8.778	4.771	1.415
RS	27.821	9.203	3.436

UF/Região	Serviços de Saúde	Adm. Pública	Outros Subsetores
Centro-Oeste	14.709	15.938	2.611
MS	2.757	1.898	619
MT	2.800	2.385	378
GO	5.928	2.984	1.002
DF	3.224	8.671	612
Total	279.735	210.579	56.336

Fonte: RAIS/MTE

TABELA 16 Brasil e UF, 2003 a 2005: Relação entre Primeiros Empregos de Enfermeiros e Graduados em Enfermagem no Ano Anterior

REGIÃO/ UF	2003			2004			2005		
	Prim empr	Gr. 2002	%Pe/g	Prim empr	Gr. 2003	%Pe/g	Prim empr	Gr. 2004	%Pe/g
Norte	95	227	41,9	79	454	17,4	77	544	14,2
RO	11	17	64,7	4	27	14,8	8	12	66,7
AC	-	-	0,0	22	69	31,9	4	25	16,0
AM	39	29	134,5	15	108	13,9	30	185	16,2
RR	-	-	-	-	-	-	1	-	-
PA	40	148	27,0	32	193	16,6	32	191	16,8
AP	1	33	3,0	3	24	12,5	1	15	6,7
TO	4	-	-	3	33	9,1	1	116	0,9
Nordeste	422	1.694	24,9	422	1.925	21,9	623	2.081	29,9
MA	16	96	16,7	20	112	17,9	26	152	17,1
PI	12	66	18,2	22	117	18,8	26	187	13,9
CE	72	294	24,5	74	365	20,3	92	347	26,5
RN	18	115	15,7	14	100	14,0	20	114	17,5
PB	22	232	9,5	12	296	4,1	25	326	7,7
PE	102	361	28,3	94	322	29,2	184	304	60,5
AL	23	76	30,3	28	126	22,2	26	135	19,3
SE	8	42	13,1	19	87	21,8	11	56	19,6
BA	149	412	36,2	139	400	34,8	213	460	46,3
Sudeste	1.284	4.839	26,5	1.405	6.323	22,2	1.526	8.324	18,3
MG	238	686	34,7	251	843	29,8	284	1.184	24,0

REGIÃO/ UF	2003			2004			2005		
	Prim empr	Gr. 2002	%Pe/g	Prim empr	Gr. 2003	%Pe/g	Prim empr	Gr. 2004	%Pe/g
ES	46	53	86,8	79	64	123,4	78	453	17,2
RJ	227	1.034	22,0	261	1.208	21,6	286	1.630	17,5
SP	773	3.066	24,5	814	4.208	19,3	878	5.057	17,4
Sul	461	1.771	26,0	584	1.994	29,3	477	2.322	20,5
PR	175	737	23,7	209	800	26,1	165	923	17,9
SC	115	288	39,9	144	331	43,5	154	454	33,9
RS	171	746	21,0	231	863	26,8	158	945	16,7
Centro- Oeste	140	370	37,8	164	556	29,5	176	694	25,4
MS	36	76	47,4	33	123	26,8	32	118	27,1
MT	23	87	26,4	33	78	42,3	50	98	51,0
GO	44	169	26,0	40	228	17,5	30	334	9,0
DF	37	38	97,4	58	127	45,7	64	144	44,4
Total	2.402	8.901	27,0	2.654	11.252	23,6	2.879	13.965	20,6

Fontes: CAGED/MTE e Edudata/INEP/MEC

TABELA 17 Brasil e UF, 2003 a 2005: Relação entre Primeiros Empregos de Médicos e Graduados em Medicina no Ano Anterior

Região/ UF	2003			2004			2005		
	Prim empr	Gr. 2002	%Pe/g	Prim empr	Gr. 2003	%Pe/g	Prim empr	Gr. 2004	%Pe/g
Norte	101	367	27,5	74	369	20,1	58	344	16,9
RO	2	-	-	3	-	-	8	-	-
AC	3	-	-	5	-	-	2	-	-
AM	28	86	32,6	10	76	13,2	7	81	8,6
RR	3	17	17,6	-	31	0,0	2	26	7,7
PA	62	264	23,5	55	262	21,0	38	237	16,0
AP	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TO	3	-	-	1	-	-	1	-	-
Nordeste	182	1.439	12,6	268	1.456	18,4	629	1.480	42,5
MA	3	68	4,4	5	79	6,3	29	72	40,3
PI	2	68	2,9	6	76	7,9	11	92	12,0
CE	37	165	22,4	28	158	17,7	31	160	19,4
RN	2	93	2,2	4	94	4,3	4	86	4,7
PB	7	159	4,4	8	180	4,4	16	191	8,4
PE	58	291	19,9	128	294	43,5	395	273	144,7
AL	7	135	5,2	10	135	7,4	14	147	9,5
SE	3	73	4,1	12	81	14,8	10	72	13,9
BA	63	387	16,3	67	359	18,7	119	387	30,7
Sudeste	1.953	5.053	38,7	1.762	5.546	31,8	2.156	5.662	38,1
MG	216	1.065	20,3	240	1.099	21,8	260	1.130	23,0
ES	77	212	36,3	83	228	36,4	92	224	41,1
RJ	329	1.904	17,3	395	2.127	18,6	484	2.228	21,7
SP	1.331	1.872	71,1	1.044	2.092	49,9	1.320	2.080	63,5
Sul	469	1.372	34,2	673	1.408	47,8	672	1.492	45,0
PR	203	437	46,5	275	445	61,8	256	443	57,8
SC	114	130	87,7	161	169	95,3	176	219	80,4
RS	152	805	18,9	237	794	29,8	240	830	28,9

Região/ UF	2003			2004			2005		
	Prim empr	Gr. 2002	%Pe/g	Prim empr	Gr. 2003	%Pe/g	Prim empr	Gr. 2004	%Pe/g
Centro- Oeste	78	267	29,2	130	334	38,9	118	361	32,7
MS	12	54	22,2	17	52	32,7	14	61	23,0
MT	10	38	26,3	11	105	10,5	7	117	6,0
GO	39	112	34,8	63	108	58,3	46	115	40,0
DF	17	63	27,0	39	69	56,5	51	68	75,0
Total	2.783	8.498	32,7	2.907	9.113	31,9	3.633	9.339	38,9

Fontes: CAGED/MTE e Edudata/INEP/MEC



2.

PROBLEMAS DE GESTÃO E REGULAÇÃO
DO TRABALHO NO SUS

ROBERTO PASSOS NOGUEIRA





PROBLEMAS DE GESTÃO E REGULAÇÃO DO TRABALHO NO SUS

INTRODUÇÃO: ANTECEDENTES JURÍDICOS E POLÍTICO-ADMINISTRATIVOS

A Constituição de 1988 continua a ser o marco a partir do qual se deve julgar a evolução das relações de trabalho no SUS e as dificuldades que ainda hoje são enfrentadas em sua gestão e regulação. Como expressão de um direito de cidadania política, a Carta Magna determinou a obrigatoriedade universal do concurso público para fins de provimento dos cargos em todas as instituições da administração pública, sob a égide de um regime unificado de trabalho, admitidos os direitos de greve desses trabalhadores e de sua livre organização sindical; por outro lado, como expressão de um direito de cidadania social, fixou os preceitos de acesso universal e de integralidade do atendimento do SUS. Assim, a gestão do SUS deveria estar preparada para atender essas duas exigências de cidadania e, aparentemente, a única maneira de fazê-lo com eficiência seria através de uma potente descentralização da gestão do sistema de saúde.

A questão dos recursos humanos desde cedo se colocou como uma das mais prementes nas etapas iniciais da constituição do SUS, e a grande diversidade das novas tarefas exigia uma ampliação substantiva do estoque dos recursos humanos, especialmente nos municípios. Um primeiro passo foi dado através da desconcentração dos servidores lotados em órgãos federais. Ainda nos anos 1980, os hospitais do antigo INAMPS e do Ministério da Saúde vieram a ser transferidos para a administração dos estados e municípios, sendo dado o mesmo destino a um amplo contingente de servidores públicos federais que passaram a ser conhecidos sob a denominação inapropriada de “cedidos ao SUS”.

Era de se esperar que anos 1990 a gestão do SUS passasse a regular as relações de trabalho de acordo com as normas constitucionais recém-

promulgadas, organizando o regime de trabalho dos servidores da saúde, suas carreiras e os processos de ingresso por concurso. Contudo, o que se presenciou logo depois, durante o governo Collor, foi um processo tumultuado de desconstrução da capacidade administrativa e reguladora do Estado, realizado sob o pressuposto de que os serviços públicos padeciam de um excesso de funcionários e que havia uma elite que desfrutava de salários abusivos. Com seus planos de demissão de pessoal e suas medidas de diminuição do tamanho da máquina estatal, o governo Collor instaurou em todo o país um clima político e ideológico desfavorável à valorização e expansão da força de trabalho na administração pública, o que seria uma condição indispensável ao cumprimento da missão do SUS nas esferas estaduais e municipais.

Paradoxalmente, é Collor quem sanciona, em 1990, a lei que institui o regime jurídico único para os servidores do governo federal, com seu cortejo de normas detalhadas para o exercício dos cargos públicos. Esta lei federal teve um impacto importante visto que suas normas tornaram-se daí então um espelho para a elaboração dos regimes de servidores estatutários nas demais esferas de governo.

A partir de 1995, durante o primeiro mandato do governo Fernando Henrique, o Plano de Reforma Administrativa do Estado veio a estabelecer novas normas jurídicas para o trabalho no setor público e determinou novos formatos às instituições com as quais o Estado pode se associar para cumprir seus objetivos de promoção de bem-estar. Entre o conjunto de medidas de reforma constitucional e de regulamentações legais diversas, destacam-se as seguintes mudanças que afetaram a gestão e regulação do trabalho na administração pública:

- demissibilidade do servidor por insuficiência de desempenho, avaliada pela chefia;
- demissibilidade do servidor por excesso de quadro na esfera de governo correspondente;
- incentivos à demissão voluntária através de planos específicos;
- criação e melhoria de carreiras do núcleo central de gestão do Estado;

- aprovação do vínculo de emprego público, regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), com trabalhadores admitidos por meio de seleção pública;
- estágio probatório de três anos para qualquer servidor ou empregado admitido, com avaliação de desempenho como requisito para sua efetivação no cargo;
- criação da figura da Organização Social (OS), entidade com a qual o Estado pode estabelecer contratos de gestão para efetuar parte de suas ações no campo social.

Durante os dois mandatos do governo FHC, foi mantida a preocupação com a contenção dos gastos com pessoal na administração pública, tendo sido esse o objeto específico da chamada Lei Camata, em suas duas versões (1995 e 1999), que determinaram limites percentuais para esse item de despesa nas esferas federal, estadual e municipal. Contudo, em função da crise financeira e cambial de 1999, é no segundo mandato que as medidas de contenção das despesas com pessoal do setor público vêm a ter mais destaque, ocupando, por assim dizer, o mesmo lugar de proeminência alcançado anteriormente pela linha de modernização da administração do Estado. O próprio Ministério da Administração e da Reforma do Estado (MARE) é extinto, sendo seu titular, o ministro Bresser Pereira, afastado do centro de formulação estratégica do governo. Como culminância da política de contenção dos gastos governamentais, a Lei de Responsabilidade Fiscal, de 2000, veio a disciplinar todo o conjunto de despesas das três esferas de governo, abarcando com detalhes a regulação dos gastos com pessoal dos poderes executivo, legislativo e judiciário.

Quanto ao regime próprio de previdência dos servidores do Estado, tão importante para as relações de trabalho nesse setor, sabe-se que foi objeto de uma reforma parcial em 1998, quando se estabeleceram novos critérios de idade e de tempo de contribuição para aposentadoria. Em 2003, no primeiro ano do governo Lula, esses critérios foram complementados com exigências adicionais, sendo também fixados tetos para a aposentadoria dos servidores. A aprovação desses dois projetos de reforma da previdência foi precedida de um grande aumento na requisição de apo-

sentadoria por parte dos servidores, ciosos, naturalmente, de manter seus direitos adquiridos.

O quadro seguinte mostra a evolução, no período de 1991 a 2005, do estoque de servidores da administração federal comparada com o número de servidores ingressados por concurso. Esses dados, fornecidos pelo Ministério do Planejamento, foram organizados de modo a caracterizar quatro distintas conjunturas do governo federal, que estão em conformidade com os comentários feitos anteriormente.

TABELA 18 Administração federal, 1991-2005 - Número de aposentados e de ingressados anuais por concurso

Conjuntura ¹	Ano	Aposentados	Ingressados
Crise e Estagnação	1991	46.196	-
	1992	21.190	-
	1993	14.199	-
	1994	17.601	-
Reforma Gerencialista	1995	34.253	19.675
	1996	27.546	9.927
	1997	24.659	9.055
	1998	19.755	7.815
Orientação Fiscalista	1999	8.783	2.927
	2000	5.951	1.524
	2001	6.222	660
	2002	7.465	30
Nova Expansão	2003	17.453	7.220
	2004	6.486	16.122
	2005 ²	5.448	11.006

1. Segundo interpretação do autor deste artigo;

2. Até novembro de 2005.

Fonte: Boletim de Recursos Humanos, Ministério do Planejamento.

Constata-se que, com exceção de 2004 e 2005, para todos os demais anos da série, o número de aposentados excede o de ingressados por concurso. Uma sobredemanda por aposentadoria ocorreu principalmente nos

anos 1991 e 1992, 1995 a 1998, e 2003, coincidindo estes últimos com os períodos de discussão e a tramitação dos projetos de reforma da Previdência Social do servidor.

Contudo, é sob o governo Lula que parece ter se firmado uma orientação política que favorece uma ampla retomada do crescimento do estoque de servidores ativos. Trabalhadores terceirizados e temporários “informais” estão sendo substituídos por servidores efetivos, e se amplia bastante o leque de carreiras para as quais se organizam concursos públicos. Ademais, instituem-se mecanismos de negociação coletiva (ou seja, as chamadas mesas nacionais, que funcionam junto ao Ministério do Planejamento), corrigem-se os valores de remuneração de muitos grupos de servidores, ao mesmo tempo em que se organizam as carreiras das agências reguladoras e de outros setores da administração federal. As medidas de regularização das relações de trabalho no âmbito federal estão associadas, historicamente, a uma representação do Ministério Público Federal contra o Governo Federal, que resultou na assinatura de um Termo de Ajuste de Conduta (TAC) por este último, em 2002, portanto no último ano do governo Fernando Henrique. Mas pode-se afirmar que a política de regularização já se transformou numa vertente autônoma do governo Lula e vem se juntar a uma estratégia mais ampla de valorização e modernização das carreiras no setor público. É à luz dessa nova orientação política do governo federal que serão examinados aqui os problemas da gestão e regulação do trabalho no SUS.

OS VÍNCULOS IRREGULARES

A desregulação das relações de trabalho, fenômeno amplamente estudado e debatido ao longo da década de 1990, em relação ao conjunto do mercado de trabalho, também atingiu de cheio o setor público, embora de forma particular, porque este é um setor em que as relações de trabalho deveriam ser reguladas intensamente, tendo por referência a norma constitucional e documentos legais específicos. Neste caso, o déficit de regulação se expressou como uma incapacidade de o Estado fazer cumprir os requisitos constitucionais de concurso público (Art. 37, incisos I e II) e

de aplicação universal de um regime jurídico único de trabalho (Art. 39). Esta tendência desviante em relação ao fundamento legal do trabalho na administração pública afetou não só aos estados e municípios, como também ao próprio governo federal. Proliferaram desde então diversos tipos de contratos de trabalho espúrios, alguns deles mediados por cooperativas, fundações privadas e ONGs.

Sumariamente pode-se dizer que é irregular todo vínculo de trabalho em que o trabalhador foi admitido à instituição pública sem concurso ou seleção de natureza pública, sendo exceção o trabalhador terceirizado admitido nas áreas não-finalísticas (como serviços gerais, segurança, etc.), por pertencer a uma empresa empregadora contratada mediante as normas legais de licitação.

A exata dimensão alcançada pela maré de contratação irregular de trabalho no SUS não costuma transparecer nas estatísticas oficiais. Alguns dos dados disponíveis resultam de levantamentos diretos, feitos ao nível local ou nacional. O Programa de Saúde da Família (PSF) tem sido estudado em diversos desses levantamentos, que evidenciaram um percentual relativamente elevado de trabalhadores de saúde vinculados através de entidades diversas, como mostra a tabela seguinte.

TABELA 19 Brasil, Setembro, 2002 – Vínculos institucionais dos trabalhadores do PSF por categoria de trabalhador

Instituições	Médico		Enfermeiro		Técnico/ auxiliar de enferma- gem		Agente comunitário de saúde		Dentista	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
prefeituras	591	82,9	602	85,4	618	86,1	525	74,2	343	89,1
Outras públicas	17	2,4	13	1,8	18	2,5	58	8,2	11	2,9
Entidades Filantrópicas	32	4,5	30	4,3	26	3,6	36	5,1	6	1,6
Cooperativas	24	3,4	24	3,4	18	2,5	23	3,2	10	2,6
Outro Terceiro Setor	42	5,9	33	4,7	35	4,9	62	8,8	14	3,6

Empresas	5	0,7	1	0,1	1	0,1	1	0,1	1	0,3
Outros	2	0,3	2	0,3	2	0,3	3	0,4	0	0,0
Total	713	100,0	705	100,0	718	100,0	708	100,0	385	100,0

Fonte: Pesquisa Telefônica EPSM/NESCON/UFMG

Boa parte dos vínculos mediados por instituições privadas tem caráter irregular. Essas entidades promovem uma espécie de *leasing* de mão-de-obra, que é totalmente ilegal, porque os trabalhadores terceirizados ou “intermediados” são postos sob o comando técnico e administrativo da instituição pública. Por outro lado, deve ser observado que a existência de uma relação direta com a secretaria municipal de saúde não garante uma condição regular ou legal de vínculo, já que freqüentemente esses trabalhadores são admitidos sem passarem por concurso público, em contrariedade à lei.

Uma das tônicas doutrinárias da reforma administrativa do Estado nos anos 1990 era a gerência empreendedora e flexível, que se concentra na busca de resultados e não na correção dos procedimentos intermediários, de caráter burocrático. Supunha-se, naturalmente, que essa orientação deveria obedecer aos ditames legais, e para isto grande parte do esforço dessa reforma esteve voltada para a criação de um novo arcabouço de leis para a gestão pública, incluindo mudanças da Constituição. O gestor do SUS, que, em sua maioria era contrário às medidas dessa reforma, acabou por adotar também uma flexibilidade na gestão do trabalho através da terceirização e de contratos informais. Foram produzidos resultados importantes para a população, através da expansão dos serviços hospitalares, de saúde da família, da vigilância sanitária, etc., mas, muitas vezes, mediante mecanismos administrativos que contrariam a lei. Diante de casos flagrantes, ocorreram manifestações contrárias e admoestações do Ministério Público. Em alguns casos, os gestores tiveram que assinar, com o Ministério Público, termos de ajuste de conduta, comprometendo-se a reverter essas modalidades de vinculação de trabalho.

Para caracterizar os aspectos críticos dessa situação tem sido usada a expressão “precariedade do trabalho no SUS” e que diante de tal situação o Poder Público deveria dar início a um processo de “desprecarização” do trabalho. Mas o uso de tais termos merece reparo. Ao se enfati-

zar a precariedade do vínculo tem-se em conta somente o ponto de vista do trabalhador, pressupondo que a esses vínculos faltariam elementos importantes de proteção aos seus direitos e aspirações. No entanto, avaliado na perspectiva jurídica, ou seja, do direito administrativo brasileiro, o que ressalta aqui, ao contrário, é uma irregularidade do vínculo na sua origem. Ao não obedecer à norma de ingresso às instituições de Estado, esse tipo de “contrato” é virtualmente nulo, e não assegura continuidade nem ressarcimento de benefícios devidos ao trabalhador. E, por mais cruel que isto possa parecer, a nulidade desses contratos tem sido declarada repetidamente nos tribunais do trabalho, não havendo como o trabalhador reivindicar o atendimento de direitos que valem noutras situações. É importante que se entenda que o cumprimento pelo empregador de direitos diversos que assistem ao trabalhador, tais como o da contribuição à previdência social, garantia de décimo terceiro-salário, férias, etc. não é suficiente para caracterizar a regularidade do vínculo, quando não foi observada a exigência de admissão mediante concurso público. Tal exigência se fundamenta nos princípios da legalidade, moralidade, impessoalidade e publicidade, princípios do ordenamento justo do Estado, que não serão discutidos aqui.

A expressão “desprecarização do trabalho” dá a falsa idéia de que o trabalhador, beneficiado por uma política de reparo no desatendimento de seus direitos, será mantido na função que vem exercendo. Contudo, os “precarizados”, por serem irregulares, deverão mais cedo ou mais tarde deixar suas funções, sendo substituídos por trabalhadores regulares, que ingressarão na administração pública mediante concurso público. Portanto, o que está em jogo é a implantação de uma situação de legalidade dos vínculos, e a melhor denominação que se pode dar a tal política é a de *regularização dos vínculos de trabalho*. Esta é a orientação que está sendo seguida pelo governo Lula nos anos recentes, substituindo os “cooperados” e os terceirizados dos diversos ministérios por servidores devidamente concursados, ao mesmo tempo em que se busca recompor a força de trabalho, diminuída devido ao grande número de aposentados de anos recentes. Neste caso a política de regulação do trabalho é também uma política de regularização, ou seja, tem por objetivo fazer valer a norma legal de trabalho na administração pública, começando pela forma de ingresso.

IMPACTOS DA LEI DE RESPONSABILIDADE FISCAL

O esforço de contenção fiscal encetado pelo governo Fernando Henrique culminou na aprovação da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), que determinou a obrigatoriedade do acompanhamento, pelo Ministério da Fazenda, de todas as despesas dos entes federativos, registradas em relatório de gestão fiscal, composto a cada quatro meses. A LRF fixou limites para as despesas com pessoal para os poderes executivo, legislativo e judiciário das esferas administrativas da União. Trata-se de limites máximos, que são calculados como percentuais da Receita Corrente Líquida (RCL). São os seguintes os valores determinados para o poder executivo e o total de cada esfera administrativa:

- 37,9%, de um total de 50%, na esfera federal de governo;
- 49%, de um total de 60%, na estadual;
- 54%, de um total de 60%, na municipal.

Aqui são mencionados apenas os percentuais relativos ao poder executivo, porque a este está atinente a gestão do SUS. Com essa escala crescente de limites máximos de despesa com pessoal, a LRF deu a entender que o grau de responsabilidade pelos serviços públicos é relativamente maior nos estados e municípios do que na gestão federal, o que está em conformidade com um princípio de descentralização. Mas a lei estabeleceu também os chamados limites prudenciais, que correspondem a 95% do limite máximo. Quando são alcançados os limites prudenciais, o ente federativo está proibido, por exemplo, de aumentar salários e vantagens dos seus servidores ou criar novos cargos. O limite prudencial é calculado da seguinte maneira: para o poder executivo estadual, é 95% de 49% (equivalente a 46,5%); para o poder executivo municipal, é 95% de 54% (equivalente a 51,3%).

A despesa total com pessoal engloba os gastos com ativos e inativos, que sejam provenientes de salários, vantagens fixas e variáveis, encargos sociais, etc.; está também incluído todo gasto com pessoal terceirizado que implique em ampliação da força de trabalho em condição substitutiva dos servidores efetivos.

O impacto da LRF não pode ser auferido isoladamente para o SUS, porque sob essa injunção legal encontra-se a totalidade da força de trabalho empregada pelo ente federativo no setor público. A questão que se quer argüir aqui é como a LRF tem impactado no crescimento da força de trabalho do setor público como um todo. Aqui serão analisados apenas alguns dados referentes a municípios. A avaliação que tem sido feita pelo Ministério da Fazenda a esse respeito, tem em conta as faixas de número de habitantes dos municípios.

A evolução para o período 2000 a 2003 da relação percentual da despesa líquida com pessoal (DLP) em relação à receita corrente líquida (RCL) do município, segundo faixa populacional dos municípios, é mostrada na tabela seguinte. Em 2003, para todas as faixas populacionais discriminadas, essa média de despesa estava situada em 47,4%, tendo crescido 8,9 % a partir de 2000. No entanto, a tendência de crescimento é bastante notável nos municípios maiores, de mais de um milhão de habitantes, onde alcançou 19,6%.

TABELA 20 Relação entre a despesa com pessoal e a receita corrente líquida (%), nos municípios brasileiros, 2000-2003 (Amostra de 3.215 Municípios)

DISCRIMINAÇÃO	2000	2001	2002	2003	Var. 00-03 (%)
Total da amostra	43,5	43,4	45,5	47,4	8,9
Menos de 50 mil habitantes	44,4	43,8	43,9	45,9	3,3
Entre 50 mil e 300 mil habitantes	46,2	44,5	46,2	47,5	2,8
Entre 300 mil e 1 milhão habitantes	45,4	45,8	47,8	49,0	8,1
Mais de 1 milhão de habitantes	39,9	41,0	45,2	47,7	19,6

Fonte: FINBRA, Ministério da Fazenda

Esses dados evidenciam que a esfera municipal de governo apresenta uma tendência de crescimento da sua força de trabalho pública que é tanto mais forte quanto maior é a população atendida. A próxima tabela mostra que, a preços reais, as despesas com ativos e inativos são declinantes, com exceção do caso dos municípios de mais de 1 milhão de habi-

tantes. As despesas com pessoal só vêm crescendo fortemente no que se refere às “outras despesas de pessoal”. Isto quer dizer que os aumentos mais substantivos estão ocorrendo com a força de trabalho terceirizada e temporária.

TABELA 21 Total de despesas com pessoal em municípios brasileiros, 2000-2003, em milhões de reais (a preços de 2003, pelo IGP-DI)

Discriminação	2000	2001	2002	2003	Var. 00-03 (%)
Amostra de 3215 municípios	41900,6	43220,1	44639,3	41903,9	0,0
Despesas com ativos	31205,8	31705,0	32330,3	30255,0	-3,0
Despesas com inativos e pensionistas	5714,4	5921,6	5943,6	5527,6	-3,3
Outras despesas	4980,4	5593,5	6365,4	6121,3	22,9
Menos de 50 mil habitantes	10541,3	10903,2	11049,0	10269,2	-2,6
Despesas com ativos	8488,1	8580,8	8712,3	8101,8	-4,6
Despesas com inativos e pensionistas	420,7	423,6	425,7	408,8	-2,8
Outras despesas	1632,5	1898,8	1911,1	1758,7	7,7
Entre 50 mil e 300 mil habitantes	11573,3	11740,9	12202,2	11498,0	-0,7
Despesas com ativos	9086,4	9100,9	9296,4	8755,8	-3,6
Despesas com inativos e pensionistas	824,4	765,8	816,2	734,9	-10,9
Outras despesas	1662,5	1874,3	2089,6	2007,4	20,7
Entre 300 mil e 1 milhão habitantes	6932,1	7052,0	7120,8	6607,1	-4,7
Despesas com ativos	5126,2	5222,3	5202,0	4789,9	-6,6
Despesas com inativos e pensionistas	1029,6	1063,0	1081,5	1015,8	-1,3
Outras despesas	776,3	766,7	837,3	801,4	3,2
Mais de 1 milhão de habitantes	12854,0	13524,0	14267,3	13529,5	5,3
Despesas com ativos	8505,2	8801,0	9119,6	8607,6	1,2
Despesas com inativos e pensionistas	3439,7	3669,3	3620,2	3368,1	-2,1
Outras despesas	909,2	1053,7	1527,4	1553,9	70,9

Fonte: FINBRA, Ministério da Fazenda

Conclui-se que não ocorreu em anos recentes uma limitação efetiva do total das despesas com pessoal nos municípios, a não ser com respeito ao segmento formal e permanente da força de trabalho desse setor

público. O segmento informal e/ou temporário, dos trabalhadores vinculados mediante contratos de terceirização e por tempo determinado, tem obtido aumentos constantes de despesas em termos reais. O que se pode argumentar, então, é que os recursos usados para contratar pessoal terceirizado e temporário poderiam estar sendo usados para aumentar o contingente do pessoal efetivo, sem que isso implique em elevação significativa dos percentuais de despesas que já estão em prática. Essa conclusão está em conformidade com a experiência reconhecida do governo federal, comprovando que não se trata, de modo algum, de uma tendência isolada da esfera municipal: de fato, as três esferas de governo aumentaram seus gastos com terceirizados e temporários ao longo dos anos 2000.

REGIMES JURÍDICOS DE TRABALHO

O emprego público, regime jurídico de trabalho regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), foi estabelecido pela Emenda N.º 19/1998, que o distinguiu do regime dos servidores estatutários, com seu regulamento específico em cada esfera administrativa da União. A lei N.º 9.962/2000 veio a disciplinar o exercício do emprego público no âmbito da administração federal. Por definição, os empregados públicos não ocupam cargos públicos, mas, sim, empregos públicos, sendo contratados de acordo com as normas da CLT, por prazo indeterminado. Há diversas diferenças entre o empregado público e o servidor estatutário (RJU), referidas aos aspectos de estabilidade, processo seletivo, previdência social, remuneração e oportunidades de carreira, que não serão mencionadas aqui.

A proposta do emprego público surgiu em conexão com o projeto e as medidas de reforma administrativa do governo Fernando Henrique, baseada na idéia de que constitui, devido a sua maior flexibilidade, a forma adequada de vinculação dos trabalhadores que realizam os serviços não-típicos ou não-essenciais de Estado, incluindo as atividades de prestação de serviços de saúde e de ensino. Portanto, é importante analisar em que extensão essa via alternativa de vinculação de pessoal está sendo adotada no SUS em anos recentes.

Os dados de 2004 da RAIS, do Ministério do Trabalho, evidenciam que o número de médicos e enfermeiros admitidos ao serviço público com vínculo celetista (por tempo indeterminado) alcançou apenas 2.466, contra 12.445 que têm vínculo de RJU. Portanto, os celetistas representam apenas 16,5% do total de vínculos criados para essas duas categorias profissionais. Ademais, observa-se que a abertura de vínculos celetistas esteve praticamente restrita à esfera municipal.

TABELA 22 Brasil, 2004 - Médicos e enfermeiros admitidos ao poder executivo nas três esferas da Federação, segundo regime de trabalho

Poder executivo	RJU			CLT			Total
	Médico	Enfermeiro	Total	Médico	Enfermeiro	Total	
Federal	168	95	263	4	21	25	288
Estadual	1.588	434	2.022	40	32	72	2.094
Municipal	7.130	3.030	10.160	1.631	738	2.369	12.529
Total	8.886	3.559	12.445	1.675	791	2.466	14.911

Fonte: RAIS/MTE, 2004

Conclui-se que, mesmo para categorias profissionais que exercem atividades diretamente relacionadas à prestação de serviços de saúde ao público, como os médicos e enfermeiros, o RJU continua a ser o regime de trabalho privilegiado para admissão de novos trabalhadores pelo Estado brasileiro. Aparentemente, a figura do emprego público, como regime jurídico alternativo ao RJU, ainda não se transformou em realidade administrativa.

TABELA 23 Brasil, 2004 - Distribuição dos regimes de trabalho CLT e RJU na administração pública federal, estadual e municipal

Vínculo/ esfera	Federal	Estadual	Municipal	Total	Percentual
CLT	18.534	161.170	366.998	546.702	9,0
RJU	713.246	2.240.282	2.555.687	5.509.215	91,0
Total	731.780	2.401.452	2.922.685	6.055.917	100,0

Fonte: RAIS/MTE, 2004

Quando se considera não apenas os profissionais de saúde, mas a totalidade dos trabalhadores do setor público, constata-se que o regime celetista é de fato minoritário. Como mostra o quadro anterior, ele não alcança sequer 10% do total dos vínculos existentes nas três esferas de governo. Aqui estão abrangidos antigos vínculos de trabalho que já eram de tipo celetista antes da promulgação da Constituição de 1988, e que persistiram como tal posteriormente, ou seja, não foram transformados em vínculos estatutários. Contudo, como o número de novos celetistas que são admitidos ao serviço público é menor que o dos antigos celetistas que se aposentam a cada ano, o estoque de celetistas no serviço público vem caindo.

NOVAS MODALIDADES INSTITUCIONAIS ASSOCIADAS AO ESTADO

As Organizações Sociais (OS) e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) constituem duas novas modalidades institucionais de direito privado que podem ser associadas ao Estado para o cumprimento de seus objetivos na área social e cultural. É exigida uma prévia habilitação legal dessas entidades para que seja instituído, com o poder executivo, o contrato de gestão (OS) ou o Termo de Parceria (OSCIP), documentos que definem objetivos e metas a serem alcançados no campo de atuação de cada entidade, de acordo com a natureza da política pública.

Numa avaliação preliminar da capacidade de prestação de serviços e de geração de emprego das OS e OSCIPs, o quadro seguinte discrimina o número de médicos e enfermeiros empregados por estas entidades nas distintas regiões do país. As OS e OSCIPs que atuam no campo da saúde empregavam, em 2004, um total de 6.572 profissionais dessas duas categorias, estando a grande maioria (70%) concentrada na região Sudeste. Para esse ano, a RAIS registra um total de 193 mil vínculos de trabalho de médicos e enfermeiros atuantes no setor público brasileiro. Portanto, medida por esse indicador de recursos humanos, o aporte de capacidade de prestação de serviços das OS e das OSCIPs é ainda muito reduzido: da ordem de 3%, quando comparado com o do setor público propriamente dito.

TABELA 24 Brasil e Grandes Regiões, 2004 - Médicos e enfermeiros empregados por OS e OSCIP

Região	Organização social (OS)		OSCIP		Total (OS + OSCIP)
	Médicos	Enfermeiros	Médicos	Enfermeiros	
Norte	22	10	44	61	137
Nordeste	225	91	139	71	526
Sudeste	929	668	2.049	975	4.621
Sul	150	184	280	185	799
Centro-Oeste	136	52	216	85	489
Total	1.462	1.005	2.728	1.377	6.572

Fonte: RAIS/MTE, 2004

QUESTÕES DE DIMENSÃO, DE DIVERSIDADE PROFISSIONAL E DE POLÍTICA

É bem sabido que o setor saúde, como outras áreas do segmento de serviços da economia, é intensivo no uso de força de trabalho. Num hospital, o número de trabalhadores necessários para operar as instalações de atenção direta e de serviços de apoio ao diagnóstico, além dos serviços gerais e administrativos, costuma ser muito elevado. Existiam em

2002 (dados da AMS/IBGE), 536 mil trabalhadores empregados em estabelecimentos públicos de saúde com internação, para um total de 144 mil leitos públicos, o que resulta numa relação de 3,7 trabalhadores por leito. Nesse ano, o total de trabalhadores lotados em estabelecimentos públicos de saúde, com e sem internação - sem contar, portanto, o pessoal que exerce funções administrativas e técnicas nos órgãos centrais e regionais -, alcançava cerca de 1,2 milhão. Considerando que a RAIS do Ministério do Trabalho registrou em 2002 um total de 28,7 milhão de empregos formais, conclui-se que as atividades de assistência à saúde no setor público absorvem cerca de 4,5% do total de empregos da economia.

Essa cifra (1,2 milhão de trabalhadores) não representa, entretanto, o número exato da força de trabalho do SUS. É muito difícil precisar qual a exata dimensão da força de trabalho do SUS. Até mesmo o cálculo do componente público dessa força de trabalho é dificultado porque no setor público existe um componente de estabelecimentos de saúde vinculados às forças militares, que não tem o caráter de acesso universal, embora, em alguns casos atendam à clientela SUS. Por outro lado, o setor contratado/conveniado, de natureza privada, em geral agrega um contingente variável de trabalhadores, que divide seu tempo de trabalho entre uma clientela SUS e uma clientela não-SUS.

Considerando tão-somente a força de trabalho do setor público, essa dimensão, de mais de 1 milhão de trabalhadores, constitui em si um extraordinário desafio para todos que se comprometem com a organização de carreiras e a gestão cotidiana do trabalho nesse setor. Mas essa tarefa é tornada ainda mais complexa por um fator adicional: a grande diversidade de categorias profissionais e ocupacionais envolvida na prestação de serviços de saúde. Uma primeira aproximação pode ser fornecida por um quadro de composição percentual das categorias, como mostrado a seguir.

TABELA 25 Brasil, 2002 - Distribuição dos vínculos de trabalho em estabelecimentos públicos de saúde

Profissão/Ocupação	Número	Percentual
Anestesista	8.355	0,7
Assistente Social	9.895	0,8
Bioquímico/Farmacêutico	12.994	1,1
Cirurgião Geral	10.927	0,9
Clínico Geral	56.889	4,8
Enfermeiro	57.866	4,8
Fisioterapeuta	6.169	0,5
Fonoaudiólogo	2.877	0,2
Gineco-obstetra	23.400	2,0
Médico de família	16.202	1,4
Nutricionista	5.036	0,4
Odontólogo	42.493	3,6
Pediatra	30.498	2,6
Psicólogo	8.799	0,7
Psiquiatra	4.856	0,4
Radiologista	3.130	0,3
Residente	9.210	0,8
Sanitarista	763	0,1
Outras especialidades médicas	46.561	3,9
Outras de nível superior	9.111	0,8
Outros níveis	828.186	69,3
Total Geral	1.194.217	100,0

Fonte: AMS/IBGE

Compondo essa complexa divisão técnico-profissional da saúde, aparecem, além de categorias tradicionais como os médicos, enfermeiros e odontólogos, categorias emergentes tais como os fisioterapeutas e os fonoaudiólogos. Entre os médicos, há certas diferenças entre as especialidades – um caso particular é o dos médicos de família, cuja inserção na organização do trabalho assistencial está restrita à atenção básica e praticamente limitada ao setor público. Cada uma dessas categorias profissionais (e mesmo cada especialidade médica) tem uma história peculiar de

organização e luta sindical, que expressam suas aspirações no mercado de trabalho e trazem reivindicações particulares para a gestão do SUS. Por exemplo, os médicos usualmente aspiram a ter sua carreira separada das demais categorias de trabalhadores e têm feito valer essa intenção em várias instituições. Mas certos segmentos dos médicos, como os anestesistas, têm buscado fugir do assalariamento, substituindo-o pelos vínculos de autonomia através da mediação de cooperativas e empresas de profissionais, o que implica, em última instância, numa relação de trabalho desprovida de bases legais. As categorias de nível auxiliar e técnico, que não constam desse quadro, também têm sua orientação corporativa específica. Sabe-se, por exemplo, que nos últimos anos os agentes comunitários de saúde vêm se organizando em torno da reivindicação de serem vinculados às instituições públicas como uma categoria assalariada, gozando de direitos plenos, de tal modo a deixar para trás sua característica de informalidade, presente em muitos municípios.

Outro fator complicador na gestão e regulação das relações de trabalho no SUS é que uma parte importante dos servidores é composta por pessoal cedido de outros níveis administrativos da Federação. Para se ter uma idéia da magnitude da força de trabalho cedida, basta mencionar que, em 2004, nada menos que 70 mil servidores do Ministério da Saúde encontravam-se lotados em outros órgãos do SUS, sobretudo, nas secretarias estaduais e municipais de saúde. Naturalmente, os interesses corporativos desse segmento estão sempre alinhados com os dos seus colegas do nível federal.

Confrontar toda essa multiplicidade de interesses e organizar, para o trabalho assistencial, uma força de trabalho tão heterogênea em termos de composição profissional e de objetivos corporativos representa atualmente a função mais difícil assumida pelos gestores de recursos humanos do SUS. Isto vem a demonstrar a necessidade de implantar sistemas de negociação permanente do trabalho, com suas mesas de negociação, para que o gestor público possa dirimir conflitos e estabelecer acordos com os diversos segmentos dessa força de trabalho profundamente diversificada.

Frente à análise aqui realizada das tendências atuais da gestão do trabalho no segmento público do SUS, o que parece inevitável concluir é que esse setor está sendo estimulado a entrar numa fase de re-regulação

ou de pós-desregulação, tendo por fundamento o exemplo do governo federal, que desde 2003 começou a recompor os seus quadros. Para tanto, o processo de reorganização da estrutura de cargos e funções, e das carreiras propriamente ditas, deverá ser retomado gradualmente, e o concurso público restabelecido como via usual de ingresso dos novos trabalhadores em toda a administração pública do SUS.

REFERÊNCIAS

BARBOSA DE OLIVEIRA, C. A. e MATTOSO, J. E. **Crise e trabalho no Brasil: modernidade ou volta ao passado?** São Paulo: Scritta, 1996.

CARDOSO JR, C. A. Questão do Trabalho Urbano e o Sistema Público de Emprego no Brasil Contemporâneo: Décadas de 1980 e 1990. In: JACCOUD, L. (Org.) **Questão social e políticas sociais no Brasil contemporâneo**. Brasília: IPEA, 2005.

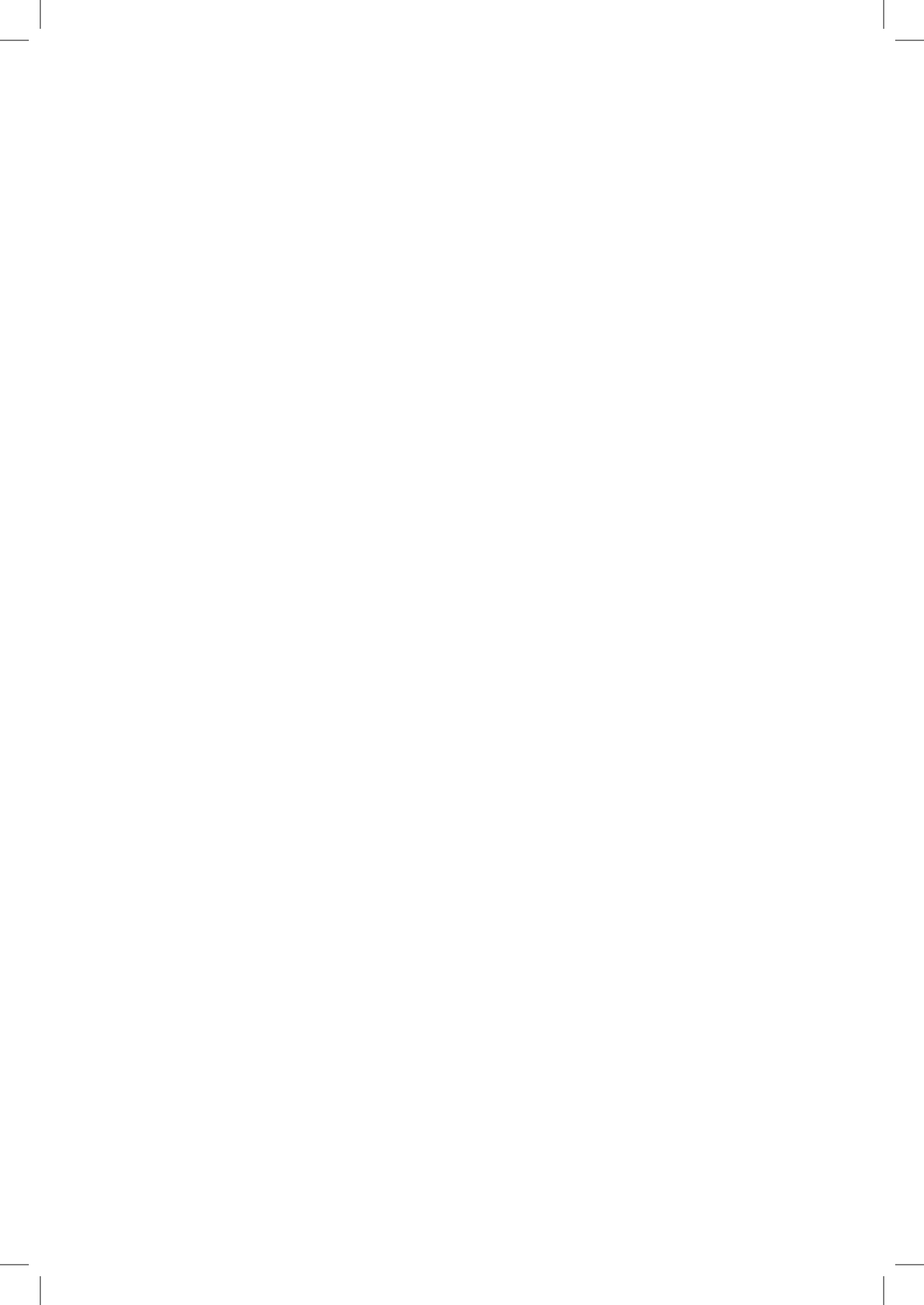
DI PIETRO, M. S. Z. **Direito administrativo**. São Paulo: Atlas, 2002.

DI PIETRO, M. S. Z. **Parcerias na administração pública: concessão, permissão, franquias, terceirização e outras formas**. São Paulo: Atlas, 2002.

GIRARDI, S. N. et al. Configurações do mercado dos assalariados em saúde no Brasil. In: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE E MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises**. Brasília, 2004. Volume 1.

NOGUEIRA, R. P. **Novas tendências internacionais da força de trabalho do setor público: o Brasil comparado com outros países**. Disponível em: <<http://www.observarh.org.br/nesp>>. Acessado em: 25 set 2006.

NOGUEIRA, R. P.; BARALDI, S.; RODRIGUES, V. A. Limites críticos das noções de precariedade e desprecarização do trabalho na administração pública. In: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises**. Brasília, 2005. Volume 2.



3.

COMPOSIÇÃO PÚBLICO VERSUS PRIVADO,
GESTÃO DE UNIDADES E RECURSOS
HUMANOS NO SUS

ROBERTO PASSOS NOGUEIRA





COMPOSIÇÃO PÚBLICO VERSUS PRIVADO, GESTÃO DE UNIDADES E RECURSOS HUMANOS NO SUS

REGULAÇÃO DE AGENTES PÚBLICOS E PRIVADOS DO SUS

O Estado Brasileiro vem estabelecendo, em anos recentes, um novo padrão de intervenção no setor de saúde no país, em busca de melhores resultados para a saúde da população e maior eficiência de sua gestão. Pode-se dizer que todas as modalidades privadas e públicas de prestação de serviços de saúde estão sendo afetadas pelo envolvimento do Estado na sua regulação e financiamento. Em relação ao Sistema Único de Saúde (SUS), essa intervenção está claramente delineada num conjunto de iniciativas por parte do Ministério da Saúde que visam a aperfeiçoar o desempenho dos seus serviços mediante o planejamento conjunto e a realização de acordos que contemplam metas e indicadores a serem alcançados pelo grupo dos agentes públicos e privados que integram esse sistema.

O quadro seguinte apresenta uma visão panorâmica dos componentes SUS e não-SUS do sistema de saúde brasileiro, de acordo com a participação do Estado no seu funcionamento. Vê-se que é bastante extenso o leque das intervenções de Estado, que vai desde os programas assistenciais mantidos por estabelecimentos privados não lucrativos até às entidades privadas que gerenciam planos e seguros de saúde. Variados são os agentes institucionais envolvidos e as formas de participação do Estado em relação a cada um deles.

TABELA 26 Componentes do Sistema de Saúde e principais formas de intervenção do Estado

COMPONENTE	AGENTES	INTERVENÇÃO DO ESTADO
Assistência ambulatorial e hospitalar do SUS	Secretarias de Saúde	Planejamento, financiamento, gestão e pactuação federativa
Programas Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde	Secretarias de Saúde	Planejamento, financiamento, gestão e pactuação federativa
Assistência à saúde em caráter complementar ao SUS	Clínicas e hospitais privados não lucrativos, especialmente os filantrópicos	Convênios e contratos para assistência aos usuários do SUS; isenções fiscais e previdenciárias
Assistência comunitária à saúde	Entidades do terceiro setor	Subvenções públicas e parcerias
Sistema suplementar de assistência à saúde	Entidades gerenciadoras de planos e seguros de saúde	Regulação de ajuste de preços; ressarcimento ao SUS; incentivo fiscal aos beneficiários
Assistência à saúde em regime de livre demanda	Clínicas e hospitais privados; profissionais liberais	Regulação pelos conselhos Profissionais, que têm caráter paraestatal; deduções fiscais para clientes

Fonte: Elaboração própria.

Notável por sua amplitude e magnitude, esse conjunto de ações de intervenção por parte do Estado brasileiro, contudo, só pode ser justificado desde que alcance resultados positivos em termos de benefícios para a população, com coerência enquanto política pública, devidamente orientada por critérios de eficiência. Ignora-se, na verdade, se esse desiderato está sendo atendido e em que medida. Falta uma avaliação adequada de resultados e, em muitos casos, falta consenso sobre quais deveriam ser as prioridades de proteção social e os direitos de consumidor a serem garantidos pela intervenção do Estado em cada um desses segmentos envolvidos com a assistência à saúde.

No âmbito do SUS devem ser destacados certos avanços obtidos nos últimos dez anos na institucionalização das relações do Estado com agentes públicos e privados, quais sejam:

A adoção de formas de pactuação ou de contrato de gestão com entidades públicas e privadas, permitindo maior autonomia dos agentes e melhor acompanhamento de seu desempenho;

A ampla municipalização dos serviços básicos e hospitalares do SUS, acompanhada da difusão da estratégia assistencial do Programa Saúde da Família (PSF);

A emergência de um setor moderno de entidades gestoras sem fins lucrativos, que, embora ainda em forma incipiente, organiza ações de saúde e gerencia unidades de saúde do SUS em parceria com o Estado, as Organizações Sociais (OS) e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP).

O SUS, em suas origens históricas na década de 1980, foi concebido como um sistema sob comando do Poder Público e envolvendo unidades públicas de prestação de ações e serviços de saúde. Contudo, o caráter complementar foi atribuído à iniciativa privada desde a VIII Conferência Nacional de Saúde, de 1986. Do Relatório Final (1986) desta conferência consta a seguinte proposta de um novo relacionamento entre o setor público e o setor privado dentro do sistema nacional de saúde:

Para os estabelecimentos privados que já se relacionam com o INAMPS, estabelecer um novo contrato padrão regido pelos princípios do direito público, passando o serviço privado a ser concessionário do Serviço Público.

Contudo, a Constituição de 1988 não convalidou essa proposta de um sistema em que as atividades de atenção à saúde gozassem do estatuto de bem público (como é o caso, por exemplo, das telecomunicações), em virtude do qual deveria a iniciativa privada participar em forma de concessionária do Poder Público. Pelo contrário, a Constituição deixou claro, no artigo 199, que *a assistência à saúde é livre à iniciativa privada*, mas que a participação privada no SUS pode ser realizada de forma complementar: *mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.*

Por sua vez, a Lei Orgânica do SUS (Art. 24) estabeleceu que a participação complementar por parte da iniciativa privada é necessária em face de situações de insuficiência da capacidade instalada do setor público em determinadas áreas geográficas:

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.

Assim, o motivo original da participação privada no SUS encontra-se na possibilidade de o Poder Público poder oferecer, na vastidão e diversidade do território nacional, uma mais completa cobertura assistencial da população, atuando através de intermediários. Com efeito, a participação privada ajuda a aumentar significativamente a capacidade de prestação de serviços por parte do SUS. Uma razão importante para isso é que o setor privado desfruta de grande capacidade instalada para a realização de serviços de saúde, especialmente em hospitais.

A recente portaria GM/MS N° 399/2006 reforça esse preceito e estabelece requisitos de planejamento local na efetuação de contratos ou convênios com entidades privadas, como se pode ler no seu artigo 2º: *quando utilizada toda a capacidade instalada dos serviços públicos de saúde e, comprovada e justificada a necessidade por meio de Plano Operativo da rede própria, o gestor poderá complementar a oferta com serviços privados de assistência à saúde.* A portaria determina como metas para o SUS promover, num prazo de um ano: a) contratualização de todos os prestadores de serviço; b) colocação de todos os leitos e serviços ambulatoriais contratualizados sob regulação. Por outro lado, atribui à União o dever de *definir e pactuar a política nacional de contratação de serviços de saúde.*

A dimensão da capacidade instalada para internações do setor privado, utilizável por pacientes do SUS, comparada com a do setor público, pode ser avaliada pelo tabela apresentada abaixo.

TABELA 27 Leitos disponíveis ao SUS em Estabelecimentos de Saúde, Brasil, 2005

Leitos	Público				Privado			Total Geral
	Federal	Estadual	Municipal	Total	Fins lucrativos	Sem fins lucrativos	Total	
Número	13.535	58.806	68.923	141.264	68.110	124.164	192.274	333.538
%	4,1	17,6	20,7	42,4	20,4	37,2	57,6	100

Fonte: AMS/IBGE, 2005.

Verifica-se que o setor privado proporciona nada menos que 57,6% do total de leitos que podem ser usados por pacientes do SUS. O segmento privado sem fins lucrativos contribui com 37,2% do total de leitos, enquanto o segmento com fins lucrativos tem uma participação bem menor, 20,4%. Tal proporção parece corresponder à diretriz de que o gestor do SUS deve priorizar, sempre que possível, a parceria com instituições não-lucrativas.

A participação privada também pode ser auferida pela proporção de internações autorizadas e remuneradas pelo SUS. Em 2005, 57,2% de 11,4 milhões de internações registradas no sistema do Ministério da Saúde foram realizadas por entidades privadas. Os estabelecimentos sem fins lucrativos (conveniados) contribuíram com 39,8% do total de internações, enquanto os estabelecimentos com fins lucrativos (contratados) contribuíram com apenas 17,4%.

TABELA 28 Internações de acordo com o Sistema de Internações Hospitalares em Estabelecimentos de Saúde, Brasil, 2005

Internações	Público				Privado			Total geral
	Federal	Estadual	Municipal	Total	Fins lucrativos	Sem fins lucrativos	Total	
Número	433.811	2.133.167	2.324.827	4.891.805	1.994.200	4.543.128	6.537.328	11.429.133
%	3,8	18,7	20,3	42,8	17,4	39,8	57,2	100,0

Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Desde o início da década de 1990, o número absoluto de leitos para internação (disponíveis ou não ao SUS) vem decrescendo no setor privado e aumentando no setor público. Entre 1990 e 2005, houve um decréscimo de 28% no número de leitos do setor privado e um aumento 19,3% no setor público. Contudo, o setor privado ainda se mantém à frente em termos da oferta total de leitos. Em 2005, 66,4% dos leitos estavam localizados no setor privado, em estabelecimentos com e sem finalidade lucrativa.

TABELA 29 Leitos para internação em estabelecimentos de saúde, por esfera administrativa, Brasil, 1990-2005

Ano	Total	Público	Privado	Composição privado (%)
1990	533.558	124.815	408.743	76,6
1992	544.357	135.080	409.277	75,2
1999	484.945	143.074	341.871	70,5
2002	471.171	146.319	324.852	68,9
2005	443.210	148.966	294.244	66,4
Var. 90-05 (%)	-16,9	19,3	-28,0	-

Fonte: AMS/IBGE, 2005

Deve ser salientado que a diminuição na capacidade instalada de leitos não corresponde necessariamente a uma diminuição da produtividade. Com efeito, o setor privado vem passando por uma espécie de “reestruturação produtiva”, em que a diminuição do número absoluto de leitos é acompanhada do crescimento de sua produtividade, mediante a diminuição do tempo médio de internação. O número médio de internações por leito vem crescendo, compensando a perda de capacidade instalada. Isto é comprovado quando se toma a relação entre o número de leitos como fator produtivo e o número de internações como produto.

TABELA 30 Número de leitos comparado com internações no setor privado, Brasil, 1999 e 2005

Fator/Produto	1999	2005
a) Leitos	341.871	294.244
b) Internações no ano anterior	13.688.739	16.230.524
Razão a/b	40,0	55,2

Fonte: AMS/IBGE, 1999 e 2005

Para algumas especialidades, a redução do número de leitos no setor privado foi resultante de política governamental. É o caso, por exemplo, dos leitos psiquiátricos. Com a ênfase dada pelo Ministério da Saúde no atendimento ambulatorial dos problemas de saúde mental, houve uma notável redução do número de leitos nessa especialidade. Assim, entre 1992 e 2002, o número de leitos de psiquiatria em hospitais contratados pelo SUS diminuiu em quase 40%, passando de 58.499 para 35.946.¹

Por sua vez, o crescimento da participação do setor público no número total de leitos deve-se, sobretudo, à esfera municipal, como resposta positiva ao processo de desconcentração e descentralização do SUS. Entre 1992 e 2005, o número de leitos municipais praticamente duplicou, passando de 35.861 a 70.078. Por outra parte, houve uma redução importante nos leitos da esfera federal e, em menor monta, na esfera estadual, devida tanto a investimentos novos realizados pelos municípios quanto pela municipalização de hospitais federais e estaduais. Assim, no processo de descentralização de gestão e desconcentração dos serviços do SUS, é natural que o nível federal perca capacidade instalada, o mesmo acontecendo, em menor proporção, com o nível estadual.

¹ Segundo dados do antigo cadastro hospitalar do Ministério da Saúde (DATASUS).

TABELA 31 Leitos para internação por esfera administrativa pública*, Brasil, 1992 e 2005

Esfera	1992	2005	Variação (%)
Federal	24.072	17.189	-28,6
Estadual	75.147	61.699	-17,9
Municipal	35.861	70.078	95,4
Total	137.072	150.971	10,1

Fonte: AMS/IBGE, 1992 e 2005

* Disponíveis ou não ao SUS.

Deve-se considerar, contudo, que uma fração do número de leitos públicos, mostrado na tabela acima, não está disponível aos pacientes do SUS, visto pertencerem a entidades de atendimento a clientela específicas, como é o caso dos hospitais das forças armadas.

De qualquer maneira, o notável crescimento do número de leitos na esfera municipal é indicativo do vigor da descentralização da gestão do SUS alcançado, como política pública bem sucedida, ao longo da década de 1990.

Cumpra salientar, no entanto, que, no setor público, há quatro vezes mais estabelecimentos sem internação, ou seja, unidades dedicadas unicamente ao atendimento ambulatorial. Segundo dados da AMS/IBGE, em 2005, as três esferas de governo detinham em conjunto 55 mil estabelecimentos desse tipo, enquanto a iniciativa privada detinha apenas 14 mil. Mas é bem sabido que a iniciativa privada concentra seu atendimento de saúde em consultórios médicos (com atividade de cunho mais ou menos liberal) que não constam desse levantamento do IBGE.

MOTIVOS ADICIONAIS PARA A PARTICIPAÇÃO PRIVADA NO SUS: EFICIÊNCIA E PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL

As novas filosofias de gestão pública e a própria experiência com a gestão descentralizada do SUS vieram a introduzir nos anos 1990 dois outros motivos para justificar a participação complementar da iniciativa

privada: a ênfase na eficiência e o envolvimento da sociedade civil organizada, que se manifestam em duas novas entidades, a Organização Social (OS) e a Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP).

A defesa de uma administração pública gerencial, contraposta ao modelo “burocrático” tradicional, conduziu, no bojo do processo da Reforma do Estado, à proposta da OS como uma entidade de caráter diferente, que é ao mesmo tempo pública e não-estatal. Por outro lado, o movimento do Terceiro Setor logrou obter uma forma nova de chancela do Poder Público às suas atividades, mediante a concessão, pelo Ministério da Justiça, do título de OSCIP, em função do caráter de interesse público dessas entidades, em adição ao título tradicional de utilidade pública. Esses dois propósitos, a administração autônoma eficiente e a participação responsável da sociedade civil, colocaram as OS e as OSCIP, devidamente legalizadas², como potencialmente importantes contrapartes do setor público no segmento complementar do SUS. Cumpre sublinhar esse caráter de potencialidade, pois pelo que se pode avaliar atualmente nem as OS nem as OSCIP se projetaram como agentes do SUS dotados de magnitude similar à alcançada pelo setor tradicional das entidades privadas sem fins lucrativos, devido a uma série de complicadores políticos e jurídicos.

Ao longo do primeiro mandato do governo Fernando Henrique (1995 a 1998), as OS pareciam estar fadadas a se multiplicarem no SUS, visto serem prioritariamente concebidas para os setores de educação e de saúde, onde se supõe ocorrer uma forma de concorrência entre o setor privado e o público. Eram defendidas basicamente devido a garantirem maior autonomia e flexibilidade de gestão. A maior responsabilidade dos gestores da OS aparecia associada ao contrato de gestão, que fixa metas e indicadores de desempenho a serem alcançados num determinado período. De acordo com a proposta original, as OS são habilitadas de acordo com parâmetros estabelecidos em lei para cada esfera de governo e área de atuação:

Qualificada como Organização Social, a entidade estará habilitada a receber recursos financeiros e a administrar bens e equipamentos do Estado. Em contrapartida, ela se obrigará a celebrar um contrato de gestão, por meio

2 Lei nº 9.637, 15 de maio de 1998 (dispõe sobre a qualificação das entidades como OS) e Lei nº 9.790, 23 de Março de 1999 (dispõe sobre a qualificação das entidades como OSCIP).

do qual serão acordadas metas de desempenho que assegurem a qualidade e a efetividade dos serviços prestados ao público. (BRASIL, 1997)

Houve um grande esforço por parte do governo da época em divulgar a proposta nos setores educacionais e de saúde. Contudo, ela não recebeu um acolhimento favorável no SUS. Em maio de 1997, o Conselho Nacional de Saúde aprovou um relatório em que afirmava serem as Organizações Sociais incompatíveis com os princípios do SUS e com a sustentabilidade da administração pública no setor.³

Nos anos seguintes argumentos semelhantes foram repetidos em todas as instâncias do SUS e criaram sérios óbices políticos para a adoção do modelo da OS. Gestores e trabalhadores se uniram contra a difusão da proposta, denunciada como privatizante.

Mas no final da década a OS, com um formato um pouco diferente, foi adotada pioneiramente pelo Governo do Estado de São Paulo, que qualificou uma dezena de entidades sem fins lucrativos para administração de hospitais na periferia de sua região metropolitana (IBAÑES et. al., 2001). A iniciativa foi impulsionada pela existência de uma dezena de hospitais que haviam sido construídos com base em empréstimo do Banco Mundial e, posteriormente, totalmente equipados com recursos públicos, mas que o Estado não poderia operar diretamente porque o aumento das despesas com pessoal iria contrariar os limites de gasto público com esse item, definidos em lei federal.

Os hospitais em regime de OS tiveram sua capacidade instalada disponibilizada para gestão pelas organizações sociais, de acordo com metas de desempenho fixadas em contrato de gestão. As entidades foram selecionadas com base numa convocação pública, sendo delas exigida a

3 Foram alegadas, entre outras razões, as seguintes: A) *A proposta das OS não leva em conta a organização do SUS, principalmente no que respeita às instâncias de controle social e direção única do sistema, visto que, não prevê mecanismos de subordinação aos gestores municipais ou estaduais por parte dessas organizações;* B) *Não há garantias que protejam o Estado face à criação da expectativa de direito para os credores dessas organizações em caso de descredenciamento ou insolvência;* C) *A transferência de patrimônio público estatal para essas organizações, sem garantias de ressarcimento em caso descumprimento de cláusulas contratuais, inépcia, malversação etc., constitui grave precedente;* D) *Há aspectos, principalmente os relativos à gestão de recursos humanos, na proposta das OS, que não atendem às necessidades identificadas pelos gestores, criando situações de difícil administração, tais como, a possibilidade de ter na mesma unidade funcionários submetidos a diferentes regimes e com diferente remuneração.*

comprovação de experiência de, no mínimo, cinco anos na área de gestão hospitalar. O grupo inicial das instituições contratadas é mostrado no quadro abaixo.

Hospital	Os mantenedora	Leitos
Hospital Estadual do Grajaú	Osec – Organização Santamarense de Educação e Cultura	250
Hospital Itaim Paulista	Hospital Santa Marcelina	263
Hospital Geral de Itapecerica da Serra	Seconci – Sindicato da Construção Civil	168
Hospital Geral de Pedreira	Associação C. Santa Catarina	206
Hospital Geral de Carapicuíba	Sanatorinhos	207
Hospital Geral de Pirajussara	Unifesp – Universidade Federal de São Paulo	285
Hospital Geral de Guarulhos	Santa Casa de São Paulo	309
Hospital Geral de Itaquaquecetuba	Hospital Santa Marcelina	244
Hospital Geral de Itapevi	Sanatorinhos	213
Hospital Estadual de Diadema	Unifesp – Universidade Federal de São Paulo	262

Fonte: Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo e CNES/MS

Atualmente a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo opera em regime de OS um número razoável de unidades: 19 hospitais, três ambulatorios e um laboratório de análise clínica. Em conjunto, os hospitais gerenciados por OS aportam um total aproximado de 4.300 leitos à rede estadual do SUS.

Em 2006, a prefeitura de São Paulo, inspirada no exemplo estadual, qualificou cinco entidades como OS para operar unidades da rede municipal do SUS. Por sua vez, os governos de outras unidades federadas, como Bahia, Pará e Tocantins, vêm mantendo algumas unidades hospitalares sob regime de OS.

As OS realizam com a gestão do SUS uma “parceria completa” de serviços, com base fundamentalmente em patrimônio público posto à disposição (regime de comodato). Não representam uma modalidade institucional de mediação de mão de obra, mas, sim, uma delegação efetiva de poder e de recursos para a realização de cuidados de saúde completos, em hospitais e outras unidades. Assim, funcionam nas mesmas bases técnicas dos demais agentes contratados e conveniados do SUS, mas têm a particularidade de uma gestão determinada de acordo com metas e indicado-

res. O contrato de gestão tem por efeito restringir a autonomia da OS e adequar suas atividades ao interesse público.

Aparentemente, a intenção de aumentar a eficiência de gestão tem sido um dos motivos para realizar contratos entre o SUS e as OS. Mas talvez a principal razão esteja em diversas dificuldades administrativas e no cumprimento de normas fiscais enfrentadas pelo Estado. Por exemplo, é vantajoso para o gestor público o fato de esses contratos não caracterizarem uma terceirização de força de trabalho, e, por isso, estarem isentos de obediência aos limites fixados na Lei de Responsabilidade Fiscal em relação aos gastos diretos com pessoal e com serviços de terceiros.

A proposta de parceria com OSCIP é a outra modalidade privada que se apresenta como promissora para parcerias com o SUS. Uma vantagem é que a OSCIP não encontra uma resistência política tão forte por parte de gestores e trabalhadores quanto a que se verifica em relação ao modelo de OS. Naturalmente, a ampla experiência do SUS na operação de convênios com inúmeras entidades beneficentes e filantrópicas facilita a aceitação dessa via de ação articulada com o setor privado, na qual se busca enfatizar os aspectos comunitaristas e de participação social. Mas, há uma diferença fundamental: a OS, pela lei federal, está autorizada a gerir bens públicos e servidores públicos postos em disponibilidade, enquanto a OSCIP opera em geral a partir de uma capacidade física e humana própria, mantida com recursos repassados de acordo com o termo de parceria firmado com a instituição pública, embora a lei faculte a disponibilidade de bens públicos. Outra diferença importante é o mecanismo de qualificação, que para as OS é realizado pelo Poder Público de cada esfera federativa e para a OSCIP depende de um reconhecimento centralizado, pelo Ministério da Justiça, sendo este exigido para a assinatura do termo de parceria pelo gestor público. A OSCIP vem a ampliar consideravelmente o espectro das finalidades perseguidas por entidades civis não lucrativas e ao mesmo tempo introduz um modelo novo de gestão co-responsável diante da administração pública, cujo rigor na definição de metas e indicadores é similar ao do contrato de gestão realizado com as OS.

Aparentemente, a vocação natural das OSCIP seria a de atuar na atenção básica e não nas atividades hospitalares, nas quais despontam, com forte tradição, as entidades de cunho filantrópico-religioso (tais como

as santas casas) que, por força de lei, não podem ser habilitadas para a condição de OSCIP. Mas não há ainda indícios de que os gestores do SUS tenham uma percepção de que as OSCIP representem parceiros não só confiáveis, mas também capazes de introduzir um diferencial, que é a sintonia com os interesses e a visão de mundo da comunidade. Tanto é assim que o trabalho em equipe do Programa Saúde da Família (PSF) e, especialmente, do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), na grande maioria das localidades, passa ao largo dessas entidades.⁴ Paralelamente, a Pastoral da Saúde, que realiza ações similares às do PACS recebe subvenções regulares do Ministério da Saúde.

Dados recentes sobre entidades qualificadas como OSCIP pelo Ministério da Justiça são mostrados no quadro abaixo. Chama atenção o fato de que a finalidade de saúde aparece somente em sétimo lugar, com 175 entidades habilitadas, equivalentes a 4,7% do total. Entre as 3.749 entidades tituladas, predominam as finalidades de natureza assistencial, ambiental e cultural.

TABELA 32 OSCIP por finalidade, Brasil, 2007

Finalidade	N.º	%
assistencial	1.310	34,9
Ambiental	512	13,7
Cultural	293	7,8
Pesquisa	265	7,1
Creditícia	248	6,6
Educacional	194	5,2
Saúde	175	4,7
Jurídica	45	1,2
Outras	707	18,9
Total	3.749	100,0

Fonte: Ministério da Justiça

4 Apesar de a proposta de co-responsabilização entre Estado e sociedade civil ser bastante explicitada na agenda política nacional, da tradicional parceria entre Estado e o segmento filantrópico em saúde (segmento hospitalar) e da mobilização, em todo o país, para a reorganização da atenção básica, ainda não há, por parte dos atores institucionais, percepção de potencial de articulação entre o Estado e o “terceiro setor” na assistência básica à saúde. (CANABRAVA, 2007).

Qual a dimensão da força de trabalho empregada por OS e OSCIP que atuam na área de saúde? Não dispomos de dados precisos a este respeito. Para as OS de São Paulo e outros estados é possível a consulta individual ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, que arrola nominalmente todos os empregados de cada estabelecimento, mas sem apresentar um quadro sintético. Há, ademais, dados parciais e sujeitos a crítica, fornecidos pelo Inquérito de Assistência Médico-Sanitária do IBGE e pela RAIS do Ministério do Trabalho. Na RAIS de 2005 estão registrados nada menos que 6.911 estabelecimentos de tipo OS, número que é totalmente incompatível com o estágio ainda incipiente de sua implantação. Há, neste particular, um problema classificatório que advém da denominação “organização social”: presta-se a confusões no momento da coleta de dados, visto que título idêntico ou similar é usado para inúmeras entidades privadas de caráter não-lucrativo. Por outro lado, a RAIS de 2005 registra 911 OSCIP com empregos formais, o que parece um número razoável dado que muitas dessas instituições operam com voluntários e sem vínculos formais de emprego. É que a denominação OSCIP é única e não gera problemas para a classificação da entidade. Tendo em conta tais ressalvas, os dados aqui apresentados foram restringidos a OSCIP e para algumas categorias selecionadas de profissionais de saúde.

TABELA 33 Categorias profissionais de saúde empregadas por OSCIP, Brasil e Regiões, 2005

	Médico	Enfermeiro	Dentista	Téc. Enfermagem
Brasil	1.561	1.032	253	3.907
Norte	3	3	5	27
Nordeste	239	208	49	861
Sudeste	910	504	94	2.099
Sul	275	247	64	711
Centro-Oeste	134	70	41	209

Fonte: RAIS/Ministério do Trabalho e Emprego.

A teoria do agente/principal pode ser usada para interpretar a relação que se estabelece entre uma secretaria de saúde e uma OS através do contrato de gestão (SEIXAS, 2003). O principal, que, neste caso é a secretaria de saúde, deseja obter determinados resultados que são de interesse público, mas não quer atuar por conta própria devido a diversos fatores restritivos nos planos administrativo e financeiro. Por sua vez, o agente (OS) dispõe do conhecimento e da flexibilidade necessários para alcançar tais resultados, estando interessado em obter os incentivos proporcionados pelo principal, desde que possa atuar com autonomia. O contrato de gestão explicita tanto os resultados que interessam ao principal quanto os incentivos que interessam ao agente. Aqui estão envolvidos riscos e custos que nunca são bem conhecidos nem pelo agente nem pelo principal, sobretudo no início da operação dos serviços. Por isto, o contrato de gestão precisa ser objeto de negociação intensa entre agente e principal e é sempre passível de revisão, sobretudo na etapa de implantação do relacionamento. Para o bom desempenho do principal é importante a supervisão de pelo menos alguns aspectos da operação e a avaliação de custo/benefício dos resultados obtidos.⁵ Disso resulta a importância de haver uma adequada seleção a partir das entidades candidatas a contrato ou parceria, com base na avaliação de sua experiência gerencial pregressa, o que pressupõe, por sua vez, que já haja previamente algum grau de concorrência entre os agentes no mercado.

Na experiência da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, os aspectos de desempenho e de remuneração previstos inicialmente foram alvos de ajustes sucessivos entre contratante e contratado. A título de ilustração, são mencionadas aqui algumas metas fixadas inicialmente no contrato de gestão:

- média mensal mínima de 15.000 mil atendimentos no Ambulatório e Pronto-Socorro;
- média mensal mínima de 1.000 altas/mês;

5 Ver PREZEWORSKI, A. *Sobre o desempenho do Estado: uma perspectiva agente x principal*. In: Pereira, L.C. B. e Spink, P. *Reforma do Estado e Administração Pública Gerencial*, Rio de Janeiro: FGV, 1998; e a respeito especificamente do contratualismo no sistema de saúde: Ibern, P., Editor. *Incentivos y contratos en servicios de salud*, Barcelona: Springer, 1999

- taxa de ocupação de leitos de no mínimo 75%;
- taxa de cesárea inferior a 30%;
- taxa de infecção hospitalar inferior a 5% ;
- taxa de letalidade hospitalar inferior a 10% .

As três últimas metas são importantes em relação à garantia de qualidade do serviço. Contudo, as três primeiras têm um caráter nitidamente produtivista, estimulando o agente a realizar ações de saúde em grande número, o que pode ser tecnicamente desnecessário. As metas absolutas de produtividade costumam ser deletérias do ponto de vista de um bom gerenciamento da relação do principal com o agente contratado, ainda mais quando se acompanham de remuneração por unidade de serviço prestada (pagamento com base em faturas), sistema que foi adotado inicialmente pela Secretaria de São Paulo. A remuneração por faturamento de internações, consultas e serviços complementares leva fatalmente ao desequilíbrio financeiro do principal, a menos que este construa um competente esquema de supervisão, que costuma ser oneroso. É assim que, com a avaliação dos resultados alcançados nos anos iniciais, a Secretaria de São Paulo passou a remunerar os serviços contratados com base num orçamento trimestral, em que 90% do valor é fixo (de acordo com o desempenho pregresso) e apenas 10% dependem do alcance de metas. Mas a negociação está aberta à eventualidade de novos projetos de atendimento que possam requerer incremento na parte fixa.

A lei estadual (Lei Complementar N° 846, de 4 de junho de 1998), que criou o regime de OS na administração pública de São Paulo, trata a relação com a OS na qualidade de uma parceria semelhante a que o SUS mantém em seus convênios com entidades sem fins lucrativos e dispensa o gestor da necessidade de licitação (mas preceitua a divulgação a todos interessados). A legislação federal vigente já admitia essa exceção da necessidade de licitação para vincular a OS a um contrato de gestão (Art. 24, XXIV, da Lei n° 9.648, de 27-5-98, que alterou a Lei n° 9.666, de 21-6-93).

No entanto, a legislação federal estava dirigida à vinculação de OS que resultassem de órgãos estatais extintos, dentro do processo de publicização, de tal modo a caracterizar um serviço público mantido em funcio-

namento sob regime privado, regulado pelo contrato de gestão. No caso das OS de São Paulo não houve publicização, mas uma contratação de uma entidade sem fins lucrativos previamente existente e supostamente idônea para realizar a gestão hospitalar, à qual o Estado confia a administração de um patrimônio público, ou seja, um hospital construído e equipado. Neste caso, a dispensa de licitação é juridicamente questionável. Em Belém do Pará, no início de 2006, uma decisão de juiz federal suspendeu os efeitos de contrato e do termo de concessão de posse concedido a uma associação privada para a gestão de um hospital recém-construído pela secretaria municipal de saúde, o Hospital Metropolitano. Segundo o despacho do juiz, a associação, que atuava nos campos da cultura e do ensino, não demonstrou possuir qualquer experiência em administração hospitalar e foi escolhida sem processo licitatório. Mas será possível realizar uma licitação deste tipo fora das áreas metropolitanas mais desenvolvidas? Este é um exemplo que demonstra que o gestor público se defronta com dificuldades para processar uma seleção de OS em concordância com as exigências legais.

Uma questão jurídica que continua bastante polêmica é a caracterização da natureza jurídica do serviço prestado pela OS. Segundo Di Pietro (2002) uma das maiores autoridades brasileiras em direito administrativo, a julgar pelo que dispõe a legislação federal, “aparentemente, a organização social vai exercer atividade de natureza privada, com incentivo estatal, e não serviço público delegado pelo Estado.” Mas se a OS é um hospital que resultou da extinção de uma entidade estatal, em virtude de um processo de *publicização*, “prestará serviço público e não atividade privada; em consequência estará sujeita a todas as normas constitucionais e legais que regem esse serviço, até porque não poderia a lei ordinária derogar dispositivos constitucionais”. Na opinião de Di Pietro, “pela forma como a matéria está disciplinada em lei na esfera federal, são inegáveis o conteúdo de imoralidade contido da lei, os riscos para o patrimônio público e para os direitos do cidadão.” Por outro lado, em relação à OSCIP, ela observa que “a parceria está estruturada de forma mais adequada e está sujeita a requisitos mais rígidos”.

A caracterização jurídica adequada das OS paulistas é a de entidades que prestam serviços privados sob incentivo público, de acordo com os

princípios que regem o SUS, sendo isso determinado no contrato de gestão. A cessão na lei paulista é facultativa, com algumas restrições quanto à remuneração. O modelo de São Paulo, de contratação *ad hoc* de entidades gerenciadoras privadas de caráter não-lucrativo, está sendo reproduzido, em menor escala, em outras unidades federadas pelos gestores do SUS. Por sua vez, o Estado da Bahia vem seguindo tanto o caminho da publicização do modelo federal quanto o caminho de gerência privada adotada pelo Estado de São Paulo. Assim, no caso do Hospital Regional Mário Dourado Sobrinho, em 1999, houve a transformação de hospital público pré-existente em entidade pública não-estatal, sendo seu patrimônio cedido em comodato à OS gestora, Instituto de Promoção da Saúde e Desenvolvimento Social da Micro Região de Irecê - PROMIR - OS. Os servidores públicos do antigo hospital puderam optar por um contrato CLT, desde que em licença de seu vínculo estatutário, pelo período de três anos, renovável por mais três, devendo no final escolherem entre retornar a órgão público ou se vincularem em definitivo como empregado CLT à OS. Mas, no caso do Hospital do Oeste, uma unidade regional localizada em Barreiras, recém-construída e equipada, a administração foi entregue à Associação Obras Sociais Irmã Dulce, qualificada como OS.

Será que transparece nesses novos relacionamentos com entidades privadas um interesse da gestão pública em adotar métodos mais eficientes, com base em modelos de autonomia, eficácia e “foco no cliente”? Ou trata-se simplesmente de uma tática para fugir a restrições legais que afetam, sobretudo, o gasto com pessoal na administração pública?

Muitas vezes o que se evidencia claramente é que essa iniciativa resume-se a um expediente realista por parte do gestor público que, desejando ampliar a cobertura de serviços à população, precisa contornar os limites legais e administrativos que o Estado fixou para si mesmo (por exemplo, em relação aos gastos com pessoal). Assim, o Estado não encontra dificuldades em construir e equipar hospitais com toda a infra-estrutura técnica necessária, mas no momento de pô-los em funcionamento vê-se obrigado a recorrer à iniciativa privada, porque se sente débil ou até impedido de resolver dois grandes problemas: o da gestão flexível do próprio hospital e o da vinculação e gestão de seus recursos humanos.

Para os juristas, um dos aspectos mais delicados do relacionamento entre o Estado e OS é atinente à administração do patrimônio público. Enfatizam que é sumamente importante que a OS comprove sua capacidade de administrar adequadamente o capital representado pelo imóvel e pelos equipamentos a ela confiados. Daí a necessidade de uma escolha com base em critérios licitatórios.

No âmbito federal, tem-se em funcionamento uma entidade cujo perfil é uma OS de publicização, mas *avant la lettre*, já que foi instituída em 1991⁶, portanto, bem antes da promulgação do cortejo de leis associado à Reforma do Estado, que se originou no final dessa década. Trata-se do Serviço Social Autônomo Associação das Pioneiras Sociais, a associação que administra a rede de Hospitais Sarah. O órgão que lhe deu origem foi extinto, enquanto que a nova entidade foi definida como de natureza privada sem fins lucrativos e estabelecido um contrato de gestão com o Ministério da Saúde. Os servidores públicos que quiseram permanecer vinculados ao hospital tiveram que optar pelo contrato celetista. A rede Sarah compõe-se atualmente de cinco hospitais localizados em diversas capitais e atuando em especialidades ligadas à reabilitação física e aos problemas do aparelho locomotor. O número de leitos em funcionamento por unidade da rede é o seguinte: Brasília (119), Salvador (113), São Luís (90), Belo Horizonte (75) e Fortaleza (68). Em portaria recente⁷, o Ministério da Saúde instituiu grupo de trabalho com o propósito de “rediscutir o Contrato de Gestão firmado entre o Ministério da Saúde e a Associação das Pioneiras Sociais - Rede Sarah de Hospitais do Aparelho Locomotor em vigência e reformulá-lo com o objetivo de adequá-lo as novas diretrizes e Políticas de Saúde e criar indicadores para sua avaliação”. Este ato por si mesmo indica que o gestor federal sente a necessidade de realizar aquilo que o próprio contrato de gestão objetiva: um adequado acompanhamento das ações realizadas pelo contrato e sua adequação a certos elementos ou objetivos da política pública.

6 Pela Lei Nº 8.246 de 22-10-1991.

7 Portaria Nº 3.177 de 18 de Dezembro de 2006.

CONTRATUALIZAÇÃO E PACTUAÇÃO NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Com a Reforma do Estado dos anos 90, foi instituída a figura do contrato de gestão para regular o relacionamento entre o Poder Público e determinados órgãos da administração direta e indireta a que se atribua um caráter de excepcional autonomia.⁸

Os contratos de gestão foram adotados especialmente no caso das autarquias especiais conhecidas como agências reguladoras. Atualmente, tanto a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) quanto a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) mantêm contratos de gestão com o Ministério da Saúde. Existe um contrato básico que recebe um termo aditivo a cada ano, onde são especificados metas e indicadores. Por exemplo, para a ANS, em relação ao biênio 2002/2004, foram estabelecidas as seguintes diretrizes gerais:

- Regular o setor para a prestação de serviços de qualidade, com garantias assistenciais, a um preço justo, estimulando a ampliação das coberturas ofertadas e possibilitando o acesso à saúde suplementar;
- Promover a competitividade saudável, zelando pela manutenção da estabilidade do setor e estabelecendo e controlando padrões de entrada, operação e saída das operadoras;
- Elevar a confiabilidade e a credibilidade institucional, promovendo o acesso, o direito e a defesa dos interesses dos usuários, no tocante à assistência privada à saúde; e
- Contribuir para o fortalecimento do SUS, visando a melhoria das condições de saúde da população.

Os indicadores de desempenho foram discriminados em várias áreas, das quais pode ser tomada como exemplo a consolidação do modelo de regulação, mostrada no seguinte quadro.

8 Com efeito, a Emenda Constitucional nº 19/98 (art. 37, § 8º) preceitua: *a autonomia gerencial, orçamentária e financeira da administração direta e indireta poderá ser ampliada mediante contrato, a ser firmado entre seus administradores e o poder público, que tenha por objeto a fixação de metas de desempenho para o órgão ou entidade, cabendo à lei dispor sobre: I – o prazo de duração do contrato; II – os controles e critérios de avaliação de desempenho, direitos, obrigações e responsabilidade dos dirigentes; III – a remuneração do pessoal.*

Definição	Métrica	Meta
Impacto das normas de regulação no estímulo à adaptação dos contratos	Taxa Anual de Migração de Planos Antigos Para Planos Novos $\frac{\text{Número de Participantes de Planos Novos} \times 100}{\text{Total de Participantes de Planos}}$	45%
Consolidação do modelo – 50% de regulação do Mercado de Saúde Suplementar	Taxa de Migração de Registro Provisório de Produtos Para Registro Definitivo de Produtos $\frac{\text{Número de Registros Definitivos} \times 100}{\text{Total de Registros Provisórios}}$	50%
	Grau de Regulação de Operadoras $\frac{\text{Número de Registros Definitivos} \times 100}{\text{Total de Registros Provisórios}}$	50%

Fonte: Anexo do 2º Termo Aditivo ao Contrato de Gestão 2002/2004

Pode-se afirmar que o SUS como um todo, a partir de 2004, entrou numa fase que se pode chamar de novo contratualismo, marcado pela idéia de promoção de permanente negociação entre gestores e gerentes com vistas à formulação de objetivos assistenciais, contemplando metas e indicadores específicos de cada área assistencial, e planos de ação anuais para cada nível de gestão do SUS. Há uma nova voga efficientista que nasce internamente a esse sistema e que se pretende democrática devido à ênfase dada ao processo de negociação e pactuação entre gestores e gerentes.

Um exemplo é dado pela relação do gestor federal com os hospitais de ensino que pertencem ao sistema do Ministério da Educação. Por muito tempo esses hospitais se mantiveram na qualidade de uma rede separada em relação à rede de unidades do SUS e recentemente viveram uma crise de financiamento e de gestão. Em 2004, foi conduzida pelo Ministério da Saúde, em acordo com Ministério da Educação, uma série de iniciativas de regulação das suas atividades assistenciais, aplicando normas de contratualização pública para fins de reestruturação desses hospitais.

A Portaria Interministerial N° 1006/MEC/MS, de 27 de maio de 2004, define que o processo de contratualização é “o meio pelo qual as partes, o representante legal do hospital de ensino e o gestor local do SUS, estabelecem metas quantitativas e qualitativas do processo de atenção à saúde, de ensino e pesquisa e de gestão hospitalar que deverão ser acom-

panhadas e atestadas pelo Conselho Gestor da Instituição ou pela Comissão Permanente de Acompanhamento de Contratos”. Para financiar as atividades pactuadas no contrato de gestão, foi definido um repasse fixo mensal baseado na série histórica dos serviços produzidos nos últimos doze meses, a que são acrescidos os valores do FIDEPS (Fator de Incentivo ao Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa em Saúde), um incentivo especial que já vinha sendo pago pelo SUS a tais hospitais. Essa medida de repasse global (orçamento fixo) em substituição ao pagamento por unidade de serviço prestada foi posteriormente adotada para todos os hospitais conveniados.

Os ideais de contratualização e pactuação, em escala nacional, são hoje defendidos pelas autoridades do Ministério da Saúde. A proposta do chamado Pacto pela Saúde tem a ver com o estabelecimento do compromisso de cada unidade de saúde do SUS e de cada gestor do SUS com o alcance de certas metas e indicadores. Busca-se alcançar um desempenho melhor de cada unidade de saúde e da gestão local do SUS a partir do comprometimento com metas e indicadores, algo formalmente similar ao que é proposto num contrato de gestão.⁹

A portaria determina como metas para o SUS promover, num prazo de um ano: a) contratualização de todos os prestadores de serviço; b) colocação de todos os leitos e serviços ambulatoriais contratualizados sob regulação. Por outro lado, atribui à União o dever de definir e pactuar a política nacional de contratação de serviços de saúde. Contudo, não fica claro em que o conceito de contratualização difere do processo de contratação, que é definido como *o conjunto de atos que envolvem desde a habilitação dos serviços/prestadores até a formalização do contrato na sua forma jurídica*. O resumo das formas possíveis de vinculação de gestão de unidades do sistema complementar do SUS é fornecido pela Portaria GM/MS

9 Nesse sentido, a portaria GM/MS N° 399/2006 determina: *A definição de prioridades deve ser estabelecida através de metas nacionais, estaduais, regionais ou municipais. Prioridades estaduais ou regionais podem ser agregadas às prioridades nacionais, conforme pactuação local. Os estados/região/município devem pactuar as ações necessárias para o alcance das metas e dos objetivos propostos. São seis as prioridades pactuadas: 1) Saúde do idoso; 2) Controle do câncer de colo de útero e de mama; 3) Redução da mortalidade infantil e materna; 4) Fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endêmicas, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; 5) Promoção da Saúde; 6) Fortalecimento da Atenção Básica.*

Nº 399/2006: I - convênio no caso de empresas filantrópicas ou sem fins lucrativos; II - contrato de gestão no caso de organizações sociais, quando o objeto do contrato for a transferência de gestão de um órgão estatal; e III - contrato administrativo no caso das empresas privadas de fins lucrativos, ou, em caráter excepcional, com filantrópicas e organizações sociais.

Como não há subordinação administrativa e jurídica a uma autoridade, a expressão contrato de gestão talvez não seja a mais apropriada. Esta noção já tem um conceito preciso dentro do direito administrativo e não convém empregá-la no contexto de relacionamento entre gestores situados em diferentes níveis da federação. Mais aconselhável é a noção de pacto, dado que já se tornou habitual o uso da expressão pacto federativo. De fato, a maioria das iniciativas recentes do Ministério da Saúde na organização de acordos quanto ao cumprimento de metas e indicadores de desempenho do SUS tem sido denominada de pactos.

UM NOVO FORMATO INSTITUCIONAL PARA AS UNIDADES HOSPITALARES?

O relatório do Banco Mundial (2007) sobre a qualidade da despesa pública e gerência de recursos em unidades do SUS identificou a falta de autonomia gerencial e orçamentária como um dos maiores problemas enfrentados pelos dirigentes dessas unidades. Numa amostra especialmente preparada para o estudo, os principais problemas detectados em relação ao processo de planejamento das unidades são os seguintes: 1) limitações gerenciais (73%), reduzida autonomia na condução da unidade (48%), metas indefinidas, incluindo falta de quantificação (30%) e excesso de burocracia (27%).

Muitos dos gestores do SUS que se recusaram a adotar o modelo de organização social para melhorar o desempenho dos hospitais sob sua jurisdição, na medida em que o entendiam como uma linha privatizante, concordam quanto à necessidade de conferir maior autonomia gerencial à unidades hospitalares. Por sua complexidade técnica e administrativa, há um consenso de que os hospitais deveriam ter mais liberdade não só para

gerir seus próprios orçamentos, como também para a realização de algumas compras vitais e para contratar e capacitar recursos humanos.

A crônica deficiência administrativa, de recursos humanos e de qualidade dos serviços prestados que vem há anos acometendo os hospitais públicos do Rio de Janeiro motivou o Ministério da Saúde, em 2005, a buscar alternativas de formato jurídico-institucional que garantam autonomia e flexibilidade de gestão dessas unidades. Foi feita uma solicitação formal ao Ministério do Planejamento para avaliar a problemática, que afeta o conjunto das unidades hospitalares do SUS. Um grupo de trabalho multi-institucional vem desde então trabalhando em torno a uma proposta de criação da figura da *fundação estatal de direito privado*. A matéria é juridicamente controversa, visto que as prerrogativas de flexibilidade e autonomia das fundações públicas de direito privado foram perdidas de vista após a promulgação da Constituição de 1988, que fixou uma série de injunções para toda a administração pública indireta. A proposta de criação da fundação estatal de direito privado, objeto de lei complementar, já foi encaminhada ao Congresso Nacional pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Por outro lado, para cada fundação estatal criada, há necessidade de uma lei específica que, entre outras determinações, autorize sua criação, destaque os elementos de patrimônio público que irá administrar e estabeleça as normas mínimas de direito público a que deve obedecer.

A aprovação do projeto de lei complementar é o primeiro passo a ser dado, devendo regular as seguintes características institucionais desse novo tipo de entidade prestadora de serviços públicos:

- Personalidade jurídica de direito privado, patrimônio e receitas próprias;
- Autonomia gerencial, orçamentária e financeira;
- Personalidade jurídica adquirida mediante atos constitutivos no Registro Civil de Pessoas Jurídicas, de acordo com as normas do Código Civil;
- Integrante da administração pública indireta, vinculado a órgão ou entidade do SUS (ou outra área de serviços não exclusivos do Estado);

- Contrato de gestão com o órgão público dirigente da área (metas e indicadores nos mesmos moldes de uma OS);
- Submissão ao Sistema de controle interno de cada Poder federativo;
- Receitas constituídas pelas rendas obtidas na prestação de serviços e no desenvolvimento de suas atividades (não consta do orçamento do ente federativo correspondente);
- Recursos humanos regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, sem estabilidade, mas com direito à negociação coletiva, sendo assegurada previdência complementar a todos;
- Processo de seleção pública para admissão de pessoal;
- Obrigatoriedade de obediência às normas de licitação pública.

Segundo o projeto a esse respeito coordenado pelo Ministério do Planejamento, a fundação estatal é parte integrante da administração pública indireta da mesma maneira que uma autarquia e presta serviço público:

A fundação estatal é instrumento da ação do Estado, que pode criá-la, mantê-la ou extingui-la, conforme a conveniência e o interesse públicos. Ela não se desliga da vontade do Estado e goza de autonomia parcial, nos termos outorgados pela respectiva lei autorizativa, sendo supervisionada por órgão da Administração Direta ou entidade da Administração Indireta a cuja área de competência estiver inserida a sua atividade e sujeita-se à fiscalização do sistema de controle interno de cada Poder e ao controle externo. (BRASIL, 2007)

De acordo com essas diretrizes, fica claro que, em momento algum, a fundação estatal pode se alienar do interesse público e das diretrizes de sistemas público (como o SUS). O que o Poder Público espera dessa fundação deve estar especificado em cada contrato de gestão a ser firmado anualmente com o gestor do SUS e precisa ser cumprido pela entidade. Em se tratando de um hospital, seus serviços só podem ser prestados como parte do SUS; ou seja, lhe é vedado reservar leitos para planos de saúde e particulares; tampouco pode exigir qualquer complementação de pagamento na prestação de serviço previsto dentro da programação do SUS. Mas nada a impede, por exemplo, que obtenha recursos tanto

do SUS quanto de outras fontes para efetuar atividades como pesquisa e ensino, ou que obtenha rendas extraordinárias na venda de serviços diversos, como qualquer outra fundação de direito privado usualmente o faz.

No quadro abaixo, a fundação estatal de direito privado é comparada com as características institucionais de dois outros tipos de entidades que foram antes tratadas.

Característica	Fundação estatal	Os de São Paulo	OSCIP
Criação ou reconhecimento da entidade	Poder executivo de cada esfera	Governo estadual	Governo federal (M. Justiça)
Vinculação com administração indireta	Sim	Não	Não
Forma de Regulação Pública	Contrato de gestão e fiscalização do Poder Público	Contrato de gestão	Termo de parceria
Cessão de patrimônio público	Sim (instalações de qualquer tipo)	Sim (instalações completas de uma unidade nova)	Eventual e parcial
Cessão de servidores públicos	Sim	Facultativa	Não
Regime de trabalho dos empregados	Emprego público com base na CLT	CLT	CLT
Normas de concurso para ingresso	Sim	Não	Não
Licitação para compras	Sim	Não	Não

Fonte: Elaboração própria

NOVAS NECESSIDADES DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE

A demanda por recursos humanos em saúde é influenciada por fatores variados, destacando-se os determinantes de natureza demográfica e epidemiológica, bem como os decorrentes de políticas públicas. Contudo, a relação entre esses determinantes e a oferta de pessoal adequadamente formado nunca é imediata nem explícita porque depende de uma complexa mediação institucional, ou seja, de ajustes e respostas que ocorrem no longo prazo tanto nos processos educacionais quanto na gestão das

unidades prestadoras de serviços de saúde. Para o atual contexto nacional, podem ser destacados três determinantes particularmente relevantes:

Necessidades de cuidado profissional criadas por uma cada vez maior proporção de idosos na população brasileira;

Necessidades de cuidado profissional criadas pela maior incidência de doenças crônicas não-transmissíveis;

Necessidades de perfil apropriado de competências profissionais decorrentes da estratégia do Programa de Saúde da Família.

O envelhecimento da população contribui para o aumento das necessidades de internação hospitalar, de cuidados especiais de reabilitação bem como de atenção domiciliar. Faz aumentar a demanda por trabalho de pessoal de enfermagem, fisioterapeutas e assistência social. Como se verifica no quadro, entre 1996 e 2006, o número de dias de permanência em internações hospitalares no SUS de pacientes com idade de 60 anos e mais aumentou em 9,1% enquanto para todas as idades houve um decréscimo de 5,3%.

TABELA 34 Dias de permanência em internações hospitalares no SUS para pacientes com 60 anos e mais, Brasil, 1996 e 2006

FAIXA ETÁRIA	1996	2006	VAR. 96-06 (%)
60 a 64 anos	456.099	462.517	1,4
65 a 69 anos	467.867	470.511	0,6
70 a 74 anos	410.356	433.562	5,7
75 a 79 anos	331.184	382.780	15,6
80 anos e mais	389.564	493.417	26,7
Total >= 60 anos	2.055.070	2.242.787	9,1
Todas as idades	11.932.654	11.304.047	-5,3

Fonte: DATASUS/MS

Entre nós, estão presentes motivos culturais que fazem com que os idosos, em sua absoluta maioria, independentemente da condição econômica, sejam cuidados no âmbito da família pelos parentes mais próximos e não alojados em instituições específicas, como ocorre em países da Europa e nos Estados Unidos. O cuidado domiciliar profissional é ainda

pouco expressivo em comparação com o cuidado permanente prestado diretamente por membros do núcleo familiar. Todavia, esse padrão cultural poderá vir a ser modificado nas próximas décadas, exigindo uma presença maciça de profissionais capacitados para lidar com as necessidades do idoso tanto na esfera institucional quanto no domicílio.

A crescente incidência e a mortalidade por algumas doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) afetam igualmente a demanda por profissionais especialmente capacitados e por cuidados contínuos no hospital e no domicílio. As complicações e as seqüelas incapacitantes acarretadas por essas doenças de longo curso exigem cuidados de reabilitação e tratamento permanentes ou muito prolongados. As análises epidemiológicas no Brasil têm demonstrado que as doenças do aparelho circulatório vêm diminuindo seu impacto na estrutura de mortalidade da população; mas, por outro lado, vem crescendo a mortalidade por diabetes e neoplasias (FREESE, 2006). Ademais, a morbidade por essas duas doenças determina um aumento significativo das internações no SUS, embora com acentuadas variações regionais, como mostra o quadro seguinte.

TABELA 35 Internações no SUS por diabetes e neoplasias, Brasil e regiões, 1996 e 2006

Período: 1996	Diabetes mellitus			Neoplasias		
	1996	2006	Var. 96-06 (%)	1996	2006	Var. 96-06 (%)
Região Norte	3.905	6.803	74,2	15.671	32.724	108,8
Região Nordeste	24.458	28.415	16,2	98.612	144.712	46,7
Região Sudeste	54.681	49.811	-8,9	180.942	263.468	45,6
Região Sul	20.738	23.653	14,1	71.404	127.071	78,0
Região Centro-Oeste	6.463	12.450	92,6	18.674	44.791	139,9
Total	110.245	121.132	9,9	385.303	612.766	59,0

Fonte: DATASUS/MS

As internações por essas e outras DCNT afetam claramente a demanda por força de trabalho no ambiente hospitalar. Exigem uma atenção médica voltada para as possíveis complicações e intercorrências dessas

doenças e cuidados de enfermagem mais intensivos, seja para monitorar adequadamente sinais e sintomas, seja em termos de indispensáveis intervenções terapêuticas ou de reabilitação, ou, ainda, para dar maior conforto ao paciente. Tais aspectos determinam, em última instância, um maior grau de especialização do corpo médico e, ao mesmo tempo, a necessidade de aumentar a força de trabalho de enfermagem.

Esse quadro de demandas criadas devido a questões demográficas e epidemiológicas requer uma mudança na composição das categorias de saúde de nível superior e técnico que saem anualmente dos estabelecimentos de ensino. Tradicionalmente, o Brasil formava relativamente muitos médicos em comparação com os enfermeiros; de outra parte, as categorias técnicas e auxiliares de enfermagem tinham um baixo padrão de escolaridade e formação específica. Havia lacunas importantes nas equipes de atenção hospitalar e ambulatorial, tanto em quantidade quanto em qualidade. Essas lacunas estão sendo corrigidas na última década, não só pelo movimento da sociedade que busca espontaneamente novas oportunidades de trabalho em profissões de nível superior no mercado de trabalho, como também por políticas públicas de qualificação do pessoal técnico do qual um exemplo é o Programa de Formação de Trabalhadores na Área de Enfermagem (PROFAE), cujo objetivo principal foi o de transformar os antigos atendentes de enfermagem (informais e de baixa qualificação) em técnicos de enfermagem plenamente legitimados.

Um papel importante no aumento da oferta de profissionais de saúde de nível superior coube à iniciativa privada, ou seja, às instituições privadas de ensino superior em habilitações de saúde, que abriram uma grande quantidade de vagas para a formação de enfermeiros, dentistas, farmacêuticos e fisioterapeutas, entre outras categorias. O quadro abaixo mostra o número de concluintes de alguns cursos selecionados de profissões de saúde, por estabelecimentos públicos e privados de ensino. No curto período que se estende de 1999 a 2004, houve um extraordinário crescimento do número de graduados em todos esses cursos, que ocorreu, em grande parte, por conta do ensino privado.

TABELA 36 Concluintes em alguns cursos de graduação presenciais da área da saúde, segundo a categoria administrativa, Brasil, 1999 e 2004

Cursos	1999			2004		
	Público	Privado	Total	Público	Privado	Total
Medicina	4.782	2.976	7.758	5.081	4.258	9.339
Odontologia	2.909	5.102	8.011	2.928	6.128	9.056
Enfermagem	2.722	2.800	5.522	3.893	10.072	13.965
Farmácia	2.766	3.254	6.020	3.347	6.690	10.037
Medicina Veterinária	1.625	959	2.584	1.956	2.267	4.223
Nutrição	829	1.348	2.177	1.179	3.917	5.096
Fisioterapia	859	4.322	5.181	1.330	12.301	13.631
Fonoaudiologia	157	1.859	2.016	231	2.250	2.481
Terapia Ocupacional	96	285	381	150	747	897

Fonte: Mec/Inep/Deaes

Pelos dados de variação relativa mostrados no quadro abaixo, conclui-se que:

- Cursos tradicionais como medicina e odontologia tiveram menor aumento no número de graduados;
- O maior crescimento deu-se em cursos de enfermagem, fisioterapia e terapia ocupacional, ligados ao cuidado permanente e às funções de reabilitação;
- A iniciativa privada contribuiu em participação muito expressiva para esses resultados, sobretudo nos cursos de enfermagem, nutrição, fisioterapia, terapia ocupacional e medicina veterinária.

TABELA 37 Variação percentual dos concluintes em alguns cursos de graduação presenciais da área da saúde, segundo a categoria administrativa, Brasil, 1999 a 2004

Cursos	Variação % 1999-2004		
	Público	Privado	Total
Medicina	6,3	43,1	20,4
Odontologia	0,7	20,1	13,0
Enfermagem	43,0	259,7	152,9
Farmácia	21,0	105,6	66,7
Medicina Veterinária	20,4	136,4	63,4
Nutrição	42,2	190,6	134,1
Fisioterapia	54,8	184,6	163,1
Fonoaudiologia	47,1	21,0	23,1
Terapia Ocupacional	56,3	162,1	135,4

Fonte: Mec/Inep/Deaes

Mas um aspecto importante para o bom cumprimento dos objetivos de qualidade dos serviços de saúde, nos segmentos SUS e não-SUS é a educação permanente de sua força de trabalho. O PROFABE representa talvez a iniciativa de maior envergadura na qualificação e formação técnica em saúde já realizada no País. Cerca de 230 mil trabalhadores da área de enfermagem foram formados por esse programa até 2005, em três linhas diferentes como mostra o quadro.

TABELA 38 Alunos formados pelo PROFAE, Brasil e Regiões, Setembro de 2005

Região	QP(*)	CEF(**)	CQP (***)	Total
C.Oeste	13.395	147	2.482	16.024
Nordeste	71.363	3.958	16.488	91.809
Norte	19.506	1.638	3.096	24.240
Sudeste	34.869	3.214	24.600	62.683
Sul	16.360	934	17.696	34.990
Brasil	155.493	9.891	64.362	229.746

Fonte: SGTES/MS

* Qualificação Profissional de Auxiliar de Enfermagem;

** Complementação do Ensino Fundamental;

*** Complementação da Qualificação Profissional de Auxiliar de Enfermagem para Técnico de Enfermagem

O SUS dispõe hoje de 37 Escolas Técnicas especificamente voltadas para a formação de técnicos em mais de 129 variedades de cursos profissionais de formação e educação continuada. A formação técnica em saúde compreende atualmente 12 subáreas curriculares: BIODIAGNÓSTICO, ENFERMAGEM, ESTÉTICA, FARMÁCIA, HEMOTERAPIA, NUTRIÇÃO E DIETÉTICA, RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM EM SAÚDE, REABILITAÇÃO, SAÚDE BUCAL, SAÚDE VISUAL, SAÚDE E SEGURANÇA NO TRABALHO E VIGILÂNCIA SANITÁRIA.

No que se refere ao impacto das políticas de saúde na demanda por recursos humanos cabe um destaque especial ao Programa Saúde da Família (PSF). Implantado a partir de 1994, sob a égide da administração municipal (na grande maioria dos casos), este programa, integrante do chamado nível de atenção básica, passou a absorver em grande proporção força de trabalho de várias categorias profissionais. Médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários têm presença obrigatória na constituição das equipes do PSF, aos quais se acrescentaram recentemente dentistas, atendentes de consultório dental e técnicos de higiene dental. As ações prioritárias do programa no âmbito do atendimento nas unidades e na visita domiciliar vêm requerendo dessas categorias um perfil específico de habilidades assistenciais e de comunicação, para o que se faz necessário sua requalificação em ampla escala. São ações que contribuem,

entre outras metas, para a redução da mortalidade infantil por diarreia e por desnutrição, o controle da diabetes e da hipertensão e buscam atuar precocemente nos casos de infecção respiratória aguda e desidratação, a fim de reduzir e evitar a necessidade de internação, especialmente entre crianças.

O número de agentes comunitários, equipes de saúde da família e equipes de saúde bucal em 2006 é mostrado no quadro seguinte. Como a presença de um médico, um enfermeiro e um auxiliar de enfermagem é obrigatória em cada equipe do PSF, o crescimento da demanda por esses profissionais pode ser avaliada a partir do número de equipes implantadas. Já as equipes de saúde bucal são de dois tipos: com um cirurgião dentista (CD) e um atendente de consultório dentário (ACD); ou com um CD, um ACD e um técnico em higiene dental (THD).

TABELA 39 Número de agentes comunitários, equipes de saúde da família e equipes de saúde bucal, Brasil e regiões, 2006

Região	ACS	ESF	ESB
Norte	91.105	11.150	7.727
Nordeste	26.464	1.925	949
Sudeste	58.052	8.037	3.140
Sul	27.903	3.779	2.032
Centro-Oeste	15.968	1.838	1.238
Brasil	219.492	26.729	15.086

Fonte: DAB/MS

O PSF ainda se mostra débil num ponto vital, que é o desempenho dos seus médicos. Para alcançar metas de cobertura e de eficácia no atendimento básico, são exigidas do médico de família habilidades distintas daquelas enfatizadas na maioria dos cursos de medicina. O médico de saúde da família não pode se limitar a um atendimento curativo em função de uma emergência qualquer. Como membro da equipe do programa, seu papel é pró-ativo: atua na prevenção das doenças e na promoção da saúde comunitária, mediante atividades comunicativas e de ações técnicas as mais diversas. Espera-se que os médicos de família adotem uma abor-

dagem abrangente dos problemas de saúde, incluindo a visão do impacto desses problemas na comunidade; que mantenham um relacionamento contínuo com seus pacientes; e que prestem cuidados centrados não na doença, mas na pessoa do paciente e no seu contexto familiar.

Mas, infelizmente, o sistema curricular dos cursos de medicina ainda não está orientado para dar uma resposta adequada a essa exigência de um novo perfil de habilidades dos médicos. A experiência do PSF tem posto em debate a questão de como reordenar as estratégias pedagógicas de capacitação dos médicos, não só na fase de graduação, mas também na residência médica e nos cursos de especialização.

Em outros países, os programas de saúde familiar são estruturados com base no trabalho do médico, que é reconhecido como um especialista, um médico de família. Entre nós, a expressão correta é médico de saúde da família. Isto ocorre porque o PSF se estabeleceu desde o início como um programa baseado no trabalho da equipe de saúde da família, com caráter multiprofissional, envolvendo o médico, o enfermeiro, o técnico de enfermagem e o agente comunitário de saúde. O espírito de trabalho em equipe foi sempre muito valorizado e se procura evitar que os demais trabalhadores sejam tratados como meros “auxiliares” do médico. Contudo, devido a uma longa tradição de trabalho autônomo, o médico raras vezes consegue se articular adequadamente com os demais membros da equipe. Acaba por realizar um atendimento isolado, muito semelhante ao que faria num ambulatório qualquer. Enquanto isso, os demais membros da equipe se integram entre si e se esforçam para cumprir com as exigências de ação comunitária que demarcam a filosofia do PSF.

Essa questão, contudo, deve ser examinada tendo em vista as condições do mercado de trabalho dos médicos. Sabe-se que uma parte considerável dos médicos que, a cada ano, ingressam no PSF das secretarias municipais de saúde são jovens recém-graduados, atraídos por uma experiência de trabalho desafiadora e que costuma ser bem remunerada em relação à média dos empregos médicos. No entanto, eles vêm na saúde da família apenas uma etapa que favorece seu desenvolvimento profissional. Passado algum tempo, saem do PSF em busca da formação noutra especialidade ou de um outro tipo de função no sistema privado. É grande a rotatividade dos médicos no PSF. Um dos motivos é que eles não se sen-

tem como integrantes de uma efetiva especialidade médica, plenamente reconhecida e valorizada.

Quanto a este ponto, é recorrente a polêmica acerca das características da formação do médico em saúde da família. Deve ser realizada em conjunto com os demais profissionais de nível superior que participam da equipe de saúde da família, de tal modo a garantir que os médicos se comprometam com o espírito do trabalho em equipe? Ou, ao contrário, os médicos devem ter uma formação específica e aprofundada, em clínica geral, preventiva e promocional, de tal modo a garantir que seu estatuto de especialidade médica seja plenamente reconhecido entre seus colegas e pela própria população? Esta polêmica não é nada fácil de ser resolvida e está fadada a ocupar um espaço permanente na agenda dos encontros que discutem a metodologia de capacitação para o pessoal de saúde da família.

O Ministério da Saúde criou programas que fortalecem as duas alternativas: financia tantos os cursos de formação multiprofissional quanto algumas residências exclusivas de médicos de saúde da família. Ademais, patrocina um programa (o Pró-Saúde) que incentiva, junto às instituições de ensino superior, a adequação e a inovação curricular da graduação de médicos, enfermeiros e dentistas, de acordo com os requisitos do PSF.

É muito claro, no entanto, que todas essas iniciativas precisam de um longo período de experiência e maturação para que possam resultar numa mudança efetiva do modo predominante de formação dos médicos, centrado que está nas especialidades de alta tecnologia e de prestígio social bem estabelecido junto ao grande público.

COMPOSIÇÃO E PROBLEMAS DO EMPREGO NO SETOR PÚBLICO DO SUS

O desenvolvimento do SUS na década de 1990 determinou uma maior concentração de recursos humanos na esfera municipal, o que está em consonância com os princípios de descentralização da gestão e municipalização dos serviços de saúde, tanto no âmbito da assistência hospitalar quanto na ambulatorial. É o que se constata pelo quadro seguinte em relação ao número de empregos de algumas categorias de nível superior.

TABELA 40 Recursos humanos de nível superior em estabelecimentos de saúde por esfera administrativa pública, Brasil, 2005

	Federal	Estadual	Municipal
Total	35.608	108.919	296.805
Médico	19.733	63.530	158.104
Odontólogo	3.060	5.184	42.090
Enfermeiro	6.582	18.450	52.824
Outros	6.233	21.755	43.787

Fonte: AMS/IBGE, 2005

Certamente a implantação do Programa Saúde da Família contribuiu de forma importante para esse resultado, correspondendo ao que se espera de um sistema cuja base de atendimento à população deve ser gerida principalmente pelas prefeituras. Segundo essa linha de raciocínio, os poucos estabelecimentos federais deveriam ser mais especializados e teriam reduzida sua força de trabalho; aliás, muitos deles foram redefinidos em suas funções ou passaram por um processo de transferência para a órbita administrativa dos municípios e dos estados.

No que tange à esfera estadual, contudo, há sinais de que se produziu uma defasagem em relação à capacidade de trabalho de médicos e de outros profissionais, dado que no âmbito estadual situam-se ainda muitos hospitais de referência para especialidades médicas. Aparentemente, a força de trabalho em saúde da esfera estadual cresceu menos que o desejável, embora isto tenha sido em parte compensado pelos mecanismos de contratação e convênios com a iniciativa privada, já referidos anteriormente. Por exemplo, entre 1992 e 2005, houve um crescimento de apenas 12,1 % no emprego de médicos na esfera estadual, enquanto esses empregos aumentaram em 129,2 % na esfera municipal.

TABELA 41 Evolução dos empregos de médico em estabelecimentos de saúde segundo esfera administrativa pública, Brasil, 1999 e 2005

	1992	2005	Varição (%)
Federal	22.418	19.733	-12,0
Estadual	56.649	63.530	12,1
Municipal	68.968	158.104	129,2

Fonte: AMS/IBGE, 1992 e 2005

Há pelo menos dois fatores que contribuem para esse resultado de crescimento insuficiente da força de trabalho em saúde da esfera estadual: a) a trajetória das políticas do SUS nos anos 1990 que subestimaram o papel da órbita estadual na gestão e prestação de serviços de saúde¹⁰; b) as dificuldades enfrentadas pelos estados na expansão da força de trabalho do setor público devido às limitações de gastos com pessoal impostas por lei (Lei Camata e, a partir de 2.000, a Lei de Responsabilidade Fiscal).

Deve ser sublinhado que, em anos recentes, o total do número de servidores públicos estaduais têm crescido em proporção menor que seus congêneres federais e municipais. Para avaliar essa tendência, é importante ter em vista o conjunto da força de trabalho empregada nessas três esferas de governo, que em 2005 alcançava 7,8 milhões de vínculos. As três esferas públicas absorviam as seguintes proporções: federal, 10%; estadual, 39,4% e municipal, 50,6%.

TABELA 42 Força de trabalho da administração pública, Brasil e Regiões, 2005

Região	Federal	Estadual	Municipal	Total
Brasil	783.358	3.078.439	3.957.992	7.819.789
Centro Oeste	291.748	340.737	264.927	897.412
Nordeste	122.628	740.759	1.200.253	2.063.640
Norte	57.180	316.555	286.092	659.827

¹⁰ Ver a este respeito: Mendes, E. V. *Uma Agenda para a Saúde*. Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1996

Região	Federal	Estadual	Municipal	Total
Sudeste	246.030	1.321.793	1.623.839	3.191.662
Sul	65.772	358.595	582.881	1.007.248

Fonte: RAIS/Ministério do Trabalho e Emprego.

Considerando a evolução do emprego público no período recente, constata-se que a menor variação foi registrada na esfera estadual (4,5%) e a maior na municipal (11,6%), enquanto que os vínculos da administração federal tiveram um crescimento de proporção intermediária (7,7%). Portanto, a tendência significativa à expansão do emprego municipal atinge o conjunto dos servidores públicos brasileiros e não só os do SUS.

TABELA 43 Variação % da força de trabalho na administração pública, Brasil e Regiões, 2003 a 2005

Região	Federal	Estadual	Municipal
Brasil	7,7	4,5	11,6
Centro Oeste	3,9	14,3	13,5
Nordeste	25,2	5,3	15,4
Norte	-5,6	12,1	26,2
Sudeste	7,4	0,3	8,4
Sul	11,3	4,1	6,0

Fonte: RAIS/Ministério do Trabalho e Emprego.

Parte desse efeito de menor dinamismo do emprego público na esfera estadual pode ser atribuído às dificuldades que as Unidades Federadas vêm enfrentando no cumprimento de algumas das exigências da Lei de Responsabilidade Fiscal. Como se sabe, a política de contenção fiscal iniciada pelo governo Fernando Henrique culminou na aprovação, em 2.000, da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), que estabeleceu limites para as despesas com pessoal para os poderes executivo, legislativo e judiciário das esferas administrativas da União. São limites máximos calculados como percentuais da Receita Corrente Líquida (RCL). Os valores

relativos determinados para o poder executivo e o total de cada esfera administrativa são:

- 37,9%, de um total de 50%, na esfera federal de governo;
- 49%, de um total de 60%, na estadual;
- 54%, de um total de 60%, na municipal.

Esses são os percentuais relativos ao poder executivo, ao qual está atinente a gestão do SUS. Com essa escala crescente de limites máximos de despesa com pessoal, a LRF quer dar a entender que o grau de responsabilidade pelos serviços públicos é relativamente maior nos estados e municípios do que na gestão federal. Essas proporções refletem, assim, a conformidade com o princípio de descentralização. Mas a lei estabeleceu também os chamados limites prudenciais, que correspondem a 95% do limite máximo. Quando são alcançados os limites prudenciais, o ente federativo está proibido de aumentar salários e vantagens dos seus servidores ou criar novos cargos. O limite prudencial é calculado da seguinte maneira: para o poder executivo estadual, é 95% de 49% (equivalente a 46,5%); para o poder executivo municipal, é 95% de 54% (equivalente a 51,3%).

A despesa total com pessoal engloba os gastos com ativos e inativos, que sejam provenientes de salários, vantagens fixas e variáveis, encargos sociais, etc.; está também incluído todo gasto com pessoal terceirizado que implique em ampliação da força de trabalho em condição substitutiva dos servidores efetivos.

Para se ter uma idéia de conjunto, o quadro seguinte mostra a evolução do percentual da despesa líquida em relação à receita corrente líquida do poder executivo das Unidades Federadas.

TABELA 44 Evolução da despesa líquida com pessoal/receita corrente líquida (%), Poder Executivo das Unidades Federadas, 2000 a 2006

UF	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
AC	47,32	47,22	45,06	48,99	48,58	44,35	48,11
AL	44,29	44,49	46,87	48,29	48,28	43,77	45
AM	44,76	40,73	39,87	40,74	40,89	40,95	41,07
AP	36,86	37,91	31,14	37,17	39,39	34,16	41,7
BA	35,89	38,41	41,63	44,21	41,29	40,28	42,33
CE	42,59	41,44	39,39	41,81	40,09	42,59	38,43
DF	32,89	34,09	32,41	33,59	30,51	34,94	41,19
ES	44,9	40,11	41,52	36,7	33,09	32,5	32,02
GO	49,17	45,96	43,81	45,18	43,04	39,35	42,96
MA	48,54	46,84	40,75	46,96	42,13	40,32	35,58
MG	63,86	62,83	61,67	n.d.	48,33	43,49	44,58
MS	45,68	48,07	34,97	37,45	37,22	37,89	43,55
MT	42,66	39,28	36,65	37,4	35,26	37,89	40,72
PA	42,26	42,66	43,12	44,98	43,3	41,4	44,09
PB	42,1	39,36	48,17	52,63	50,98	44,26	45,61
PE	49,22	48,17	46,97	46,53	44,55	43,47	42,16
PI	45,22	47,11	48,55	52,49	48,73	46,78	43,6
PR	45,58	49,05	44,53	46,18	46,74	45,82	44,91
RJ	39,9	35,14	37,55	39,27	31,25	30,99	27,49
RN	41,15	45,76	49,02	48,15	46,57	48,81	48,23
RO	45,03	39,33	31,18	38	37,9	36,99	39,84
RR	38,68	32,95	31,16	24,99	29,86	25,16	28,74
RS	61,68	51,84	48,77	48,69	43,28	40,03	41,3
SC	52,03	46,01	49,44	44,14	44,26	42,36	43,99
SE	57,88	47,39	46,07	47,5	42,95	37,34	42,88
SP	49,27	47,93	47,99	46,68	44,53	42,36	42,84
TO	34,15	35,93	35,7	36,67	39,64	34,53	44,7
Total	47,85	45,97	45,49	44,12	41,93	40,26	40,8

Fonte: Ministério da Fazenda

Obs: 49% =limite máximo legal (incisos I, II e III, art. 20 da LRF); 46,5% = limite prudencial (§ único, art. 22 da LRF).

Quando se toma o percentual de despesa com pessoal em 2006, verifica-se que apenas duas unidades federadas, Acre e Rio Grande do Norte, estão acima do limite prudencial. Contudo, muitas outras unidades federadas, tais como São Paulo, Minas Gerais, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, só recentemente lograram obter uma redução desse indicador de tal modo a se colocarem numa situação fiscal mais favorável diante da lei. Isso significa que em anos recentes todas essas UFs passaram por constrangimentos na expansão do seu quadro de servidores públicos. De qualquer modo, fica evidenciado o sucesso obtido pela Lei de Responsabilidade Fiscal no que se refere à redução da despesa com pessoal, um de seus principais alvos.

Freqüentemente é dito que essa lei favoreceu a terceirização de força de trabalho através de cooperativas e outras entidades como fundações de apoio, internas às unidades do SUS, ou ainda a contratação temporária e irregular de pessoal, de modo que o gasto com pessoal fique escamoteado. Ora, a lei previu que o gasto com terceirização entre no cômputo do item de pessoal: *os valores dos contratos de terceirização de mão-de-obra que se referem à substituição de servidores e empregados públicos serão contabilizados como “Outras Despesas de Pessoal”* (Art. 18, § 1º). Portanto, a única maneira de expandir a força de trabalho no SUS, quando a UF ou o município encontra-se perto do limite prudencial, é recorrer ao contrato ou convênio de uma entidade parceira (tal como aconteceu com São Paulo em relação aos contratos de gestão com OS).

Contudo, as relações irregulares de trabalho constituem ainda um dos maiores problemas da gestão do trabalho no SUS. Diversas pesquisas indicam que a irregularidade do vínculo de trabalho chega a alcançar metade ou mais dos que trabalham na esfera municipal e, sobretudo, no PSF. Uma pesquisa patrocinada pelo Ministério da Saúde evidenciou tal situação de irregularidade no tocante ao médico:

As modalidades de contratação de médicos corresponderam, em 34,3% das equipes de saúde da família, a contratos temporários e em 15,5% de prestação de serviços. Somando-se esta última modalidade com outras formas de contratação que podem ser classificadas como as mais precárias (bolsa, contrato informal e contrato verbal), foi alcançado um valor de 18,1% das equipes

pesquisadas. Formas de contratação estáveis (estatutário e CLT) corresponderam, para o país, respectivamente a 12,2% e 13,2%, perfazendo um total de 25,4% nestas duas modalidades. (BRASIL, 2004)

Nos municípios proliferaram tipos de contratos de trabalho espúrios, alguns deles mediados por cooperativas, fundações privadas e ONGs. Essas instituições privadas promovem uma espécie de *leasing* de mão-de-obra no SUS, função totalmente ilegal. Médicos, enfermeiros e outros trabalhadores são pagos dessa maneira, por uma entidade intermediadora, contratada pela gestão local. Mas tais trabalhadores prestam serviços de saúde sob o comando técnico e administrativo da instituição pública, o que caracteriza, segundo os juristas, uma terceirização espúria de serviços finalísticos do SUS.

A existência de contrato mantido diretamente com a secretaria municipal de saúde, mesmo que sejam contemplados todos os direitos trabalhistas, não é suficiente para caracterizar uma condição de regularidade, já que frequentemente esses trabalhadores foram admitidos em descumprimento da norma de concurso público. Em termos gerais, é irregular todo vínculo de trabalho em que o trabalhador foi admitido à instituição pública sem concurso ou seleção de natureza pública, sendo exceção o trabalhador terceirizado admitido nas áreas não-finalísticas (como serviços gerais, segurança, etc.), por pertencer a uma empresa empregadora contratada mediante as normas legais de licitação.

Essa situação crítica dos vínculos de trabalho no SUS tem sido denominada “precariedade do trabalho”. Diante dela, o Ministério da Saúde propôs uma política de “desprecarização” das relações de trabalho. O termo, no entanto, é impróprio e deveria ser evitado. A noção de precariedade do trabalho tem em vista tão-somente o ponto de vista do trabalhador; pressupõe que a esses vínculos faltam elementos importantes de proteção dos direitos e aspirações dos trabalhadores e que essa condição desfavorecida deveria ser banida. No entanto, avaliado na perspectiva do direito administrativo brasileiro, o que cumpre combater nesses casos é mais que nada a ilegalidade da situação. Descumprindo a norma de ingresso às instituições de Estado, esses tipos de “contrato” são virtual-

mente nulos, e não podem assegurar que o trabalhador possa continuar no vínculo, a não ser sob a condição de se submeter a um concurso aberto a todos.

É importante que se entenda que o cumprimento pelo empregador de direitos diversos que assistem ao trabalhador, tais como o da contribuição à previdência social, garantia de décimo terceiro salário, férias, etc. não é suficiente para caracterizar a regularidade do vínculo. O que o SUS necessita é uma política de regularização dos vínculos de trabalho, com a devida observância da exigência de admissão mediante concurso público. É tal política que pode salvaguardar os princípios da legalidade, moralidade, impessoalidade e publicidade, que são princípios do ordenamento justo do Estado.

Com o progressivo cumprimento das diretrizes de ajuste fiscal no que concerne às despesas de pessoal, os estados e municípios deveriam estar seguindo o exemplo dado pelo Governo Federal, que vem substituindo o pessoal contratado em forma irregular através da realização de concurso público no executivo, no legislativo e no judiciário. O número de ingressos por concurso vem aumentando progressivamente, como evidencia a seguinte tabela.

TABELA 45 Número de ingressados anuais por concurso na administração federal, 1999-2006

Ano	Ingressados
1999	2.927
2000	1.524
2001	660
2002	30
2003	7.220
2004	16.122
2005	2.453
2006	22.112

Fonte: Boletim de Recursos Humanos, Ministério do Planejamento.

As medidas de regularização das relações de trabalho no âmbito federal estão associadas, historicamente, a uma representação do Ministério Público Federal contra o Governo Federal, que resultou na assinatura de um Termo de Ajuste de Conduta (TAC) por este último, em 2002, portanto no último ano do governo Fernando Henrique. A partir de 2003, tanto em obediência a essa determinação quanto por política explícita, o governo Lula vem favorecendo uma ampla retomada do crescimento do estoque de servidores ativos. Um contingente crescente de trabalhadores terceirizados e temporários “informais” da administração federal vem sendo substituído por servidores efetivos; amplia-se também o leque de carreiras para as quais se organizam concursos públicos. Pode-se afirmar que a política de regularização se transformou numa vertente autônoma do governo federal e vem se juntar a uma estratégia mais ampla de valorização e modernização das carreiras no setor público. Essa nova orientação política do governo federal fornece uma indicação precisa de qual o caminho a seguir para aperfeiçoar a gestão do trabalho no SUS.

RECOMENDAÇÃO DE LINHAS DE ESTUDO E AVALIAÇÃO

Durante os últimos 15 anos, dedicados à implantação e consolidação do SUS, as autoridades da área de saúde tiveram sua atenção inteiramente voltada para objetivos estratégicos peculiares a este sistema que constitucionalmente assume o princípio de cobertura universal e gratuita. Só no final dos anos 1990, emergiu uma problemática nova e politicamente relevante que é o da regulação dos planos e seguros de saúde, correspondendo ao setor suplementar de saúde. Atualmente parece claro que se faz necessária uma visão ainda mais ampla desses objetivos estratégicos, de tal modo a abarcar os problemas do conjunto do sistema de saúde brasileiro, em seus variados componentes e na sua inter-relação. Uma das justificativas para tanto é que esses componentes estão interligados por questões de políticas de incentivo fiscal e de financiamento pelo Estado. Mas também, muito especificamente, encontra-se o fato de que estão conectados por um elo decisivo, muito pouco compreendido, que são os recursos humanos. A importância dessa interligação pelos recursos humanos fica clara

quando se tem em vista que freqüentemente o médico do SUS é o mesmo profissional que atende a beneficiários de planos de saúde num hospital de fins lucrativos e que também atende a uma clientela particular em seu consultório privado.

À guisa de conclusão deste trabalho, são a seguir indicadas quatro linhas de estudo que poderiam ajudar as autoridades governamentais a definir melhor os objetivos estratégicos a serem perseguidos pelas ações interventivas do Estado sobre o sistema de saúde nos próximos anos:

Estudo das bases conceituais e metodológicas para atendimento às prioridades e aos direitos de cidadania e econômicos, em que se articulem os papéis de proteção social e garantia de direitos pelo Estado, de um lado, e a indispensável ação complementar exercida pela iniciativa privada, pela comunidade e pelas famílias, de outro;

Avaliação permanente do desempenho e dos resultados alcançados pelos diversos componentes desse sistema, no sentido de propor a melhoria de critérios, objetivos e métodos, particularmente no que se refere aos objetivos da ação reguladora do Estado;

Estudo dos processos e resultados obtidos pelas variadas formas de pactuação, contratos de gestão e parcerias entre entidades públicas e privadas, com vistas a ter uma avaliação de custos de transação e efetividade;

Acompanhamento e avaliação da situação e dos problemas de vínculo dos recursos humanos com as diferentes instâncias do sistema de saúde, bem como seu desempenho, formas de organização e interesses, com a perspectiva de servir de orientação para as políticas de gestão do trabalho específicas do setor saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Organizações Sociais. **Cadernos MARE de Reforma do Estado**, Brasília, n. 2, 1997, p. 14

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002**. Brasília, 2004. p. 75.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Secretaria de Gestão. **Projeto Fundação Estatal: Principais Aspectos**. Brasília, 2007.

CANABRAVA, C. M. et al. Sistema Único de Saúde e o terceiro setor: caracterização de entidades, não hospitalares, que possuem serviços em atenção básica de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.1, jan 2007.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8, Brasília, 1986. **Relatório final**. Brasília, 1986. Disponível em: <http://chagas.redefiocruz.fiocruz.br/~ensp/biblioteca/dados/8conferencia.pdf> Acessado em: 23 abr 2007.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Parcerias na Administração Pública: concessão, permissão, franquia, terceirização e outras formas**. São Paulo: Atlas, 2002. p. 214-219.

FREESE, E. (org.). **Epidemiologia, Políticas e Determinantes das Doenças Crônicas não transmissíveis no Brasil**. Recife: Editora UFPE, 2006. p. 85.

IBAÑES, N. et al. Organizações sociais de saúde: o modelo do Estado de São Paulo, **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, 2001, p. 391-404

IBERN, P. (ed). **Incentivos y contratos en servicios de salud**. Barcelona: Springer, 1999.

MENDES, E.V. **Uma Agenda para a Saúde**. Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1996.

PREZEWORSKI, A. Sobre o desempenho do Estado: uma perspectiva agente x principal. In: PEREIRA, L.C. B. & SPINK, P. **Reforma do Estado e Administração Pública Gerencial**. Rio de Janeiro: FGV, 1998.

SEIXAS, Paulo Henrique D'Ângelo. **As Organizações Sociais da Saúde em São Paulo: 1998/ 2002, uma visão institucional**. Dissertação - (Mestrado), EAESP/FGV, São Paulo, 2003

WORLD BANK. **Governance in Brazil's Unified Health System (SUS): raising the quality of public spending and resource management**, report no. 36601-BR. February 15, 2007. p. 16.





4.

O PRECEITO DE DIVERSIDADE E A
COMPOSIÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO
NO SETOR PÚBLICO

ROBERTO PASSOS NOGUEIRA





O PRECEITO DE DIVERSIDADE E A COMPOSIÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO NO SETOR PÚBLICO

APRESENTAÇÃO

A noção de diversidade diz respeito à composição variada da força de trabalho segundo critérios de gênero, raça/cor, deficiência e orientação sexual. O que se busca nas modernas políticas de diversidade é fazer com que as pessoas empregadas tenham o mesmo grau de heterogeneidade que caracteriza a população em geral, de acordo com os critérios mencionados. O que está em jogo, neste caso, são determinados objetivos de equidade, que assumem particular relevância na gestão de pessoal do setor público. Assim, por exemplo, considera-se que constitui uma injustiça o fato de que a força de trabalho do setor público tenha uma menor proporção de pretos/pardos ou de portadores de deficiência do que a totalidade da população.

O requisito básico da equidade da administração pública no campo de pessoal é a bem conhecida “abertura para os talentos da sociedade”. Isto requer que todos os indivíduos com suficiente capacitação para exercer certa função pública tenham possibilidade de acesso a tal função em condições que atendam ao *princípio de igualdade*; por exemplo, que tenham amplo acesso ao processo seletivo e que se submetam às mesmas provas e avaliações. As políticas de diversidade da força de trabalho do setor público obedecem, ao contrário, a uma *noção de equidade*; elas resultam de uma *ação afirmativa* que busca corrigir algumas desigualdades historicamente estabelecidas entre os grupos de cidadãos. Procuram aumentar, entre os efetivamente empregados, a participação relativa daquelas pessoas que se encontram em situações socialmente desvantajosas. Para tanto, costumam

ser reservadas “cotas” (ou seja, percentual de vagas) para alguns grupos, durante o processo seletivo.

A Organização das Nações Unidas, por intermédio de um dos seus comitês, afirmou o seguinte acerca dos benefícios da diversidade da força de trabalho: Os esforços realizados com vistas à diversidade no local de trabalho facilitam a troca de diferentes pontos de vista, melhoram a capacidade de resolver problemas mediante idéias diversificadas e criam um ambiente de trabalho respeitável e de mais fácil aceitação por todos.

PANORAMA INTERNACIONAL

Em países da Europa e nos Estados Unidos, um dos fatores que atuam no sentido de aumentar a expectativa de resultados de parte das políticas de diversidade é a crescente participação das minorias étnicas no conjunto da população. Assim, entende-se que, do ponto de vista de equidade, a composição étnica das pessoas empregadas precisa ser o mais possível assemelhada à composição étnica da população. Verifica-se que nos Estados Unidos, em 1980, as pessoas de cor branca representavam cerca de 80% da população. Em 2000, este percentual havia caído para 69%. Os estudos realizados naquele país evidenciam que, como resposta a essa diversidade demográfica, também o conjunto dos trabalhadores ocupados está se tornando mais balanceado em relação a etnia.

Os dados de participação das minorias étnicas no emprego no setor público civil dos Estados Unidos evidenciam um avanço da participação de negros, hispânicos e outros, ao longo do período 1993-2003, que equivale a um aumento de 3,1 pontos percentuais. Neste período, o percentual de participação de pessoas portadoras de deficiência manteve-se em 7%. Por sua vez o emprego de mulheres no serviço público passou de 44% para 45%.

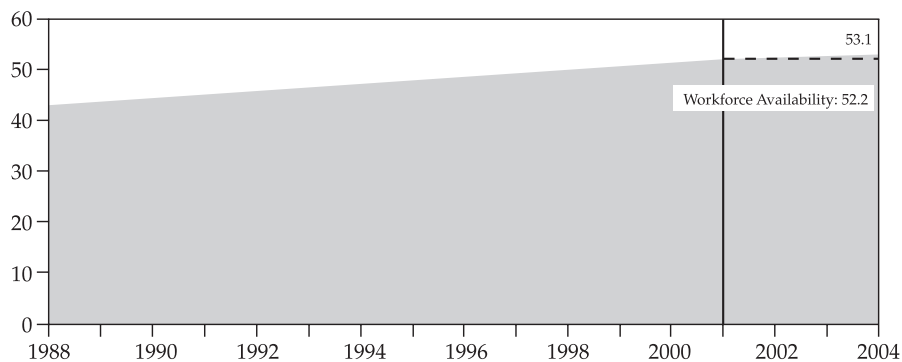
TABELA 46 Evolução Percentual da Participação de Minorias Étnicas na Força de Trabalho do Setor Público, Estados Unidos, 1993-2003

	1993	1995	1997	1999	2001	2003
Total de Minorias	28.2	28.9	29.4	30.0	30.6	31.1
Negros	16.7	16.8	16.7	17.0	17.1	17.0
Hispânicos	5.6	5.9	6.2	6.5	6.7	7.1
Asiáticos	3.9	4.2	4.4	4.4	4.6	4.8
Indígenas	2.0	2.0	2.1	2.1	2.2	2.1

Fonte: Federal Civilian, Workforce Statistics, *the Fact Book, 2004 Edition*

O Canadá é um bom exemplo de país que manifesta clara preocupação com o aumento da diversidade da força de trabalho no setor público. A “Norma da Equidade no Emprego”, promulgada pelo Governo Central, tem duas finalidades explícitas: conseguir a igualdade no local de trabalho de modo que a nenhuma pessoa sejam negadas oportunidades ou benefícios de emprego por razões que não estejam relacionadas com habilidades; e corrigir as condições da desvantagem no emprego por parte das mulheres, dos povos aborígenes e de pessoas portadoras de deficiência. Em 2004, a representação de mulheres alcançava 53,1%, a de minoria aborígene, 4,1% e a de pessoas portadoras de incapacidade, 5,7% do total de empregados. Como resultado da ação afirmativa em favor das mulheres, a participação da força de trabalho feminina no setor público chegou a crescer em torno a 10 pontos percentuais nos últimos 15 anos.

Ilustração 1 Crescimento da Participação da Força de Trabalho Feminina no Setor Público, Canadá, 1988-2004



Fonte: Annual Report to Parliament, *Employment Equity in the Federal Public Service, 2003-04*, Canada

Dados de países da Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Econômicos - OCDE (tabela seguinte) mostram que a participação das mulheres na força de trabalho do setor público é muito variável, inclusive no que se refere à relação entre a administração federal e o total do setor público. O maior nível de participação é encontrado na Hungria, com mais de 70%, e o menor na Coreia, em torno a 30%. Nesta lista de países, a participação feminina no total do setor público é sempre maior que no governo federal, situação que é também encontrada no Brasil.

TABELA 47 Países da OCDE, 1999: Participação das Mulheres no Setor Público

País	Mulheres (%)
Alemanha	
Governo Federal	21,4
Total	50,2
Hungria	
Governo Federal	77,9
Total	73,6

País	Mulheres (%)
Coréia	
Governo Federal	29,8
Total	33,1
Holanda	
Governo Federal	31,3
Total	35,6
Nova Zelândia	
Governo Federal	41
Total	60
Estados Unidos	
Governo Federal	44,7
Total	56,1

Fonte: OCDE

DIVERSIDADE DA FORÇA DE TRABALHO DO SETOR PÚBLICO NO BRASIL

Para o Brasil, um primeiro ponto a ser avaliado, neste particular, é o da atual composição da força de trabalho do setor público; outro ponto é o das políticas que têm sido adotadas nas últimas décadas para aumentar sua diversidade. Consideraremos aqui apenas as variáveis que dizem respeito a gênero, etnia (cor/raça) e deficiência, para cuja avaliação se pode contar com dados secundários obtidos a partir das estatísticas oficiais. O aspecto de orientação sexual requer, evidentemente, pesquisas especiais, que ainda não são realizadas de rotina em nosso país.

Os dados disponíveis atualmente comprovam que a participação das mulheres no emprego do conjunto do setor público (todas as esferas de governo) excede a participação das mulheres tanto na população residente quanto na População Economicamente Ativa (PEA). Este constitui, portanto, um indicador relativamente favorável do ponto de vista da diversidade de gênero. No entanto, seu significado tem de ser relativizado, porque as mulheres, no setor público, tendem a estar mais presentes nos empregos de menor qualificação e pior remuneração, tal como acontece no mercado de trabalho em geral.

Com efeito, de acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), em 2002, 56% do total de funcionários estatutários e militares era composto por mulheres. Neste cálculo, estão excluídos, portanto, os trabalhadores celetistas do setor público.

TABELA 48 Número e Proporção de Homens e Mulheres na População Residente, População Economicamente Ativa e Militares e Estatutários, Brasil, 2002

Sexo	População Residente		PEA		Militares e Estatutários	
	Número	%	Número	%	Número	%
Homens	83.720.199	48,8	49.524.477	57,5	2.199.050	43,8
Mulheres	87.947.337	51,2	36.531.168	42,5	2.823.587	56,2
Total	171.667.536	100,0	86.055.645	100,0	5.022.637	100,0

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2002

Os dados da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS, Ministério do Trabalho e Emprego) são mais abrangentes, porque englobam todos os tipos de vínculos formais. Eles indicam que, em 2003, a participação das mulheres no total do setor público brasileiro alcançava 57,3% (tabela seguinte). No entanto, ficam evidenciadas grandes variações entre as esferas de governo. Ela é muito significativa na esfera municipal (61,8%) e relativamente reduzida no âmbito do governo federal (31,5%). Assim, constata-se que as políticas de municipalização, para diversos tipos de atividade (educação, saúde, etc.) têm sido favoráveis à expansão proporcional do emprego do sexo feminino.

TABELA 49 Participação das Mulheres na Força de Trabalho no Setor Público das Três Esferas de Governo e Média de Remuneração, Brasil, 2003

Esfera de Governo	Percentual	Total	Média Remuneração* (R\$)
Federal	31,5	744.998	2.884
Estadual	57,7	3.197.900	1.296
Municipal	61,8	3.975.695	732
Total	57,3	7.918.593	1.162

Fonte: RAIS/TEM

* De ambos os sexos

Na tabela é feita também uma comparação entre a remuneração média por trabalhador e a participação do sexo feminino em cada esfera. Vê-se que a concentração de mulheres dá-se em sentido inversamente proporcional ao valor da remuneração média do setor para os ambos os sexos. As mulheres estão mais presentes no governo municipal porque nesta esfera é gerado um número proporcionalmente maior de empregos de baixa qualificação. Já na esfera federal, as pessoas ocupadas em atividades de menor qualificação (como vigilância e limpeza) não estão incluídas porque em geral estes serviços são realizados por empresas terceirizadas.

De acordo com dados do Ministério do Planejamento, que excluem as empresas públicas e de economia mista, a participação das mulheres entre os servidores civis ativos do Poder Executivo Federal, em dezembro de 2004, alcançava 43,9%. Entre os órgãos ministeriais, os percentuais são muito variáveis, conforme mostra a tabela seguinte. Apenas os ministérios da Previdência, da Cultura e da Educação têm uma participação feminina realmente elevada, que se situa em torno a 50%. Dos ministérios mostrados, sete têm menos de 40% de sua força de trabalho composta por mulheres. Há casos extremos, como os ministérios da Agricultura e da Justiça, que exibem, respectivamente, uma participação de 24,2 e 19,3%. O Ministério da Saúde está em uma posição bem mais razoável e absorve 41,3% de mulheres.

TABELA 50 Brasil, 2004: Participação Percentual das Mulheres no Total de Trabalhadores de Alguns Órgãos da Administração Federal

Órgão/Ministério	Part. Feminina
Presidência da República	34
Agricultura, Pecuária e do Abastecimento	24,2
Cidades	51,1
Ciência e Tecnologia	34,2
Comunicações	44
Cultura	48,1
Defesa	40,1
Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior	39,8
Educação	48,7
Fazenda	40,5
Justiça	19,3
Meio Ambiente	30,1
Minas e Energia	38,2
Previdência e Assistência Social	56,3
Relações Exteriores	39,3
Saúde	41,3
Trabalho e Emprego	46,3

Fonte: Ministério do Planejamento, Boletim Estatístico de Pessoal, N. 105, Janeiro, 2005

Dentro da hierarquia da burocracia pública, quanto mais diferenciada é a função, menor é a participação das mulheres. É o que mostra a tabela seguinte, composta pelos tipos de DAS, que são cargos de confiança. No nível mais baixo de assessoria, que corresponde ao DAS-1, há 47,8% de mulheres. Já no nível mais elevado, o DAS-6, a participação das mulheres cai para 16,7%. O que importa, neste caso, é observar a tendência declinante da participação feminina entre os seis graus de DAS, e que se acentua ainda mais a partir do DAS-4.

TABELA 51 Brasil, 2004: Participação Percentual das Mulheres em Funções de Assessoramento de Direção Superior (DAS) segundo Tipo

Nível	Sexo Feminino
DAS-1	47,8%
DAS-2	46,1%
DAS-3	44,5%
DAS-4	36,2%
DAS-5	22,3%
DAS-6	16,7%

Fonte: Ministério do Planejamento, Boletim Estatístico de Pessoal, N. 105, Janeiro, 2005

A participação das mulheres no executivo federal, por faixa etária, é mostrada na tabela seguinte. O que é interessante ressaltar a este respeito é que a participação das mulheres atinge um máximo na faixa jovem de 21 a 25 anos e decresce com a idade. Naturalmente, este último fato decorre do limite de idade da aposentadoria das mulheres que, de acordo com a lei, é menor que o dos homens.

TABELA 52 Participação das Mulheres na Força de Trabalho do Executivo Federal, Brasil, 2004

Grupos de idade (Faixa Etária)	Feminino	
	Qtde	%
Até 20 anos	364	40,3
De 21 a 25 anos	5.394	51,4
De 26 a 30 anos	12.164	49,3
De 31 a 35 anos	15.688	45,0
De 36 a 40 anos	27.739	44,2
De 41 a 45 anos	48.441	47,3
De 46 a 50 anos	53.290	47,0
De 51 a 55 anos	32.346	39,0
De 56 a 60 anos	14.970	35,4
De 61 a 65 anos	6.224	35,4

Grupos de idade (Faixa Etária)	Feminino	
	Qtde	%
De 66 a 70 anos	2.093	34,1
Mais de 70 anos	85	21,1
Não informado	168	48,3
Total	218.966	43,87

Fonte: Ministério do Planejamento, Boletim Estatístico de Pessoal, N. 105, Janeiro, 2005

Quanto ao aspecto de etnia, a PNAD revela que há uma sub-representatividade dos pretos e pardos no setor público brasileiro, considerando apenas as categorias de militares e estatutários. Com efeito, enquanto na população em geral os pretos e pardos participam com 52,4%, no setor público a proporção é de 40%, havendo uma diferença, portanto, de 12 pontos percentuais. Isto deixa claro que há necessidade de algum tipo de política afirmativa para elevar a proporção de pretos e pardos neste setor de emprego.

TABELA 53 População Geral e Força de Trabalho do Setor Público, segundo Raça/Cor, Brasil, 2003

	Branco (%)	Pretos e pardos (%)	Total
População Geral	47,6	52,4	172.922.256
Militares e Estatutários	60,0	40,0	5.205.120

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2003.

Nota: Compreendem as pessoas de 10 anos ou mais de idade.

Este aspecto das políticas de equidade ainda não tem sido considerado no Brasil com a mesma prioridade que se observa em países da América do Norte e da Europa. O sistema de informação do Governo Federal só muito recentemente incluiu o campo de raça/cor para registro oficial por parte de seus servidores. Houve uma convocação ampla para que todos preenchessem esse campo com a informação pertinente, mas os resultados ainda não foram divulgados. Quanto à participação da minoria indígena nada tem sido propalado, mas aparentemente, com exceção

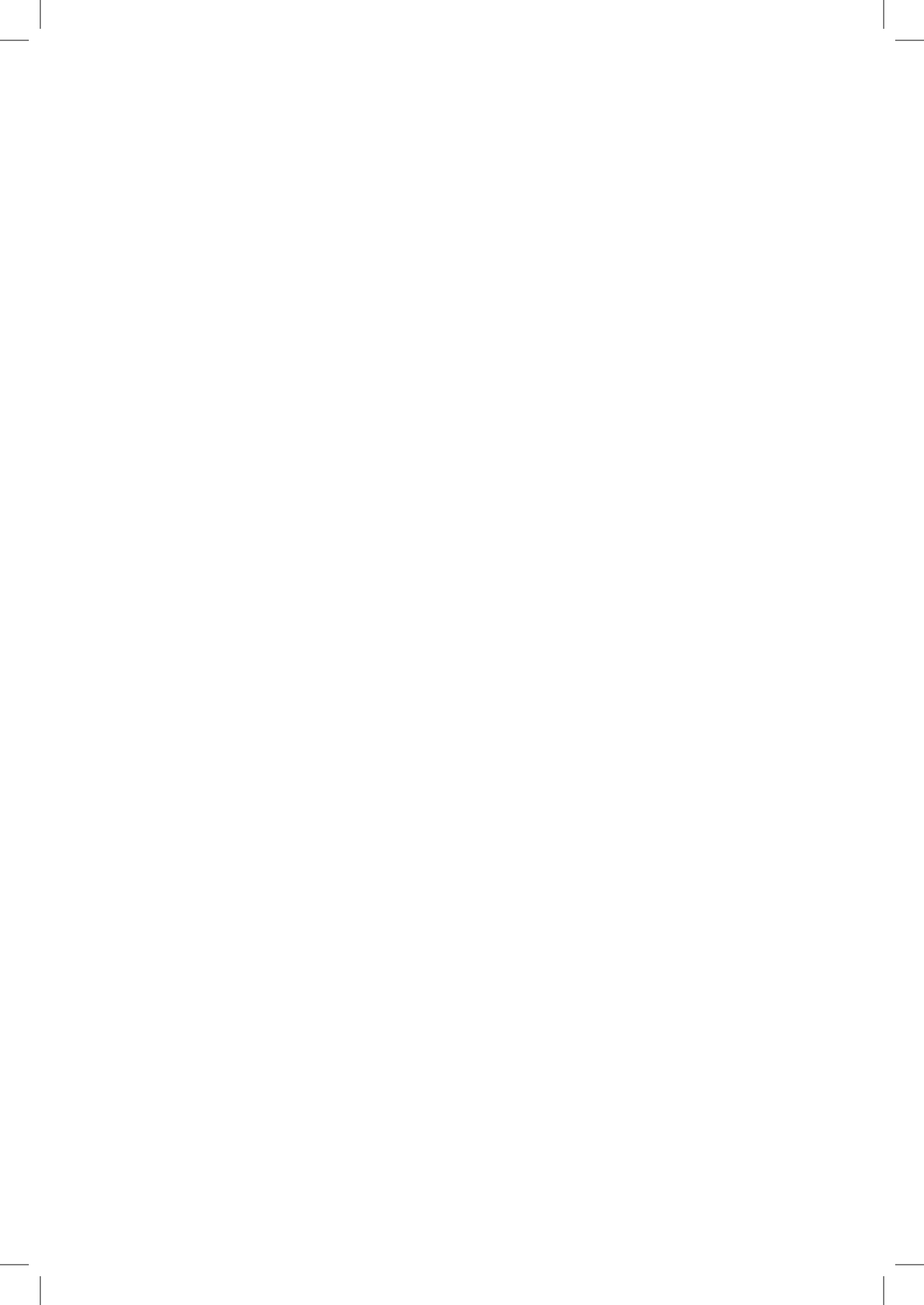
do órgão dedicado à política indigenista (FUNAI), ela tem uma expressão irrisória.

Outro aspecto importante da política de equidade para a força de trabalho do setor público brasileiro diz respeito à absorção de pessoas portadoras de deficiência. Infelizmente, também neste particular as estatísticas oficiais são omissas. Contudo, está em vigor, desde 1989, um dispositivo legal que assegura cota para os portadores de deficiência em todos os concursos públicos. A redação dada pelo Decreto N.º 3.298, de 20 de Dezembro de 1999, estabelece o seguinte:

Art. 37. Fica assegurado à pessoa portadora de deficiência o direito de se inscrever em concurso público, em igualdade de condições com os demais candidatos, para provimento de cargo cujas atribuições sejam compatíveis com a deficiência de que é portador.

§ 1º O candidato portador de deficiência, em razão da necessária igualdade de condições, concorrerá a todas as vagas, sendo reservado no mínimo o percentual de cinco por cento em face da classificação obtida.

Considerando que, a partir de 1995, entraram por concurso na administração pública federal 75 mil pessoas, pode-se estimar que foram admitidos neste período 984 portadores de deficiência. No entanto, o Ministério do Planejamento ainda não fez um censo para determinar qual a proporção efetiva desse grupo especial dentro da força de trabalho do setor público federal.



5.

PROBLEMAS DA GESTÃO DE RECURSOS
HUMANOS NO MINISTÉRIO DA SAÚDE

ROBERTO PASSOS NOGUEIRA

SÉRGIO FRANCISCO PIOLA

SOLON MAGALHÃES VIANNA





PROBLEMAS DA GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS NO MINISTÉRIO DA SAÚDE

INTRODUÇÃO

O planejamento e a gestão de recursos humanos na administração pública têm uma importante tarefa de médio e longo prazo que é a de responder às necessidades criadas pelas macro-funções exercidas por uma dada instituição. Por macro-função entendemos um campo de ações específico e relevante que faz parte da missão institucional. Para cada macro-função é estabelecida uma relação fundamental entre a instituição e os cidadãos que dela se servem. Por exemplo, um hospital público tem uma macro-função de assistência médica, uma escola tem uma macro-função de ensino, e assim por diante. A gestão pode ser considerada também uma macro-função, sempre que se colocar numa dimensão diretiva não só da instituição, mas de um sistema. Assim, a gestão do SUS no âmbito federal é uma macro-função do Ministério da Saúde.

Essa abordagem formal das macro-funções é um pressuposto do processo de planejamento de carreiras e, de um modo geral, dos quadros de pessoal em qualquer instituição. As carreiras e quadros buscam organizar e distribuir as pessoas segundo as áreas de atividades, níveis de remuneração e gratificação, formas de avaliação de desempenho, etc. Mas tais distinções devem ser feitas, naturalmente, segundo os objetivos que se pretendem alcançar dentro de cada macro-função. Rigorosamente, a gestão e o planejamento das carreiras existem porque as macro-funções precisam ter continuidade e pertinência numa dimensão temporal: suas regras e processos devem ser preservados e aplicados adequadamente a cada novo dia e a despeito da não-continuidade dos altos dirigentes. Esse

aspecto corresponde à possibilidade de fazer valer os objetivos da missão institucional no transcorrer do tempo e na sucessão político-institucional, o que é um aspecto muito importante na gestão pública.

Contudo, para além dessa visão formal, sabe-se que as macro-funções são mutáveis. Muitas vezes envelhecem, podendo, inclusive, perder sua razão de ser, ou podem precisar ser acomodadas com novas macro-funções que se agregam ao perfil de desempenho institucional. Isto acontece porque o Estado e suas ações mudam de natureza segundo certos contextos sociais e políticos, acompanhando certas demandas da sociedade, da evolução tecnológica e das teorias administrativas, para citar só alguns fatores. O que é importante reter a esse respeito, enfim, é que há uma história das macro-funções a ser considerada no momento de reestruturar as carreiras e os quadros de pessoal. De outro modo, as atividades de planejamento de pessoal correm o risco de pouco contribuírem para dar continuidade, pertinência e adaptabilidade às macro-funções institucionais.

O processo de gestão e planejamento de pessoal sofre igualmente constrangimentos que são de natureza sistêmica: dependem dos recursos e dos objetivos amplos do governo. Há macro-funções que são transversais ao governo; elas podem ter carreiras ou quadros que vão além de uma dada instituição. Por outro lado, há determinações legais, administrativas e políticas a serem tomadas em conta no esforço de modernizar as carreiras e quadros de pessoal.

Por tudo isso, num contexto de administração pública, a gestão das pessoas converte-se em mais uma das macro-funções de governo, e usualmente é exercida sob a liderança de um órgão que determina iniciativas prioritárias neste campo. No Governo Federal, esse relevante papel é atualmente exercido pelo Ministério do Planejamento. Para todos os efeitos, esse ministério é líder do sistema de pessoal federal, gerindo, portanto, toda a macro-função de pessoal do governo. Nesse âmbito supra-institucional, o governo, em princípio, busca dar continuidade a certas macro-funções antigas, oferecer resposta às necessidades criadas por macro-funções emergentes, bem como priorizar os objetivos mais factíveis do

ponto de vista político e administrativo, o que inclui a questão essencial do financiamento das novas despesas. É também nesse âmbito que a gestão e o planejamento de pessoal revestem-se de uma faceta eminentemente política.

Esses pressupostos teóricos preliminares servem-nos aqui como guia para orientar certas perguntas relevantes a que teremos de responder ao longo deste capítulo, quais sejam:

- Quais são as macro-funções exercidas pelo Ministério da Saúde?
- Quais são as antigas (ou tradicionais) e quais as novas?
- Como a gestão de pessoal desse ministério tem respondido à evolução dessas macro-funções?
- Quais são os contextos políticos e administrativos que têm facilitado ou dificultado a modernização da estrutura de carreiras e quadros de pessoal do ministério nas últimas duas décadas, que correspondem aos anos de implantação do SUS?

MACRO-FUNÇÕES E CARREIRAS DE PESSOAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Como dito anteriormente, a macro-função corresponde a um campo específico e relevante da missão institucional. Cada macro-função tende a se revelar como uma característica ou marca de um órgão, que se especializa no seu exercício. Por isto, para dar maior concretude à análise é preciso distinguir a macro-função tanto quanto o órgão que a exerce de maneira característica. Neste texto, parece-nos importante tornar claro esse vínculo existente entre a macro-função e o órgão ministerial. Assim, propomos aqui o seguinte esquema analítico das macro-funções do Ministério da Saúde, com os órgãos que lhe correspondem:

TABELA 54 Macro-Funções do Ministério da Saúde

MACRO-FUNÇÃO	ÓRGÃO
Saúde Pública para a Inclusão Social	Fundação Nacional de Saúde - FUNASA
Ensino, Produção e Pesquisa	Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ
Assistência Médico-Hospitalar	Hospitais Próprios
Regulação e Financiamento do SUS	Ministério-Sede
Vigilância Sanitária	Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA
Regulação de Planos e Seguros de Saúde	Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

Essa classificação, naturalmente, reflete uma visão sincrônica das macro-funções ministeriais, conforme a realidade organizacional analisável em meados da década de 2000. Todas essas macro-funções estão marcadas por uma racionalidade organizacional e política que tem uma história de, no máximo, duas décadas. Esta é a realidade organizacional que resultou basicamente da unificação entre o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e o Ministério da Saúde, e da constituição do SUS. Há também macro-funções que têm a ver com transformações político-institucionais ocorridas muito recentemente, que são as atribuições de regulação exercidas pela ANVISA e ANS.

Para que se possam entender alguns dos problemas da gestão de recursos humanos do Ministério da Saúde, em toda a sua diversidade, um importante ponto de partida é a distinção da macro-função segundo algumas transformações recentes ocorridas no contexto organizacional amplo em que se insere, ou seja, relacionada à amplitude federativa e às ações de envergadura multisetorial. O quadro seguinte apresenta alguns exemplos.

TABELA 55 Macro-Funções do Ministério da Saúde e seu contexto organizacional amplo

MACRO-FUNÇÃO	TRANSFORMAÇÕES RECENTES DO CONTEXTO ORGANIZACIONAL AMPLO
Saúde Pública para a Inclusão Social	Descentralização das ações de saúde pública para os estados e municípios.
Ensino, Produção e Pesquisa	Instituição do Sistema Nacional de Ciência e Tecnologia, com os órgãos que o integram.
Assistência Médico-Hospitalar	Descentralização da gestão do SUS, municipalização/ estadualização da assistência médico-hospitalar.
Gestão e Regulação do SUS	Descentralização da gestão do SUS e instituição das suas modalidades de gestão; sistema da seguridade social.
Vigilância Sanitária	Instituição do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e organização das agências reguladoras.
Regulação de Planos e Seguros de Saúde	Organização das agências reguladoras como autarquias especiais.

O que queremos dar a entender com este quadro é que cada macro-função do Ministério da Saúde insere-se num contexto político e organizacional mais amplo. Este é um aspecto fundamental a se ter em vista na implementação das iniciativas de gestão de pessoal. Por exemplo, as macro-funções exercidas pelas duas agências reguladoras da saúde integram formas intersetoriais de intervenção reguladora do Estado na economia e no bem-estar social. Por outro lado, existe uma diversidade das regras e dos processos das macro-funções que podem decorrer da maneira como são atribuídas a cada esfera da Federação, dentro de um sistema nacional. Por exemplo, desde o início do SUS, tem sido polêmica a persistência de diversos hospitais gerais na órbita federal, porque se supõe que essa vinculação se justificaria apenas para o caso excepcional de um hospital de referência nacional de uma especialidade médica (como é o caso do Instituto Nacional do Câncer).

Devido a toda essa complexidade das relações entre macro-funções e seu contexto organizacional amplo, bem como de seus condicionantes históricos, resulta que os recursos humanos à disposição dos órgãos do Ministério da Saúde não pertencem a uma única carreira. De fato, esse

pessoal está distribuído numa diversidade de carreiras, para as quais existem mecanismos distintos de admissão, progressão, remuneração, avaliação de desempenho e todas as demais características peculiares a uma carreira. Assim, é importante tomar conhecimento de quais são essas carreiras e suas bases legais, conforme aparece no quadro seguinte. Nota-se que essas diversas carreiras foram estruturadas em momentos muito distintos da evolução do Estado Brasileiro, ao longo dos últimos de 35 anos.

TABELA 56 Órgãos do Ministério da Saúde e carreiras correspondentes

ÓRGÃO	CARREIRAS PECULIARES
Fundação Nacional de Saúde - FUNASA	<u>Plano de Classificação de Cargos</u> (Lei nº 5.645, de 10 de Dezembro de 1970) <u>Carreira da Seguridade Social e do Trabalho</u> (Lei 10.483 de 3 de Julho de 2002)
Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ	<u>Plano de Carreiras de Ciência e Tecnologia</u> (Lei nº 8.691, de 28 de Julho de 1993)
Hospitais Próprios	Plano de Classificação de Cargos (Lei nº 5.645, de 10 de Dezembro de 1970)
Ministério-Sede como Poder Federal	<u>Plano de Classificação de Cargos</u> (Lei nº 5.645, de 10 de Dezembro de 1970) <u>Carreira da Seguridade Social e do Trabalho</u> (Lei 10.483 de 3 de Julho de 2002)
Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA	<u>Regulação e Fiscalização de Locais, Produtos e Serviços sob Vigilância Sanitária</u> <u>Analista Administrativo</u> <u>Técnico Administrativo</u> (Lei nº 10.871, de 20 de Maio de 2004)
Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS	<u>Regulação e Fiscalização de Saúde Suplementar</u> <u>Analista Administrativo</u> <u>Técnico Administrativo</u> (Lei nº 10.871, de 20 de Maio de 2004)

No quadro acima estão discriminadas as carreiras que fornecem maior número de servidores, mas, naturalmente, existem, em maior ou menor número, integrantes de outras carreiras da administração federal que se encontram lotados nesses órgãos.

Algumas dessas carreiras podem ser descritas como *modernas* porque refletem uma concepção mais atual das macro-funções institucionais e de sua relevância para as ações do Estado; ademais, são mais seletivas

do ponto de vista das qualificações educacionais exigidas de seus ocupantes. É o caso das carreiras peculiares à FIOCRUZ, ANVISA e ANS. Outras podem ser descritas como *tradicionais*, não só por sua antiguidade, mas também porque apresentam uma alta composição de pessoal com mais baixo nível de escolaridade e qualificação, situação que não mais responde às exigências atuais dos órgãos de Estado. O Plano de Classificação de Cargos (PCC) é tipicamente uma carreira tradicional. Para se ter uma idéia, o PCC absorvia em 2005, cerca de 65 mil servidores, dos quais apenas 14% tinham nível superior. Por sua vez, na nova carreira da ANVISA, dos 980 servidores, 34% tinham nível superior.

Convém observar que todas as mencionadas carreiras, que suprem com servidores o Ministério da Saúde, não têm uma especificidade institucional. Seu caráter é sempre *transversal* - tem cargos distribuídos por diferentes ministérios e órgãos da administração direta, indireta e autárquica do Governo Federal. Portanto, essas carreiras apresentam um alto grau de contingenciamento externo ao âmbito institucional desse ministério, já que seus mecanismos de classificação, de remuneração, gratificação, etc. estão estruturados para o âmbito do Governo Federal como um todo. Isto vale também para as carreiras da ANVISA e da ANS, já que obedecem à Lei nº 10.871, de 20 de Maio de 2004, que se aplica ao conjunto das carreiras das agências reguladoras.

SITUAÇÃO ATUAL DOS RECURSOS HUMANOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

No que segue, buscamos fornecer uma imagem da situação de pessoal do ministério da saúde e de seus órgãos em termos quantitativos, limitando a abordagem ao pessoal ativo, com exclusão, portanto, dos aposentados e pensionistas.

O quadro regular de pessoal do ministério é um dos maiores da administração federal. Em 2004 alcançava cerca de 105 mil pessoas, representando em torno de 20% do total de servidores de todos os órgãos federais. Esse número, embora muito expressivo, não pode ser analisado apenas em termos comparativos com a administração federal, dado que 70%

dos servidores que fazem parte do quadro regular do MS encontram-se cedidos às secretarias estaduais e municipais de saúde, que compõem o SUS nas unidades da Federação. A força de trabalho restante distribui-se pelas unidades da administração indireta do ministério, integrando os quadros das entidades que serão mencionadas adiante.

TABELA 57 Quadro Regular de Pessoal do Ministério da Saúde, 2004

Tipo	Permanentes lotados em órgãos do MS	Permanentes cedidos a outros órgãos do SUS	Permanentes cedidos a demais órgãos	Temporários em contrato com a União	Temporários - médicos residentes	Total
Número	23.677	72.657	703	6.527	1.205	104.769
%	22,6	69,3	0,7	6,2	1,2	100,0

Fonte: CGRH/MS

As mudanças das macro-funções do ministério, concomitantes ao processo de expansão e consolidação do SUS, tiveram um impacto considerável sobre a força de trabalho efetivamente disponível. No esforço de descentralização da gestão da saúde e de desconcentração de recursos, o ministério repassou inúmeras unidades de saúde aos governos dos estados e municípios. Acompanhando esse movimento, servidores públicos, lotados tanto em unidades assistenciais quanto em unidades gerenciais de órgãos do antigo INAMPS e do próprio ministério, foram cedidos aos respectivos governos. Assim, a parte mais volumosa do quadro de trabalhadores do Ministério da Saúde não está disponível para as atividades peculiares desse órgão.

Como se sabe, no conjunto da administração federal, o estoque de servidores ativos caiu na última década devido a um acentuado processo de aposentadoria e pela falta de reposição através do concurso público. Mas, o Ministério da Saúde sofreu relativamente maiores perdas, como mostra a tabela seguinte.

TABELA 58 Evolução do Número de Servidores, Ministério da Saúde e Administração Federal, 1997-2005

Órgão/Ano	1997	2005 (Nov.)	Evolução
Min. Saúde	123.159	106.064	-13,9
Adm. Federal	531.725	508.772	-4,3

Fonte: Boletim Estatístico de Pessoal, N. 116, Dez. 2005/MPOG

Entretanto, o ano de 2005 marca uma nova tendência em relação ao pessoal ativo do Ministério da Saúde. Pela primeira vez, o estoque de pessoal ativo cresceu, como resultado dos concursos realizados para as agências reguladoras e alguns hospitais próprios. Essa tendência de crescimento deverá se manter em 2006.

Levantamento realizado pela Coordenação Geral de Recursos Humanos do Ministério da Saúde, em 2004, mostrou que existiam, no conjunto dos órgãos desse ministério, mais de 17 mil trabalhadores situados como quadro "extra". Em geral, tais trabalhadores têm uma melhor remuneração do que os do quadro regular, pelo menos tendo em conta o valor líquido da remuneração mensal. Pode-se afirmar que esse tipo de problema não é de modo algum peculiar ao Ministério da Saúde, mas retrata o conjunto da administração pública federal. De fato, é consequência da incapacidade que teve o Estado Brasileiro, em anos recentes, de fazer valer as normas constitucionais de seleção e ocupação dos cargos e funções públicas, que impõem o concurso público tanto para cargos permanentes quanto para os temporários. Contudo, no caso do Ministério da Saúde, a situação é agravada devido à maior disponibilidade orçamentária, que, somada às demandas criadas por seus múltiplos órgãos da administração indireta, constituem fatores que facilitam a busca de mecanismos "extras" de contratação. A nova tendência de expansão dos quadros de servidores permanentes ativos, encetada pelo Governo Federal a partir de 2002, busca justamente fazer frente a essa realidade de *flexibilização irregular* dos mecanismos de seleção de pessoal na administração pública e a repor os servidores que se aposentaram.

A) Ministério da Saúde (Sede Central)

Em 2004, na sede do ministério em Brasília, trabalhavam 3.182 servidores regulares, de nível médio e superior. Esses servidores integram duas carreiras. Em primeiro lugar, o Plano de Classificação de Cargos (PCC), criado em 1970, que inicialmente era apenas, como o nome diz, uma forma de agrupar os servidores em classes, mas recebeu posteriormente algumas características de carreira. Em segundo lugar, a carreira de Seguridade Social e Trabalho, criada em 2002, com objetivo igualmente limitado, porque serviu para classificar servidores da administração federal que ocupavam cargos isolados, ou seja, que não faziam parte de qualquer tipo de carreira. A essa carreira foi incorporado o grupo especial dos sanitaristas, para o qual o ministério havia feito concurso no final da década de 1970.

Como resultado, pode-se afirmar que atualmente a gestão central do ministério não dispõe de uma referência moderna de carreira, que valorize de forma efetiva seus recursos humanos e seja um esteio na continuidade de suas políticas e ações. Contudo, esta é a situação que prevalece em grande parte da administração federal.

Por outro lado, há um número relativamente grande de trabalhadores pertencentes ao quadro “extra”, que não mantêm qualquer vínculo legal com a administração pública. No ano mencionado, havia, na sede do ministério, 3.067 pessoas contratadas por serviços prestados, terceirização e por organismos internacionais (conforme tabela abaixo). Portanto, praticamente para cada pessoa do quadro regular existia outra do quadro “extra”.

TABELA 59 Pessoal de Quadro “Extra” na Sede do Ministério da Saúde, 2004

Tipo	Estagiários	Terceirizados	Prestadores de Serviço	Organismos Internacionais	Total
Número	290	1.078	397	1.302	3.067

Fonte: CGRH/MS

Em 2006, o Ministério da Saúde dispunha de 972 vagas de Direção e Assessoria Superior (DAS) aprovadas para serem usadas como cargos

comissionados, que são de livre nomeação pelos dirigentes. O percentual de DAS ocupados por pessoal de carreira pública alcança hoje 74%. Mas em anos recentes, esses cargos costumavam ser utilizados como meio de “admissão” de pessoal sem vínculo (avulsos). Atualmente vigem normas que restringem tal expediente, exigindo limites de mínimos percentuais de servidores públicos em sua ocupação. Ainda assim, pelo que se sabe, poucos são os servidores de carreira do próprio ministério designados para os postos de DAS-4 a DAS-6, sendo seus ocupantes avulsos ou preferencialmente recrutados entre os servidores públicos de outras instituições.

TABELA 60 Cargos Comissionados de DAS no Ministério da Saúde, 2006

	Aprovados	Serv. carreira	Avulsos
DAS-1	356	242	110
DAS-2	252	178	68
DAS-3	196	164	22
DAS-4	120	97	18
DAS-5	43	34	9
DAS-6	5	5	0
TOTAL	972	720	227

Fonte: SIAPE/MPOG

Um dos maiores problemas encontrados neste particular é contar com um quadro de pessoal qualificado e permanente para o exercício dessas funções, que se some a esse contingente externo e temporário de ocupantes de cargos comissionados. Sua missão específica seria a de dar um sentido de continuidade real às políticas e métodos de gestão ao longo do tempo. Portanto, na sede em Brasília faz falta um tipo de pessoal com qualificações especiais para processos de análise e gestão: o planejamento estratégico, a direção nacional do SUS, a gestão financeira, a vigilância em saúde, a administração de programas e a assessoria em questões de modelos assistenciais, etc.

Dentro da concepção original que provém das iniciativas de Reforma do Estado na década de 1990, esse requisito deveria ser atendido mediante servidores da carreira do Ciclo de Gestão, sobretudo do Especialista em

Políticas Públicas e Gestão Governamental, que atualmente se distribuem por todos os ministérios. Contudo, há uma lacuna grande no que se refere ao conhecimento especializado no campo das disciplinas da saúde pública (incluindo a epidemiologia). Neste campo, no nosso entendimento, são requeridos profissionais de carreira com um perfil de funções técnicas abrangentes, como as que antigamente eram exercidas pelo sanitarista.

B) Fundação Nacional de Saúde (FUNASA)

A FUNASA é uma fundação de direito público, criada nos anos 1990, como resultado da fusão de dois importantes órgãos de ações de saúde pública, a Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública (Fsesp) e a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam). Neste sentido, a FUNASA é herdeira da tradição de trabalho, que estas duas instituições representaram, em atividades de prevenção e combate às doenças, de educação em saúde, de saneamento básico e de assistência à saúde de populações carentes. Com o processo de expansão e consolidação do SUS, muitas das funções anteriormente exercidas por esses dois antigos órgãos e pela própria FUNASA, nos seus anos iniciais, tiveram que ser transferidas aos estados e municípios, conforme previsto na Lei Orgânica do SUS (Lei Nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990).

Em 1999, incluiu-se na Lei Orgânica o capítulo sobre o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, como componente do SUS, financiado com recursos da União. Tal subsistema de atenção à saúde contempla, segundo a lei, “os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional”. Desde 2003, a FUNASA vem assumindo de forma resoluta um papel diretivo na condução desse subsistema do SUS. Ficou definido que as duas principais áreas de atuação dessa fundação incluem a atenção à saúde dos povos indígenas e a engenharia de saúde pública (ou seja, o saneamento básico), prioritariamente para municípios de até 30 mil habitantes. Atualmente, a escolha dos municípios para a realização de ações de saneamento básico funda-se em certos critérios epidemiológicos, sanitários e sociais, bem como em prioridades estabelecidas pelo Programa Fome Zero. Por isto, a FUNASA vem definindo como

sua macro-função preferencial as ações de saúde públicas voltadas para o objetivo de inclusão social.

Esse dois aspectos integram, na nossa linguagem, a macro-função de saúde pública da FUNASA, que se orienta estrategicamente para o objetivo de inclusão social de certos grupos populacionais. Para cumprimento dessa macro-função, em 2005, a FUNASA contava, na sua sede central e nas unidades regionais, com 34.940 servidores ativos permanentes, a par de 5.379 contratados temporários. No entanto, os relatórios de gestão da unidade advertem que há um predomínio exagerado do pessoal de nível técnico e elementar, o que decorre da incorporação de um amplo contingente de trabalhadores auxiliares, tais como os guardas sanitários, provenientes da antiga SUCAM. Cerca de 28 mil guardas sanitários da FUNASA estão atualmente cedidos aos órgãos estaduais e municipais do SUS.

As políticas de capacitação de pessoal da FUNASA voltam-se atualmente para a educação continuada de um conjunto de trabalhadores auxiliares, que incluem: Agentes Indígenas de Saúde (AIS), Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN), Agentes Indígenas de Endemias (AIEN), Agentes Indígenas de Consultório Dentário (AICD), e Microscopistas Indígenas de Malária (MIM).

A macro-função de saúde pública, exercida com amplitude e diversidade pelo Ministério desde sua fundação em 1953, foi uma das que mais sofreram mudanças em sua conformação e objetivos, a partir de 1990, devido à desconcentração de suas ações para os estados e municípios. A redefinição da missão institucional da FUNASA, que passou a se concentrar em iniciativas de coordenação e execução de ações do subsistema de saúde indígena e em algumas atividades prioritárias de saneamento básico teve um forte impacto no campo da seleção e qualificação de pessoal e o reajuste institucional diante desse novo perfil de ações ainda não se completou. Pode-se afirmar que o problema maior da FUNASA no campo de recursos humanos é a carência de pessoal com maior nível de qualificação e, de outra parte, a existência de um contingente superabundante de pessoal de baixa qualificação para exercício de funções que, em maior ou menor proporção, perderam sua vigência diante do espectro de ações multi-institucionais e locais realizadas pelo SUS em sua gestão descentralizada. É o que acontece, por exemplo, com o pessoal dedicado

ao combate às endemias. Tem havido um esforço de reconversão do perfil desses trabalhadores, mas ainda falta muito para alcançar a adequação do conjunto dos trabalhadores antigos às novas atividades prioritárias requeridas da FUNASA.

C) Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)

A Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) foi estabelecida como entidade jurídica de direito público pelo Decreto nº 74.891, de 13 de novembro de 1974. Compõe, desde 1993, o Plano de Carreiras de Pesquisa em Ciência e Tecnologia, junto com cerca de outros vinte órgãos da Administração Federal. Anteriormente, o pessoal dessa fundação integrava o PCC – Plano de Classificação de Cargos e foram reenquadrados por inteiro na nova carreira. Em 2005, a carreira de Pesquisa em Ciência e Tecnologia da administração federal abrangia cerca de 40 mil servidores ativos, dos quais 3.021 se encontravam em exercício na FIOCRUZ. Desde 1996, a FIOCRUZ vem promovendo concursos públicos com certa regularidade, sendo, neste aspecto, uma exceção em relação aos demais órgãos do ministério.

Além de suas unidades internas, como a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Biomanguinhos, Farmanguinhos e dois hospitais, a FIOCRUZ mantém 4 centros de pesquisa sediados nos estados de Minas Gerais, Bahia, Pernambuco e Amazonas. Em 2005, a instituição empregava um total de 7.420 trabalhadores. Desse total, 40,7% estavam enquadrados na carreira de ciência e tecnologia. Mas, como se vê pelo quadro abaixo, o que ressalta no quadro de pessoal ativo dessa instituição é que o número de trabalhadores “cooperados e terceirizados” excede os do quadro permanente. A alta proporção de trabalhadores em situação temporária ou “precária” de vínculo constitui um ponto de preocupação constante da gestão de recursos humanos da FIOCRUZ.

TABELA 61 Pessoal da Fundação Oswaldo Cruz por Tipo de Vínculo, 2005

Vínculo	Número	Percentual
Carreira de C. & T.	3.021	40,7
Outras Carreiras	252	3,4
Cooperados e Terceirizados	4.147	55,9
Total	7.420	100

Fonte: DIREH/FIOCRUZ

Para o início de 2006, está prevista a realização de concurso público para cerca de mil cargos. Por outro lado, a direção da FIOCRUZ está negociando junto ao Governo Federal a criação de uma carreira própria dessa fundação e a abertura progressiva de 3.000 novas vagas de concurso. O plano de carreiras de pesquisa em ciência e tecnologia em saúde da FIOCRUZ seguiria os mesmos moldes do plano estabelecido em 1993, contemplando três componentes: I - Carreira de Pesquisa em Ciência e Tecnologia em Saúde; II - Carreira de Desenvolvimento Tecnológico em Saúde; III - Carreira de Gestão, Planejamento e Infra-Estrutura em Ciência e Tecnologia em Saúde.

A expectativa existente por parte da direção da FIOCRUZ é que a nova carreira e os próximos concursos venham a responder às necessidades supridas pelos mecanismos informais. Mas há de se considerar, no entanto, que uma parte substantiva dos cooperados e terceirizados exercem funções de apoio e de serviços gerais cujas demandas dificilmente serão atendidas pelos cargos de nível médio dessas carreiras, que se voltam mais para as funções técnicas e administrativas.

D) Hospitais Próprios

Dos hospitais administrados pelo Ministério da Saúde, os de maior porte se localizam no Rio de Janeiro. Atualmente, são 5 unidades: Instituto Nacional do Câncer (Hospital do Câncer), Hospital Geral de Bonsucesso (HGB), Instituto Nacional de Traumatologia-Ortopedia (Into), Instituto Nacional de Cardiologia de Laranjeiras (INCL) e Hospital Geral do Servidor do Rio de Janeiro (HSE). A Fundação Oswaldo Cruz mantém também no

Rio de Janeiro dois hospitais especializados, o Hospital Evandro Chagas (de doenças infecciosas) e o Instituto Fernandes Filgueiras (de pediatria). Em outras unidades da federação, existem diversos estabelecimentos com regime de internação. Alguns são de fato hospitais gerais e especializados, outros são unidades mistas, cujos serviços consistem basicamente de atendimento ambulatorial, mas dispõem de um reduzido número de leitos de internação.

Os dados necessários para a avaliação dos aspectos quantitativos da gestão de pessoal nos hospitais próprios do Ministério da Saúde são de difícil obtenção. Dados detalhados sobre um ou outro hospital eventualmente podem ser obtidos através de seus relatórios de gestão, mas não se dispõe de um retrato completo e atualizado do quadro de pessoal do conjunto dessas instituições, que abrangem os que trabalham em condições de vínculo mediado por entidades locais e, portanto, na situação “informal” de cooperados, contratados especiais, prestadores de serviços, etc.

A tabela seguinte mostra o quadro de pessoal dos estabelecimentos federais com internação, distinguido por grupo de ocupação.

TABELA 62 Pessoal dos Estabelecimentos com Internação Administrados Diretamente pelo Ministério da Saúde, por Grupo Ocupacional, 2002

UF	Nível superior	Nível técnico/ auxiliar	Qualificação elementar	Administrativo	Total
Rondônia	6	10	0	51	67
Amazonas	33	30	86	56	205
Roraima	22	50	0	29	101
Pará	341	331	0	357	1.029
Maranhão	508	357	13	562	1.440
Ceará	34	21	0	57	112
Rio Grande do Norte	118	179	1	137	435
Pernambuco	643	512	56	491	1.702
Minas Gerais	7	24	4	10	45
Espírito Santo	473	573	23	324	1.393
Rio de Janeiro	5.295	3.856	471	3.976	13.598

Rio Grande do Sul	365	442	26	249	1.082
Distrito Federal	445	558	0	838	1.841
Total	8.290	6.943	680	7.137	23.050

Fonte: AMS/IBGE

As fontes estatísticas gerais, como essa do IBGE, não permitem saber exatamente o tipo de vínculo que os recursos humanos existentes mantêm com a administração pública. Mas um exemplo da multiplicidade dos vínculos existentes é dado por uma tabela divulgada num relatório de gestão do Hospital Geral de Bonsucesso, que apresentamos abaixo. Constatou-se com base nesse exemplo que o chamado quadro externo, de força de trabalho “mediada”, chega a compor 1/3 da força de trabalho disponível na instituição.

Pessoal do Hospital Geral do Rio de Janeiro, por Tipo de Vínculo, 2003

VÍNCULO	NÚMERO	PERCENTUAL
Ministério da Saúde	1.698	66,6
Outros Órgãos Públicos	52	2,0
Mediação de FT	799	31,3
Total	2.549	100

Fonte: HGB, Relatório de Gestão, 2003

Esse hospital vem apresentando uma situação de recursos humanos deteriorada, que é comum a outras unidades do Ministério da Saúde, devido à falta de reposição de servidores públicos que se aposentam em grande número e também devido ao surgimento de novas áreas de serviço, que demandam profissionais específicos, em função da crescente complexidade tecnológica e organizacional do cuidado hospitalar. No caso do HGB, registrava-se especialmente carência de pessoal de enfermagem e de fisioterapia.

No segundo semestre de 2005, o Governo Federal promoveu concurso público para provimento no HGB e para 4 outras unidades hospitalares do Rio de Janeiro, sendo oferecido um total de 3.500 vagas.

Os hospitais mencionados acima são administrados diretamente pelo Ministério da Saúde. Mas há um conjunto de hospitais, no Rio Grande do Sul, que formam uma sociedade anônima, o Grupo Hospitalar Conceição (GHC), na qual o Ministério da Saúde tem participação acionária majoritária e participa do seu conselho de administração. Compõe-se de quatro unidades: Hospital Nossa Senhora da Conceição, Hospital Criança Conceição, Hospital Cristo Redentor e Hospital Fêmeina. Todos os hospitais do GHC têm seus serviços destinados exclusivamente ao atendimento de usuários do SUS. Sua força de trabalho, em 2005, abrangia cerca de 7.500 trabalhadores.

A continuidade do exercício da macro-função de assistência médico-hospitalar pela administração federal constitui ponto particularmente polêmico na organização do SUS. A Lei Orgânica não menciona que esse papel assistencial tenha qualquer relevância dentro da lógica organizacional do sistema. Com efeito, há única referência na lei a esse respeito, restrita ao papel de referência dos hospitais da Fundação Nacional das Pioneiras Sociais e do Instituto Nacional do Câncer, no artigo 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.* Em princípio, não há razão legal para que os demais hospitais especializados e, sobretudo, os de atendimento geral, continuem na esfera federal. A perpetuação desse vínculo administrativo, a partir da descentralização do SUS na década de 1990, só se justifica, em diversos casos, pela falta de alternativas políticas e financeiras para sua transferência à alçada estadual ou municipal. Outra questão importante é a forma de gestão dos hospitais, que continua com pouca autonomia financeira e administrativa. A transformação dos hospitais públicos em organizações sociais, tal como cogitado na segunda metade dos anos 1990, sob o influxo doutrinário e legal da Reforma Administrativa do Estado, é uma idéia que não prosperou, tendo encontrado fortes resistências políticas. Diante desse tipo de impasse, o Governo Federal viu-se obrigado a tomar a única ação sensata - repor diretamente o pessoal necessário, através do concurso público, para garantir a operação, em condições mínimas, desses estabelecimentos.

E) As Duas Agências

A ANVISA e a ANS são muito distintas do ponto de vista de uma história institucional, embora estejam igualadas na condição de autarquias especiais que regulam sistemas nacionais afetos ao campo da saúde. A ANS, criada em 2000, veio a ocupar um perfil inédito de funções no âmbito do Ministério da Saúde, dado que anteriormente a atribuição de regulação do setor suplementar de saúde cabia ao Ministério da Fazenda, através da Superintendência de Seguros Privados (SUSEP). A ANVISA, por outro lado, tem um antigo precedente histórico no Ministério da Saúde e muitas de suas atribuições atuais já eram exercidas por um departamento especial desse ministério, com ramificações que se espalhavam por todo o território nacional. Por isto, parte dos atuais quadros de pessoal da ANVISA são remanescentes do ministério e foram lotados na nova agência quando de sua criação em 1999. Em contrapartida, a ANS enfrentou desde o início o desafio de encontrar pessoal qualificado para uma área de política pública onde praticamente não havia acumulação de conhecimentos, pelo menos no âmbito do setor público de saúde.

As duas agências, em seu período inicial de organização, tiveram que recorrer a contratos temporários e de mediação através de organismos internacionais. Com a criação do Plano de Carreiras das Agências em 2004, concurso público veio a ser realizado, oferecendo 310 vagas para a ANS e 580 para a ANVISA. No entanto, os quadros antigos da ANVISA não foram reenquadrados na nova carreira, embora tenham sido beneficiados por um mecanismo de equivalências de remuneração.

Em 2005, incluindo os contratados de forma temporária, os ocupantes de cargos comissionados, cedidos, etc. a ANS contava com um total de 617 servidores ativos; e a ANVISA, com 2.203 servidores.

OBSERVAÇÕES FINAIS

Queremos mencionar, no término deste capítulo, alguns dos problemas de recursos humanos do Ministério da Saúde que, na nossa visão, estão a depender de decisões político-institucionais de maior envergadura.

Regularização dos quadros. Como mostrado pelos dados aqui apresentados, a situação de irregularidade de alguns quadros de pessoal é ampla e grave nos diversos órgãos do Ministério da Saúde. Mas acreditamos que a política de gradual substituição dos quadros “extras” (cooperados, terceirizados, etc.) deverá não só continuar, mas ganhar ainda mais ímpeto nos próximos anos, atingindo todos os órgãos da administração federal. Portanto, esse problema deverá ter uma dimensão mais reduzida futuramente, refletindo o alcance dos objetivos de legalidade constitucional que têm sido enfatizados em acordos feitos com o Ministério Público da União.

Carreiras modernas para a administração do ministério. As carreiras que incorporam o pessoal da sede central do Ministério da Saúde são nitidamente antiquadas. O ministério precisa urgentemente contar com pessoal permanente de alta qualificação, pertencente a estruturas de carreira modernas, de tal modo a garantir a continuidade de suas políticas e a efetividade de sua missão. Aqui é possível imaginar que uma composição ideal de estruturação de cargos não necessariamente implica uma carreira única do próprio ministério; tal estrutura deveria combinar adequadamente cargos *transversais* à administração pública federal com cargos *específicos* da gestão e do conhecimento em saúde.

Composição adequada entre nível superior e nível técnico/intermediário. Os avanços na tecnologia da informação e algumas teorias gerenciais podem dar a falsa idéia de que cada vez menos se necessita de trabalhadores de nível médio na administração pública. Deve ser dito que essa concepção não está inteiramente correta quando se tem em vista as necessidades de determinados setores do Estado que não exercem apenas funções gerenciais ou de coordenação. No caso dos setores da saúde, verifica-se que a pesquisa laboratorial, a produção de medicamentos e de vacinas, bem como a prestação de serviços de saúde em hospitais e ambulatorios apresentam uma demanda considerável por trabalhadores de nível técnico e intermediário. Ou seja, nesses setores “produtivos” eles participam de uma divisão técnica do trabalho de tipo hierárquico, que é vital para garantir a qualidade e a produtividade das ações. Este é o exemplo que vem sendo dado pela FIOCRUZ, que apresenta uma composição relativamente alta desses trabalhadores em seus quadros, os quais desfru-

tam de um destaque correspondente em termos de possibilidades de carreira. Mas esta diretriz também se aplica a setores que usam mecanismos de fiscalização direta de ambientes, bens e serviços, como os que são peculiares às ações da ANVISA. O mesmo pode ser dito das ações de saúde pública com ampla difusão territorial e desconcentração populacional, que são características da atuação da FUNASA em relação ao subsistema de saúde indígena.

Reforço político-institucional da gestão de recursos humanos de saúde pública. A gestão de recursos humanos da FUNASA enfrenta dificuldades de “reconversão” e adequação numérica de seus quadros cuja determinação é de natureza basicamente política. Aparentemente, a macro-função de saúde pública não tem recebido a devida prioridade política no cenário federal, o que se reflete na debilidade dos mecanismos institucionais de gestão e capacitação dos agentes de saúde. O desejável reforço político-institucional da gestão de recursos humanos fica, assim, a depender bastante de planos e medidas de governo que confirmam destaque político a essa macro-função.

Recuperação da força de trabalho e da capacidade operacional dos hospitais próprios. Como dito anteriormente, os hospitais próprios do ministério estão carecendo de uma definição político-institucional acerca da sua pertinência à administração federal, no âmbito do SUS, e o destino a lhe ser dado. Mas o desgaste da gestão de recursos humanos nesses hospitais atingiu tal proporção que se torna necessário recuperar sua efetividade operacional independentemente da solução a ser dada à questão da vinculação institucional. Neste momento, portanto, parece-nos prioritário ampliar a política de substituição de quadros “extras” e repor o grande número dos que se aposentaram em anos recentes.

