

## 8. Gestão do trabalho e da educação em saúde no âmbito estadual

o estado do Rio de Janeiro em foco

Neuza Maria Nogueira Moysés  
Marcia Teixeira  
Maria Helena Machado  
Eliane Oliveira  
Antenor Amâncio Filho  
Mônica Wermelinger

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

MOYSÉS, N.M.N., *et al.* Gestão do trabalho e da educação em saúde no âmbito estadual: o estado do Rio de Janeiro em foco. In: UGÁ, M.A.D., *et al.*, (orgs.). *A gestão do SUS no âmbito estadual: o caso do Rio de Janeiro* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010, pp. 195-213. ISBN: 978-85-7541-592-4. Available from: doi: [10.7476/9788575415924.0010](https://doi.org/10.7476/9788575415924.0010). Also available in ePUB from: <http://books.scielo.org/id/c2hxb/epub/uga-9788575415924.epub>.

---



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

# GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO ÂMBITO ESTADUAL: O ESTADO DO RIO DE JANEIRO EM FOCO

8

Neuza Maria Nogueira Moysés  
Marcia Teixeira  
Maria Helena Machado  
Eliane Oliveira  
Antenor Amâncio Filho  
Mônica Wermelinger

A organização do Estado brasileiro sob forma de república federativa, com repartição de competências, supõe a existência de relações intergovernamentais articuladas entre os três níveis de governo (federal, estadual e municipal), com conseqüente distribuição e divisão de poder caracterizando-se, ainda, por duas leis: a da autonomia e a da interação entre as coletividades/membros e o governo federal.

Historicamente, o federalismo do Estado brasileiro não encontrou sua configuração correlata. Apesar de, desde o período da República Velha, colocar-se a ideia de associativismo municipal, e as Constituições, desde a de 1891, fazerem referência à possibilidade de acordos intermunicipais, de criação de regiões com autonomia (a Constituição de 1967 e o art. 164 da emenda constitucional n. 1/69), preconizavam a criação de regiões metropolitanas, na prática o Estado brasileiro, excluindo alguns momentos de maior diálogo entre as distintas esferas de poder, manteve como característica o desequilíbrio estrutural das relações intergovernamentais, tanto no âmbito econômico-financeiro e técnico-administrativo, como político-institucional (Azem, Santos & Moysés, 1991).

A consolidação da União, com ênfase no papel do Executivo Federal, elegendo-o como instância privilegiada de poder – aspecto marcante do projeto político-econômico desenvolvido nos anos do regime autoritário –, descaracterizou de forma acentuada o federalismo brasileiro. Aos estados e municípios se atribuiu o papel passivo de acatar e fazer cumprir decisões e deliberações do governo federal, na expectativa de, como contrapartida, serem contemplados com as benesses do nível central, numa relação fortemente clientelista.

Assistia-se, assim, ao empobrecimento financeiro, político e administrativo das estruturas de poder estaduais e municipais e o fortalecimento do Estado Nacional, sem que o projeto político e social vigente gerasse qualquer medida de impacto numa perspectiva redistributiva de renda e de riqueza nacional, pelo contrário, esse projeto acabou aprofundando as desigualdades sociais.

Com a crise instalada a partir do esgotamento do denominado ‘milagre econômico brasileiro’, do advento do período da transição democrática, da implantação da ‘Nova Re-

pública' e da explicitação do fracasso do projeto autoritário, instaurado nos anos posteriores a 1964, cresce a discussão em torno de um novo projeto nacional, em que questões como a necessidade de descentralização do Estado brasileiro passam a figurar com destaque.

O processo de abertura política iniciado nos anos 80, embora tenha possibilitado a retomada da estabilidade democrática, o surgimento de novas lideranças no cenário político e o crescimento de movimentos organizados com base no protagonismo da sociedade civil organizada (como a mobilização das 'Diretas Já', campanha liderada por políticos, intelectuais e artistas que incentivou a população a sair às ruas para exigir o direito de voto) deflagra o processo em direção à democracia plena, processo ainda hoje em andamento (Dias *apud* Gorzoni, 2009).

No Brasil, o setor da saúde iniciou um processo de reestruturação desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). A unificação e a descentralização, por meio da municipalização das ações e da rede pública de serviços de saúde, assim como a proposta de um novo modelo assistencial, foram e ainda permanecem como estratégias básicas para a implementação do sistema, que tem na equidade seu eixo condutor. O sistema institucionalizado determina que as ações e os serviços públicos de saúde integrem uma rede regionalizada e constituam-se em um sistema único de acesso universal organizado de acordo com as diretrizes: descentralização, integralidade e controle social.

É nesse processo e considerando o movimento de reforma sanitária brasileira que buscamos discutir o papel do ente federado estadual ao longo da implantação do SUS, no que diz respeito à gestão do trabalho e da educação na saúde, contemplando, em especial, o estado do Rio de Janeiro.

## **GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO ÂMBITO DOS ESTADOS**

A gestão do trabalho na administração pública brasileira relaciona-se ao contexto político e econômico mundial, sendo impactada pelos movimentos de mudanças nos modelos de Estados Nacionais (que tem revelado uma disputa entre as concepções de um Estado provedor e de um Estado regulador), pela reestruturação produtiva (que cria e desenvolve novas formas de relações de trabalho) e pela incorporação tecnológica (que introduz novas práticas e novos processos de trabalho).

Assim, num momento de maior defesa de um Estado provedor, a Constituição de 1988 (CF88) instituiu o Regime Jurídico Único (RJU), estabelecendo as regras que deveriam orientar a inserção e a permanência dos servidores públicos. Na esfera federal, essa norma constitucional se traduziu na lei n. 8.112, de 11 de dezembro de 1990 (Brasil, 1990b), que dispõe sobre o Regime Jurídico dos servidores civis da união, das autarquias e das fundações públicas federais, tendo cada estado desenvolvido processo próprio de organização do Regime Jurídico para os seus servidores. No âmbito da contratação de serviços, a administração pública passou a ser regida pela lei n. 8.666, de 21 de junho de 1993 (Brasil, 1993).

Em contrapartida, para fazer frente às novas demandas, que buscavam a consolidação de um modelo de Estado brasileiro gerencial/regulador, teve início, nos anos 90, um processo de reforma administrativa, institucionalizado pela emenda constitucional n. 19, de julho de 1998 (Brasil, 1998).

Entre outras propostas, essa reforma restringia o quadro de servidores com direito à estabilidade e conferia melhores salários às funções consideradas estratégicas e típicas do Estado brasileiro, como militares, procuradores, diplomatas, policiais, auditores fiscais, técnicos do Banco Central e especialistas em orçamento. Para os demais cargos, a reforma autorizava os municípios, os estados e a União a contratar servidores com base na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), sendo esse um dos pontos mais polêmicos da citada emenda, confrontada pela dificuldade de acordo político para sua aprovação, principalmente em relação a institucionalizar o regime de CLT no serviço público. Foram impetradas, em 1999, Ações Diretas de Inconstitucionalidade (Adins), contra tais proposições, fazendo com que o modelo de reforma fosse parcialmente implantado, mantendo-se o RJU como forma exclusiva de incorporação de servidores na administração pública nas diferentes esferas de governo (lei n. 8.112/1990) e adotando-se, de forma complementar, a contratação de serviços pela via da terceirização (lei n. 8.666/1993).

Em uma primeira etapa da implementação do SUS, questões como a política de gestão do trabalho que contemplasse a admissão dos trabalhadores por concurso público, a isonomia salarial, os planos de cargos, carreiras e salários para os trabalhadores de saúde e a melhor qualificação profissional, aglutinaram e mobilizaram gestores do SUS, formuladores de políticas para a saúde, trabalhadores e suas representações, questões consideradas como essenciais para atingir os objetivos propostos pelo SUS, e tanto as diretrizes quanto as necessidades de recursos humanos deveriam refletir os objetivos e as formas de organização dos serviços de saúde. Como sublinha Santana:

Adotados os objetivos de eficiência e eficácia social, de equidade e de democratização e a organização segundo necessidades de saúde, a quantidade e o perfil de recursos humanos serão definidos, inicialmente, com base num conceito equivalente ao de demanda social por trabalho em saúde: reflete o número e a composição de empregos adequados a um padrão de atenção médico-sanitária socialmente desejável, o que nas metas de SPT/2000 significa universalização do acesso, equidade no atendimento e integralidade das ações, nas modalidades assistenciais adequadas, dentro de uma combinação técnica ótima dos recursos (físicos, humanos e financeiros) para produção de serviços. (Santana, 1990: 69)

A partir da segunda metade dos anos 90, as políticas de gestão dos recursos humanos em saúde passam a ser menos consensuais do que na década anterior, com a área da gestão do trabalho e da educação na saúde apresentando forte instabilidade, decorrente de confrontos de valores, que se generalizaram, acerca dos rumos a tomar diante das transformações recentes nas duas esferas e as diferentes propostas que surgiram do debate sobre o papel do estado e as mudanças nos instrumentos de gestão propostos por elas.

Ao longo dos últimos anos, as administrações federal, estadual e municipal vêm lançando mão de formas de contratação e estratégias de gestão de pessoal diferenciadas, que incluem contratação temporária, terceirização através de empresas ou cooperativas, contratos por órgãos internacionais, contratos por meio de serviços prestados, bolsas de trabalho, estágios, contratos com entidades privadas lucrativas ou não lucrativas, contratos de gestão com organizações sociais, convênios com organizações sociais de interesse público (Oscips) e outras (Conass, 2007).

A adoção dessas modalidades de contratação acontece em períodos e formas diferentes entre as próprias regiões e mesmo entre os estados de uma mesma região, devendo sua expressão ser analisada em cada contexto e de acordo com o modelo de gestão adotado pelo estado, pelo município ou pela União. Assim, por exemplo, apesar da modalidade de cooperativas ser pouco representativa na média nacional, encontraremos estados onde elas constituem a forma de vinculação predominante para algumas categorias, como médicos e enfermeiros. Da mesma forma, existem estados que adotam o modelo de organizações sociais para diferentes setores sendo, nesse caso, a força de trabalho não pertencente aos quadros da administração direta (Conass, 2007).

Adicionalmente, vale ressaltar que a flexibilidade de vinculação de recursos humanos que se faz ao mesmo tempo que diversos de trabalhadores são postos em condição de precariedade, não é uma inovação na área de gestão do trabalho em saúde. Desde o início da implementação do SUS, sua materialização dependeu das condições objetivas existentes em cada realidade local e de como cada esfera de gestão do sistema respondeu aos problemas de fusão de quadros de funcionários, culturas organizacionais distintas, remuneração e regimes de trabalho diferentes para trabalhadores, exercendo uma mesma função, existência de normas e regulamentos específicos para servidores federais, estaduais e municipais.

Segundo Gonçalves (1998), as diferentes terceirizações guardariam entre si alguns pontos convergentes, como: a cessão da capacidade instalada pública em saúde (na totalidade ou em parte) para que um terceiro, em nome da instância pública, execute os serviços de saúde pública; repasse de recursos públicos para a esfera privada; contratações ou convênios, muitas vezes feitos sem licitação; cessão de pessoal por parte do órgão público, com e sem ônus para as entidades conveniadas ou contratadas.

Para demonstrar essa tendência crescente no setor da saúde, enumeramos algumas experiências levadas a cabo por distintas secretarias de saúde. Embora todas estejam enfatizando a flexibilização dos custos salariais, há particularidades que merecem ser destacadas.

O primeiro processo de terceirização da gestão de saúde no Brasil, o Plano de Atendimento à Saúde (PAS) no município de São Paulo, baseou-se na associação entre a prefeitura e uma cooperativa de médicos para a operação dos serviços, em que a cooperativa participa com o trabalho de seus cooperados, todos autônomos, enquanto a prefeitura contribui com as instalações e os equipamentos, além do pagamento da contribuição devida pelos beneficiários.

Com a lei municipal n. 11.866/95 (Governo do Município de São Paulo, 1995) foi autorizado o afastamento dos servidores municipais que se associaram às cooperativas de trabalho, por meio de licença durante a vigência do Plano, podendo ser afastados do exercício do respectivo cargo ou função, a critério da administração, com prejuízo de vencimentos e por prazo curto, para prestar serviços às entidades do PAS. A lei estabelecia também que o afastamento poderia se dar sem prejuízo de vencimentos, com ressarcimento pela entidade à qual o servidor presta serviço.

De acordo com a citada lei municipal, o servidor afastado também seria obrigado a reassumir o exercício do respectivo cargo ou função em caso de demissão ou exclusão da cooperativa de trabalho, sendo computado também de forma integral o tempo de afastamento do servidor, para efeitos de aposentadoria, disponibilidade, acesso, evolução funcional e promoção.

Em Tocantins, a Secretaria de Saúde celebrou convênio com a Sociedade Beneficente São Camilo, especializada em administração hospitalar. Entre outras características do convênio está a cessão de pessoal técnico especializado (nível médio e superior) e pessoal administrativo para o fim específico de prestação de serviços na área de saúde, transferindo para a Sociedade Beneficente São Camilo os recursos financeiros necessários, mediante a apresentação das faturas dos serviços efetivamente prestados aos usuários do SUS (Gonçalves, 1998: 7).

Na Bahia, com a lei n. 7.027, de 29 de janeiro de 1997 (Governo do Estado da Bahia, 1997), cria-se o Programa Estadual de Incentivo às Organizações Sociais. Em tese, o programa é rígido no que se refere à cessão de servidores, no entanto, estabelece dispositivo facilitando tal medida:

O estado da Bahia veda a cessão de servidores da Administração pública direta, autárquica e fundacional, de qualquer dos Poderes, bem como de empregados das empresas públicas e sociedades de economia mista do estado, com ou sem ônus para o órgão ou entidade de origem, para servir nas Organizações Sociais de que trata a lei. (...) Contudo, quando fala em pessoal e recursos financeiros, prevê-se que tais organizações poderão contratar servidores do Estado ou de suas autarquias e fundações, de qualquer de seus Poderes, que estejam afastados para tratamento de interesses particulares. Tal dispositivo, evidencia, às claras, que servidores do Estado serão estimulados a pedir licença para tratamento de interesses particulares, sendo contratados, em seguida, pelas Organizações Sociais. (Gonçalves, 1998: 8)

Em Roraima, foi instituído pela lei n. 174, de 30 de junho de 1997 (Governo do Estado de Roraima, 1997), o Plano de Assistência Integral à Saúde (Pais), criando uma cooperativa de profissionais de saúde denominada Cooperativa dos Profissionais da Saúde de Nível Superior (Cooperpai-Med) para administrar, além do convênio com o estado, a movimentação de recursos financeiros e a operacionalização do patrimônio alocado, além de alocação e pagamento de pessoal (Gonçalves, 1998). No estado do Rio de Janeiro, a Secretaria de Saúde estabeleceu em outubro de 1995 contrato com uma cooperativa de profissionais de saúde - Cooperativa de Atividade na Área de Saúde (Coopesaúde) para

prestação de serviços, administração e gestão do Hospital Geral de Nova Iguaçu, hospital federal estadualizado, também conhecido como Hospital da Posse. Segundo, Vieira Júnior:

Os médicos recrutados foram os próprios médicos servidores federais ou municipais que já atuam no hospital e médicos que moram e ou militam na Baixada Fluminense. Muitos passariam a ter a situação de 20h contratual na rotina, enfermagem e ambulatório e 24h pela cooperativa para atuar na emergência, UTI e maternidade. (Vieira Júnior, 1996: 4)

Ainda segundo o autor:

A cooperativa será organizada pelos profissionais do hospital, obedecendo à legislação específica. Composta por 214 médicos, 54 enfermeiros e 286 auxiliares de enfermagem que cumprirão horário de 24h, no caso dos médicos, e 30h, no caso da enfermagem, permitindo compatibilizar com o horário do seu contrato no caso de ser servidor público. A adesão dos profissionais à cooperativa obedeceu a critérios de necessidade de recursos humanos do hospital. A cooperativa será contratada pela Secretaria de Saúde do Estado e ficará submetida às normas e regimento do hospital. Ficará subordinada administrativamente à direção da unidade e tecnicamente às chefias de clínica, interferindo positivamente no funcionamento do hospital como um todo, na organização dos serviços, na busca crescente de eficiência e eficácia na prestação de serviços à população. (Vieira Júnior, 1996: 6)

Em virtude da aprovação da lei estadual, n. 2.878 (Governo do Estado do Rio de Janeiro, 1997), de 23 de dezembro de 1997:

Foi o Poder Executivo autorizado a mudar a forma de gestão dos hospitais públicos do Estado do Rio de Janeiro, nos termos dos artigos 197 e 198 da Constituição Federal, sendo obrigatória, em qualquer caso, a formação de um conselho Curador, com poderes de fiscalização e controle, sendo composto de representantes do Poder Público e da Sociedade Civil. (Vieira Júnior, 1996: 6)

Em razão da mesma lei, foram relacionados os hospitais públicos a serem terceirizados (Pedro II, Rocha Faria, Albert Schweitzer, Carlos Chagas, Getúlio Vargas e Azevedo Lima), especificando-se que a referida transferência teria as seguintes características, feita mediante licitação:

Regras claras quanto aos objetivos de eficiência; criação de um Conselho Curador em cada hospital, destinado a fiscalizar a administração terceirizada, exercendo o controle social interno no hospital, sem prejuízo da normal fiscalização desempenhada pela Administração Pública. (Vieira Júnior, 1996: 8)

Em relação aos recursos humanos, para concorrer ao processo de licitação para a terceirização dos hospitais listados anteriormente, a empresa deveria:

I- Apresentar à SES política de pessoal para, se aprovado, ser implantada imediatamente, destinada a suprir as necessidades dos hospitais, contemplando a inclusão, em seus quadros, do maior número possível de funcionários públicos dos hospitais, estimulando a adesão desses funcionários ao novo sistema a ser criado pelo contrato, com, se for o caso, o afastamento ou desligamento desses funcionários do anterior

regime por eles ocupados, devendo obrigatoriamente contemplar a assunção dos funcionários dos hospitais discriminados por unidade na proporção de 40% (quarenta por cento) consoante anexo III.

II- Apresentação da proposta de assunção do maior número, superiores ao mínimo estabelecido no subitem 18.5-I de profissionais que estiverem prestando serviços nos hospitais, descrevendo a metodologia de execução e a sua factibilidade, bem como o organograma. (Vieira Júnior, 1996: 9)

Ainda que nos últimos anos esse tema venha sendo discutido e soluções sendo buscadas, em meio à diversidade de opções colocadas, as administrações públicas federal, estadual e municipal, a partir da década de 1990, ainda lançam mão dos contratos de serviços pela via da terceirização, alternando com a abertura de concursos, para a incorporação de funcionários pelo RJU. No entanto, fica evidente que o fenômeno da diversidade de vínculos tenciona a convivência das equipes no interior dos serviços, comprometendo as boas práticas de gerência e acirrando conflitos, pela não observância, em alguns casos, das proteções trabalhistas, com reflexos na atenção à saúde da população (Conass, 2004a).

Do ponto de vista legal, vale destacar que a multiplicidade de vínculos utilizados no interior do SUS nem sempre cumpre o que a legislação brasileira estabelece como padrão de proteção ao trabalhador, mobilizando ações judiciais para cumprimento desses dispositivos.

Entretanto, ainda existem dificuldades no campo da gestão do trabalho, pela ausência de alguns marcos legais que favoreçam a estruturação de modelos gerenciais mais compatíveis com a lógica que orienta a organização dos trabalhadores em todo o mundo.

Para as questões mais complexas do campo da gestão do trabalho, vivenciamos hoje uma agenda ao mesmo tempo propositiva – visando a encontrar soluções para o impasse em relação a forma de ingresso e de gestão dos trabalhadores de saúde e suas múltiplas formas de vínculo – e reativa, ao procurar responder aos questionamentos dos órgãos de controle sobre a legalidade quanto a forma de incorporação do trabalhador que tem gerado impasses para o próprio Ministério da Saúde e para diferentes secretarias estaduais e municipais com grande constrangimento para os gestores.

Nos últimos anos, a proposta elaborada e fortemente debatida, geradora de impasses e resistências, principalmente das entidades sindicais, é a mudança de modelo de determinadas organizações do sistema para o de fundações estatais de direito privado.

O projeto, apresentado pelo governo federal, prevê, por meio de um contrato de gestão, a administração de instituições do serviço público por uma entidade pública sem fins lucrativos, com personalidade jurídica de direito privado, instituída pelo poder público, com autonomia gerencial, orçamentária e financeira, patrimônio próprio e receitas próprias, submetida à gestão dos órgãos de direção ou gerência, conforme dispuser o seu estatuto.

Atuará em áreas não exclusivas do estado e que não exijam exercício do poder de autoridade, como desporto, cultura, ciência e tecnologia, ambiente, saúde, previdência complementar e assistência social e fiscalizada pelos órgãos de controle. Com receitas constituídas pelas rendas da prestação de serviços ao poder público, do desenvolvimento das atividades e doações.



Em relação ao modelo de gestão para incorporação de pessoal, a proposta está vinculada à CLT, com concurso, plano de carreira, emprego e salários próprios. Ainda segundo a proposta, a remuneração seria compatível com o ofertado pelo mercado, com possibilidade de mecanismos de remuneração variável. Prevê-se, ainda, uma transição em que os servidores estatutários podem ser cedidos, em caráter excepcional, para a fundação, mas permanecerão regidos pelo regime estatutário, com todas as vantagens pessoais asseguradas, sem perdas salariais.

Não se aplicaria à fundação estatal o teto constitucional dos servidores não estando ela sujeita às disposições da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF – lei complementar n. 101, de 04 de maio de 2000), especialmente nos limites de despesas com pessoal, identificado muitas vezes como um nó crítico para a gestão dos serviços de saúde (Figueiredo & Nóbrega, 2005).

Mais de um ano após o seu lançamento e apesar de identificado pela atual gestão do Ministério da Saúde como avanço no modelo de gestão, tal proposta permanece sem consenso entre os diferentes gestores, trabalhadores e suas representações. Algumas experiências foram lançadas no âmbito do SUS, nos estados da Bahia e do Rio de Janeiro, porém mantendo-se o impasse quanto ao melhor modelo de gestão do sistema.

No setor saúde, essa questão se agrava com as restrições orçamentárias impostas pela LRF, que limita os gastos com pessoal a 60% da receita corrente líquida, e pela necessidade de incorporação de pessoal para atender às novas demandas trazidas pelas políticas de saúde, que vão desde a estruturação de equipes básicas do Programa de Saúde da Família à gestão de serviços de alta complexidade e até mesmo fábricas de medicamentos, imunobiológicos e de outros insumos para a saúde.

Sobre a LRF, os secretários estaduais de Saúde, ao analisarem no Seminário de Construção de Consensos, realizado pelo Conass, em 2004, se a lei constituía em um fator limitante para a regularização da situação atual dos recursos humanos, a maior parte dos participantes concluiu que para a regularização funcional no âmbito dos municípios, sim. Quando se trata da expansão dos serviços, a LRF é, sim, um fator limitante. Nos estados com grande componente de prestação de serviços e, conseqüentemente, grande volume de pessoal, essa situação é mais crítica do que naqueles que vêm realizando uma adequação de suas funções ao novo contexto do SUS (Conass, 2004b).

A absorção das formas mais flexíveis de contratos pela administração pública brasileira, aprofundada na década de 1990, instituiu, de fato, uma lógica de gestão diferente daquela anteriormente vigente, e seus resultados têm sido objeto de debates entre gestores e trabalhadores, gestores entre si, legisladores, acadêmicos, sindicalistas, dentre outros grupos, constituindo-se em objeto de formulações de políticas e de dispositivos de reversão dos mecanismos precários de inclusão e manutenção dos trabalhadores do SUS. Reconhecê-los como elementos polêmicos, na política de gestão do trabalho, facilita a problematização e a identificação de formas adequadas de seu equacionamento (Conass, 2004b).

É fato que as questões enumeradas como problemas se reproduzem e se multiplicam como preocupações fundamentais entre dirigentes e gestores em todas as esferas de

governo, nos diferentes setores da administração, comprometendo a capacidade gestora do estado, e tem mobilizado as entidades de representação dos secretários estaduais – Conass e Municipais – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e o governo federal na busca de soluções mais compatíveis com os aspectos que organizam o mundo do trabalho e com os mecanismos de gestão pública que integram o Estado brasileiro. Alguns avanços têm sido alcançados por meio das Comissões Intergestoras nas mesas de negociação e nos inúmeros colegiados constituídos para a discussão das questões relativas à gestão do trabalho.

Outro problema enfrentado pelos gestores federais, estaduais e municipais, refere-se à reposição dos servidores descentralizados (para estados e municípios) do antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) – aproximadamente 50 mil servidores, representando um gasto equivalente a R\$ 1 bilhão/ano e da Fundação Nacional de Saúde (Funasa) – 26 mil estimados porque, como se sabe, uma das razões de ‘precarização’ do trabalho está exatamente no processo de reposição desse importante contingente de trabalhadores, por parte dos estados e municípios (Conass, 2002).

Como pano de fundo da discussão, encontra-se o fato de que a implantação do SUS via descentralização das ações e dos serviços de saúde, não só ampliou a demanda por capacidade instalada de serviços nos estados e principalmente nos municípios, tendo ambos incorporado, de forma crescente, novos trabalhadores em um curto espaço de tempo. Ao mesmo tempo que as despesas com expansão dos empregos cresciam, medidas como a LRF restringiam os gastos com pessoal.

Alguns dados empíricos obtidos por consulta ao banco de dados da Pesquisa<sup>1</sup> de Assistência Médico Sanitária (AMS) realizada pelo IBGE permite verificar o comportamento dos empregos e a capacidade instalada de serviços de saúde no período de 1992 (início da implantação do SUS) a 2005, que evidenciam o crescimento dos empregos públicos de saúde estaduais e municipais e o crescimento negativo dos empregos federais na área, assim como o crescimento da capacidade instalada. No âmbito da formulação política, estes fatos não foram acompanhados por medidas de equacionamento dos gastos, das responsabilidades e do financiamento.

No período de 1992 a 2005, observa-se uma expansão intensa da rede de saúde no Brasil. O setor contava com 49.676 estabelecimentos de saúde, 544.357 leitos e 1.438.708 empregos em 1992. Os números passam para 77 mil estabelecimentos, 433.210 leitos e 2.566.694 empregos, em 2005 (Tabela 1).

Chama a atenção o crescimento dos empregos com uma elevação de 78,4%, o que equivale a 1.127.986 novos postos de trabalho acrescidos ao mercado de trabalho de saúde.

<sup>1</sup> A comparação dos dados de 2005 com os dados da AMS (Brasil/IBGE, 1992) foi devidamente ajustada para adequar às mudanças introduzidas na estrutura do instrumento de coleta dos dados. A pesquisa AMS é de grande valia para a elaboração de estudos e pesquisas com foco no setor formal. As reconfigurações mais expressivas e controvertidas do mercado de trabalho em saúde ensaiadas ao longo dos anos 90 no Brasil – como os movimentos de terceirização e de flexibilização das relações de produção e serviços no setor, a exemplo do crescimento das cooperativas de trabalho e do recente *boom* das sociedades civis de profissões regulamentadas – fogem do âmbito da referida pesquisa.

Dessa forma, conclui-se que o setor saúde gerou 86.768 empregos formais por ano durante o período de 1992-2005.

Tabela 1 – Mercado de Trabalho em Saúde. Brasil – anos selecionados

DESCRIÇÃO/ANO	1992	2002	2005	VARIAÇÃO (92-05)
Empregos de Saúde	1.438.708	2.180.598	2.566.694	78,4
• Público	735.820	1.193.483	1.448.749	96,9
• Federal	113.987	96.064	105.686	-7,3
• Estadual	315.328	306.042	345.926	9,7
• Municipal	306.505	791.377	997.137	225,3
• Privado	702.888	987.115	1.117.945	59,1
Empregos por tipo de atendimento				
• Hospitalares	926.409	1.210.569	1.339.980	44,6
• Ambulatoriais	512.299	969.999	1.226.714	139,5

Fonte: Brasil/IBGE (1992, 2002, 2005).

## REGULAÇÃO NACIONAL, PAPEL DO ÂMBITO ESTADUAL E A GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

São inúmeros os instrumentos legais e documentos oficiais que balizam as ações para o campo da gestão do trabalho em saúde, entre eles a Constituição Federal; a lei n. 8.080/90; a lei n. 8.142/ (Brasil, 1990a, 1990c); e a resolução CNS n. 225, de 08 de maio de 1997 (Brasil/MS, 1997).

No entanto, sem desconsiderar tais instrumentos normativos e seus impactos sobre a gestão descentralizada do SUS, foram as Normas Operacionais Básicas (NOB's) e as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (Noas) e, mais recentemente o Pacto pela Saúde, que se destacaram como instrumentos reguladores do sistema. Vale assinalar que durante os anos 90 foram publicadas quatro NOB's e na década de 2000 a Noas.

As NOB's que regulavam o planejamento e a operacionalização do SUS fortaleceram as relações e o papel da instância municipal do sistema, as Noas, de certo modo, resgataram o papel dos estados no processo.

Pautado na força das NOB's como instrumentos normativos, entre os anos de 1996 a 2006, iniciou-se o debate e o processo de elaboração de uma Norma Operacional Básica específica para a área de recursos humanos (NOB/RH/SUS). A decisão de elaborar o documento foi tomada pela Comissão Intersetorial de Recursos Humanos, com base em deliberação da 10ª Conferência Nacional de Saúde com o objetivo de efetivação e unificação normativa dos procedimentos de gestão do trabalho em saúde. A construção da NOB/RH/SUS se deu de forma compartilhada e negociada com gestores e entidades representativas dos trabalhadores do SUS. Apesar de recolocar a importância da valorização profissional e a regulação das relações de trabalho no setor de saúde, a ausência de consenso sobre

alguns pontos, inseridos quando da elaboração do documento, impediu a publicação como uma Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB/RH-SUS). Entretanto, o Conselho Nacional de Saúde aprovou o documento *Princípios e Diretrizes* como orientador da política nacional de gestão do trabalho e da educação no SUS, tendo o Ministério da Saúde adotado o documento nessa condição (Brasil/MS, 2005).

Mais recentemente o documento Diretrizes Operacionais para os Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão (Brasil/MS, 2006a), estabelece as responsabilidades na gestão do trabalho e da educação na saúde para as secretarias estaduais de saúde, assim descritas:

Formular, promover e apoiar a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma, no âmbito estadual.

- Promover a integração de todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à política de educação permanente, no âmbito da gestão estadual do SUS.
- Apoiar e fortalecer a articulação com os municípios e entre os mesmos, para os processos de educação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS.
- Articular o processo de vinculação dos municípios às referências para o seu processo de formação e desenvolvimento.
- Articular e participar das políticas regulatórias e de indução de mudanças no campo da graduação e da especialização das profissões de saúde.
- Articular e pactuar com o Sistema Estadual de Educação, processos de formação de acordo com as necessidades do SUS, cooperando com os demais gestores, para processos na mesma direção.
- Desenvolver ações e estruturas formais de educação técnica em saúde com capacidade de execução descentralizada no âmbito estadual.
- Promover e desenvolver políticas de gestão do trabalho, considerando os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho.
- Desenvolver estudos e propor estratégias com vistas à adoção de política referente aos recursos humanos descentralizados.
- Promover espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores, no âmbito estadual e regional.
- Adotar vínculos regulares para a inserção de trabalhadores de saúde na sua esfera de gestão e de serviços, promovendo ações de regularização de vínculos, onde for necessário e apoiando técnica e financeiramente os municípios na mesma direção.
- Considerar as diretrizes nacionais para Planos de Carreiras, Cargos e Salários para o SUS (PCCS/SUS), quando da elaboração, implementação e/ou reformulação de Planos de Cargos e Salários no âmbito da gestão estadual.
- Propor e pactuar diretrizes para políticas de educação e gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde, no âmbito estadual,

notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica. (Brasil/MS, 2006a: 37, 38)

Um estudo realizado pelo Conass para medir o desempenho na gestão estadual do SUS relativo às Funções Essenciais de Saúde (Fesp), visando ao fortalecimento das áreas mais fragilizadas, lista a administração, o desenvolvimento e a formação de recursos humanos em saúde entre as 11 funções essenciais. Ao aplicar a metodologia de avaliação, constata que a relativa a recursos humanos juntamente com as funções ‘promoção e garantia do acesso universal e equitativo aos serviços de saúde’ e a ‘promoção e garantia da qualidade dos serviços de saúde’ tiveram uma avaliação abaixo da média em todas as SES. O documento identifica fragilidades já apontadas em outros processos avaliativos em que o acesso, a qualidade dos serviços e a gestão do trabalho constituem áreas-problema do sistema (Conass/Opas, 2007).

Abrucio (2007), ao analisar alguns dados de pesquisa realizada em 2003 pelo Programa Nacional de Apoio à Modernização da Gestão e do Planejamento dos Estados e do DF (Pnage), coordenado pelo Ministério do Planejamento com a participação dos próprios estados e do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), reflete sobre os principais avanços e problemas identificados e afirma:

Os estados apresentam uma série de problemas, o que revela grande precariedade administrativa. (...) Selecionamos os cinco desafios mais estratégicos dos governos. O primeiro e mais importante é o tema dos *recursos humanos*. Trata-se da questão com maior transversalidade, afetando todas as variáveis e que, como agravante fulcral, foi a que menos avançou nos últimos dez anos em praticamente todos os governos estaduais. (Abrucio, 2007)

Tanto o resultado apresentado nas Fesp quanto na pesquisa do Pnage apontam para a precariedade das gestões estaduais, no estágio atual, em especial na área de gestão do trabalho. Embora o Pacto pela Saúde estabeleça um conjunto amplo de responsabilidades dos estados, o seu cumprimento se configura como um grande desafio.

## **A GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO: UM FOCO NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**

A Secretaria de Estado de Saúde do estado do Rio de Janeiro nasceu em 1975, ano da fusão do então estado da Guanabara com o estado do Rio de Janeiro; tendo sediado o Distrito Federal até a transferência da capital para Brasília, em 1960. Com a fusão, coube à SES/RJ responder pelas unidades hospitalares do ex-estado da Guanabara situadas no subúrbio e na zona oeste da cidade, com a prefeitura do Rio de Janeiro assumindo a rede de hospitais localizados no centro e na zona sul, assim como postos e centros de saúde.

É importante destacar que a rede federal instalada no estado, e mais fortemente na ex-capital federal, configura um cenário distinto das demais unidades da federação, o que faz com que o SUS-RJ acabe se conformando com uma rede bastante diversificada e com forte presença das três esferas de governo, além da presença determinante da rede privada.

Segundo dados da *Pesquisa Assistência Médica Sanitária* realizada pelo IBGE, dos 5.085 estabelecimentos de saúde existentes em 2005, a metade pertence ao setor privado (Tabela 2) seguida da rede municipal que administra 94% da rede pública com 1.864 estabelecimentos. A distribuição dos leitos apresenta o mesmo perfil, ou seja, dos mais de 45 mil leitos, 27 mil são privados. Vale destacar que a rede federal apresenta significativa representação de oferta de leitos, com mais de 5 mil em contrapartida dos 7 mil leitos municipais e 3 mil estaduais. Dos 45 mil leitos de internação em atividade, 80,3% atendem ao SUS e 19,7% são exclusivamente privados. Resultando uma relação de 2,4 leitos/ SUS por habitante, uma das maiores taxas do país.

Tabela 2 - Capacidade instalada de saúde no estado. Rio de Janeiro - anos selecionados

DESCRIÇÃO/ANO	1992	2002	2005
Estabelecimentos	3.750	5.013	5.085
• Público	1.357	1.766	1.982
• Federal	78	45	57
• Estadual	93	61	61
• Municipal	1.206	1.660	1.864
• Privado	2.373	3.247	3.103
Leitos			
TOTAL DE LEITOS	66.343	49.999	45.055
• Público	20.568	18.308	17.208
• Federal	7.634	4.484	5.514
• Estadual	7.324	5.506	3.730
• Municipal	5.610	8.318	7.964
• Privado	45.775	31.691	27.847
Empregos			
TOTAL DE EMPREGOS DE SAÚDE	194.958	249.704	270.898
• Público	111.044	139.555	152.219
• Federal	28.497	26.482	30.091
• Estadual	29.354	30.464	32.190
• Municipal	53.193	82.609	89.938
• Privado	83.914	194.958	118.679
Empregos por tipo de atendimento			
• Hospitalares	130.534	153.219	167.968
• Ambulatoriais	64.424	96.485	102.930
Empregos por nível de escolaridade			
• Superior	67.873	96.341	106.869
• Técnico/auxiliar	57.536	75.079	83.927
• Elementar	14.598	13.088	13.693

Fonte: Brasil/IBGE (1992, 2002, 2005).

No ano de 1979, o até então departamento de pessoal tem seu regimento revisto e suas funções ampliadas. Dez anos depois o mesmo foi transformado em Superintendência de Desenvolvimento e Administração de Recursos Humanos e, em 1990, foi criada a Subsecretaria Adjunta de Recursos Humanos da SES-RJ. Em 1995, a subsecretaria incorporou a Superintendência de Administração e, em 2000, a Superintendência de Desenvolvimento. Nessa ocasião, a Escola de Formação Técnica Enfermeira Izabel dos Santos, responsável pela qualificação dos trabalhadores de nível médio, passa também a pertencer à estrutura daquela Subsecretaria Adjunta.

Contudo, este movimento político de grande relevância elevando o setor de recursos humanos ao nível de primeiro escalão da gestão não impediu que governos que sucederam a esta mudança rompessem com o propósito de valorização da área e impusessem uma outra lógica para a gestão pública, prejudicando e retrocedendo em muitos os avanços alcançados.

Do ponto de vista da cultura institucional, com o advento do SUS, as ações da SES/RJ passaram a ser direcionadas para ações e atividades envolvendo trabalhadores municipais ou lotados nos municípios em virtude dos processos de municipalização.

No ano de 1995, conforme já abordado, a Secretaria Estadual de Saúde estabeleceu contrato com uma cooperativa de profissionais de saúde: Cooperativa de Atividade na Área de Saúde (Coopesaúde) para prestação de serviços, administração e gestão do Hospital Geral de Nova Iguaçu, também conhecido como Hospital da Posse. Ao abrir espaço para a implantação de cooperativas de gestão nas unidades hospitalares, o governo admitia a necessidade de recursos humanos na rede, mas, como ação política, optava por outras formas de contratação que não o concurso público.

No mesmo ano de 1995, foi realizado concurso público para a área da saúde, com 3.500 vagas nos diferentes níveis, porém os aprovados somente começaram a ser convocados na gestão seguinte, em 1999.

Com o advento da lei estadual n. 2.878, de 23 de dezembro de 1997 (Governo do Estado do Rio de Janeiro, 1997), a Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro modificou a forma de gestão de seis hospitais públicos estaduais, o processo de transferência de hospitais pelo estado efetivado, mas, sendo questionada a legalidade da referida terceirização, que foi revista logo no início da gestão subsequente. A revisão deste processo assumiu dimensões importantes na tentativa de reversão do quadro de terceirização em curso.

Com a instalação da Mesa Estadual de Negociação do Rio de Janeiro em 2000 (Resolução SES n. 1.464 - Governo do Estado do Rio de Janeiro, 2000), inicia-se um amplo debate envolvendo trabalhadores e gestores na busca de soluções para os graves problemas que se apresentavam. Composta por representantes dos trabalhadores, do governo, de entidades sindicais representativas dos trabalhadores da saúde e do Conselho de Secretários Municipais de Saúde, a Mesa de Negociação do Rio de Janeiro foi a primeira mesa estadual a ser implantada em tempos em que a negociação não fazia parte do cenário e da agenda nacional, uma vez que a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS, instalada em 1993, somente foi ativada no início de 2003. A mesa teve papel preponderante em várias ações e iniciativas, tais como a luta para reverter à terceirização

de hospitais da rede, a chamada, o planejamento e a realização dos concursos públicos, a implantação da Gratificação por Lotação Prioritária e Desempenho (GEELED) – medida que, à época, era a saída emergencial para a enorme defasagem salarial e passou a representar 80% da remuneração dos servidores da SES/RJ. Fruto do processo de negociação destaca-se a elaboração e aprovação do Plano de Cargos, Carreiras e Subsídios (PCCS) para os trabalhadores da saúde do estado, inovando ao adotar como foco a valorização dos trabalhadores. Esse plano foi aprovado no final do exercício de 2002 com a perspectiva de ser implantado no início de 2004 quando iniciava uma nova gestão, fato que não foi cumprido até o presente momento.

Entretanto, é exatamente no período compreendido entre 1999 e os tempos atuais que o SUS-RJ teve maiores avanços em termos de gestão do trabalho: o número de servidores estatutários cresceu 57%; foram realizados dois concursos públicos e convocados novos 12.445 trabalhadores, objetivando o fim da terceirização iniciada em 1995 com a implantação das cooperativas nos hospitais estaduais. Ademais, como resultado de entendimentos com a Mesa Estadual de Negociação da Saúde, foi estruturado um processo de ingresso de servidores efetivos e saída de prestadores de serviço na rede estadual.

Ao longo desse período pós-1995, representado pelo esforço de reconstrução do sistema público de saúde, a política de educação permanente também se mostrou ativa, respondendo positivamente a necessidades do SUS. A Escola de Formação Técnica em Saúde Enfermeira Izabel dos Santos qualificou 14.000 trabalhadores do SUS em todo o estado; os estágios curriculares na rede da secretaria foram ampliados em todos os níveis. Outras medidas importantes na melhoria das condições de trabalho foram tomadas, com destaque para a implantação do Programa Qualidade de Vida do Servidor, com diversas ações voltadas para melhoria das relações de trabalho na rede, entre elas uma política de bolsa de estudos para os servidores da SES/RJ, permitindo que um número expressivo de trabalhadores tivesse acesso ao ensino superior e médio, por meio de contrapartida nos convênios com as instituições acadêmicas e escolas de nível que utilizam a rede SES/RJ como campo de estágio. Passados alguns anos e algumas gestões estaduais, observam-se ainda inúmeras dificuldades para sustentar uma política de recursos humanos, tanto em relação à estrutura organizacional como no tocante à equipe responsável pela condução e execução dessa política (Governo do Estado do Rio de Janeiro, s.d).

É preciso evidenciar que o estado do Rio de Janeiro é um dos maiores empregadores da saúde, detém o terceiro maior mercado de trabalho do país, com 270 mil empregos, logo atrás de São Paulo com 603 mil e de Minas Gerais com 276 mil. Os empregos acompanham o mesmo comportamento da distribuição da população em que os empregos estão concentrados nos municípios com mais de 100 mil habitantes incluindo a capital. O setor público é responsável por mais da metade da oferta de empregos (56,2%) do mercado, totalizando 152.219, sendo 20% federais, 21% estaduais e 59% municipais. O setor privado detém 118.679 empregos, em sua maioria, ambulatoriais.

O estado também apresenta a equipe de saúde mais qualificada do país. Os empregos de nível superior representam 52% que, somados aos de nível técnico e auxiliar eleva



para 93%, totalizando 190 mil empregos. Os empregos de nível elementar representam menos de 7%. Esse fato, aliado a outros, mostra que o Rio de Janeiro é um estado com características específicas frente ao SUS.

Também não se pode ignorar que a capacidade instalada do estado expandiu de forma mais lenta que a observada para o país. A rede estadual, em 1992, era composta por 3.750 estabelecimentos, 66.343 leitos e 194.958 empregos; em 2005, os números passaram para 5.085 estabelecimentos, 45.055 leitos e 270.898 empregos.

O comportamento dos empregos em saúde foi destacado nesse período analisado. O Rio de Janeiro contava, em 1992, com 194.958 empregos de saúde para uma população de 12.916 milhões de habitantes, registrando 9,7 empregos de saúde/1.000 habitantes. Na década seguinte, esses dados se alteram significativamente, passando para 270.898 empregos para uma população de 15 milhões de brasileiros, o que representa 13,9 empregos/1.000 habitantes.

## COMENTÁRIOS FINAIS

A área de recursos humanos como estrutura de primeiro escalão na SES/RJ, há mais de dez anos, reflete o pioneirismo e a vanguarda do Rio de Janeiro na formulação de políticas públicas valorizando a gestão do trabalho e da educação no SUS. A importância da Escola Técnica Izabel Santos, que abriu caminho para o que hoje se consolidou como Rede de Escolas Técnicas (RET-SUS), cumprindo com o objetivo de produzir educação permanente para seus trabalhadores de nível técnico é outro marco do SUS-RJ. Fato não menos importante e estratégico foi à decisão de instituir a Mesa de Negociação, permitindo o diálogo permanente entre trabalhadores e gestores no enfrentamento de complexos problemas que o SUS requer.

A gestão do sistema de saúde do Rio de Janeiro tem particularidades importantes que influenciam sobremaneira a gestão do SUS estadual. Destaca-se a presença de hospitais federais de referência nacional como, por exemplo, o Instituto Nacional do Câncer, o Instituto de Traumatologia-Ortopedia e o Instituto de Cardiologia; da mesma forma, a existência da rede estadual de hospitais de urgência e emergência que soma aos estabelecimentos da rede municipal para a prestação da assistência no estado.

Em contrapartida, o aumento de municípios no estado não resultou na desconcentração dos serviços de saúde e nem da própria população, prevalecendo à capital como polo aglutinador do estado. Dos quase 280 mil empregos de saúde existente no estado, 140 mil estão concentrados na capital.

Se não bastasse toda essa diversidade da gestão do SUS/RJ, os problemas mais diretamente relacionados a recursos humanos se apresentam ainda mais complexos, tais como: deterioração das condições de trabalho principalmente em estabelecimentos hospitalares sejam eles, federais, estaduais ou municipais; desestímulo e por vezes pouco compromisso dos trabalhadores pelo trabalho; baixa capacidade gerencial dos gestores em manter o quadro de pessoal qualificado e produtivo na rede. É crescente o número

de profissionais, especialmente de médicos, mesmo concursados, que abandonam seus postos de trabalho.

Em boa parte, os problemas na gestão do trabalho são traduzidos na ausência de plano de carreiras, salários defasados, saída de profissionais da rede por desestímulo, concursos públicos com baixa capacidade de manutenção da força de trabalho concursada, queixas recorrentes da população quanto ao atendimento prestado. Associado a tudo isso se destacam alguns pontos a serem resolvidos pela gestão pública do SUS: implantação do PCCS aprovado em 2002 na Assembleia Legislativa, fruto da produção e negociação da Mesa Estadual; ainda que realizados dois grandes concursos públicos, persiste um contingente da força de trabalho em condições de precarização especialmente daqueles que prestam assistência direta no SUS; necessidade de buscar melhorias das condições do ambiente e do trabalho, especialmente dos hospitais sejam municipais, estaduais e federais; maior resolutividade dos serviços de saúde; humanização no atendimento; planejamento e redefinição do quadro de lotação de pessoal levando em consideração a complexa rede SUS do Rio de Janeiro, entre outros pontos relevantes.

Assim como os demais entes federados, a cultura política de descontinuidade administrativa nas gestões que se sucedem e que é objeto de estudo de um leque amplo de pesquisadores, o estado do Rio de Janeiro experimentou momentos de frequentes descontinuidades, com significativo custo social, político e econômico para o sistema e, conseqüentemente, para a população.

## REFERÊNCIAS

- ABRUCIO, F. L. Radiografia das Administrações Públicas Estaduais Brasileiras. In: *Revista Eletrônica Fundap*, Ano 4, 9: maio 2007. Disponível em: <[www.revista.fundap.sp.gov.br/.../pesquisa\\_radiografia.htm](http://www.revista.fundap.sp.gov.br/.../pesquisa_radiografia.htm)>. Acesso em: 20 maio. 2009.
- AZEM, E., SANTOS, M. M. O. & MOYSÉS, N. M. N. O Suds/RJ e a municipalização - um processo em andamento. *Revista de Administração Pública*, 25(2): 4-30, 1991.
- BRASIL. Constituição 1967. Constituição da República Federativa do Brasil. *Diário Oficial da União*, Brasília, 1967.
- BRASIL. Emenda Constitucional, n. 1/69, art.164. *Diário Oficial da União*. Brasília, 1969.
- BRASIL. Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. *Diário Oficial da União*, Brasília, 1988.
- BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990a. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, 20 set, 1990.
- BRASIL. Lei n. 8.112, de 11 de dezembro de 1990b. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. *Diário Oficial da União*. Brasília, 11 dez.1990.
- BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990c. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, 31 dez. 1990.

BRASIL. Lei n. 8.666, de 21 junho de 1993. Regulamenta o art.37, inciso XXI da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da administração pública e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, 21 jun. 1993.

BRASIL. Emenda Constitucional n. 19, de 04 de junho de 1998. Modifica o regime e dispõe sobre princípios e normas da administração pública, servidores e agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal e da outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, 04 jun. 1998.

BRASIL. Lei complementar n. 101, de 04 de maio de 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº225 de 08 de maio de 1997. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)*. 3. ed rev. e atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Diretrizes Operacionais para os Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 699/GM. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL/IBGE. Pesquisa Assistência Médico Sanitária, Departamento de População Indicadores Sociais (DEPIS). Rio de Janeiro, 1992.

BRASIL/IBGE. Pesquisa Assistência Médico Sanitária, Departamento de População Indicadores Sociais (DEPIS). Rio de Janeiro, 2002.

BRASIL/IBGE. Pesquisa Assistência Médico Sanitária, Departamento de População Indicadores Sociais (DEPIS). Rio de Janeiro, 2005.

CONASS. *Estudo sobre Reposição dos Servidores Federais Descentralizados no SUS*. Brasília: Conass, 2002. (Nota Técnica, n. 26).

CONASS. *Estruturação da Área de Recursos Humanos nas Secretarias de Saúde*. Brasília: Conass, 2004a. (Documenta, n. 1)

CONASS. *Recursos Humanos: um desafio do tamanho do SUS – Seminário do Conass para Construção de Consensos*. Brasília: Conass, 2004b. (Documenta, n. 4)

CONASS. *Coletânea Progestores*. Brasília: Conass, 2007. (Livro 5)

CONASS/OPAS. *A gestão de saúde nos estados: avaliação e fortalecimento das funções essenciais*. Brasília, 2007.

FIGUEIREDO, C. M. & NÓBREGA, M. *Lei de Responsabilidade Fiscal: teoria, jurisprudência e mais de 100 questões*. 4. ed. Rio de Janeiro: Campus, 2005.

GONÇALVES, W. Parecer sobre terceirizações e parcerias na saúde pública. Brasília: Ministério Público Federal, maio 1998. Disponível em: <[www.datasus.gov.br/cns](http://www.datasus.gov.br/cns)>. Acesso em: jun. 2007.

GORZONI, P. Esperança e democracia. *Revista Sociologia*, 27: 16-21, 2009.

GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA. Lei n. 1.027/1997. Institui o Programa Estadual de Incentivo às Organizações Sociais. *Diário Oficial do Estado*. Salvador, 1997.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Lei n. 2878 de 23 de dezembro de 1997. Acrescenta dispositivos ao decreto lei n. 220 de 18 de julho de 1975 e dá outras providências. *Diário Oficial do Estado do Rio*. Rio de Janeiro, 1997.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Secretário de Estado de Saúde. Resolução SES, n. 1.464 de 28 de fevereiro de 2000. Institui a mesa Estadual de Negociação do SUS. *Diário Oficial do Estado*. Rio de Janeiro, 2000.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Secretaria de Estado de Saúde. Relatório 39 meses de gestão 1999-2002. Rio de Janeiro, s.d.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Secretaria de Estado de Saúde. Panorama saúde. Rio de Janeiro, ago. 2006.

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA. Lei n. 174 de 30 de junho de 1997. Institui o Plano de Assistência Integral à Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial do Estado*, 1997.

GOVERNO DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. Lei n. 11.866/1995. Institui o Plano de Atendimento à Saúde – PAS. São Paulo. Disponível em: <<http://sms.pmsp.sp.gov.br/pas/lei1.htm>>. Acesso em: 12 set. 2009.

SANTANA, J. P. Formulação de políticas de RH nos serviços de saúde. *Revista do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde – Saúde em Debate*, 28: 66-71, 1990.

VIEIRA JÚNIOR, W. M. Uma proposta de vida para o Hospital da Posse. Rio de Janeiro, 1996. (Mimeo.)