

OBSERVATÓRIO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE

PLANO DIRETOR 2006

COMPOSIÇÃO PÚBLICO VERSUS PRIVADO, GESTÃO DE UNIDADES E RECURSOS HUMANOS NO SUS¹

Roberto Passos Nogueira²

**Brasília-DF, Brasil
Julho, 2007**

¹ Esse material integra a pesquisa *Relações de Trabalho em Saúde: Aspectos Jurídicos e Estatísticos*, componente 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 na categoria *Gestão* da seção *Projetos e Estudos* do sítio web: <http://www.observarh.org.br/nesp>. Contribuições e sugestões podem ser enviadas para o endereço eletrônico: observarh.unb@observarh.org.br.

² Pesquisador do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e do Observatório de Recursos Humanos em Saúde, do Núcleo de Estudos de Saúde Pública, do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares, da Universidade de Brasília (ObservaRH - NESP/CEAM/UnB).

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.

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 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.*³

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

³ Ver relatório em: <http://chagas.redefiocruz.fiocruz.br/~ensp/biblioteca/dados/8conferencia.pdf>, acesso em 23/04/2007.

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 Nº 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 pela tabela apresentada abaixo.

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%.

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.

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.

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 35.946.⁴

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.

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 específica, 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.

Cumprе 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).

⁴ Segundo dados do antigo cadastro hospitalar do Ministério da Saúde (DATASUS).

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 legalizadas⁵, 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 do qual serão acordadas metas de desempenho que assegurem a qualidade e a efetividade dos serviços prestados ao público.*⁶

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.⁷

⁵ 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).

⁶ *Organizações Sociais*, Cadernos MARE de Reforma do Estado, N. 2, Brasília, 1997, p. 14

⁷ 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.*

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.⁸ 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 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 Itapeçerica 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 ambulatórios 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

⁸ Ibañes, N. et al. *Organizações sociais de saúde: o modelo do Estado de São Paulo*, Ciência & Saúde Coletiva, 6 (2): 391-404, 2001

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 indicadores. 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.⁹ Paralelamente, a Pastoral da Saúde, que realiza ações similares às do PACS recebe subvenções regulares do Ministério da Saúde.

⁹ 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, C. M. et alii. *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 v.23 n.1 Rio de Janeiro jan. 2007.

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.

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

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.

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.

Questões Contratuais e Legais das Organizações Sociais

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.¹⁰ 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.¹¹ 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;
- 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

¹⁰ SEIXAS, Paulo Henrique D'Ángelo, *As Organizações Sociais da Saúde em São Paulo – 1998/ 2002, uma visão institucional*, dissertação de mestrado, EAESP/FGV, São Paulo, 2003

¹¹ 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

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 Nº 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 nº 9.648, de 27-5-98, que alterou a Lei nº 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 funcionamento 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, 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.”¹² 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 derrogar 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”.

¹² Di Pietro, Maria Sylvia Zanella. *Parcerias na Administração Pública: concessão, permissão, franquia, terceirização e outras formas*, São Paulo: Atlas, 2002, pp. 214 a 219.

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 infraestrutura 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 1991¹³, 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

¹³ Pela Lei Nº 8.246 de 22-10-1991.

lucrativos e estabelecido um contrato de gestão como 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 recente¹⁴, 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.

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.¹⁵

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:

- 1. 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;*
- 2. Promover a competitividade saudável, zelando pela manutenção da estabilidade do setor e estabelecendo e controlando padrões de entrada, operação e saída das operadoras;*
- 3. 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*
- 4. Contribuir para o fortalecimento do SUS, visando a melhoria das condições de saúde da população.*

¹⁴ Portaria Nº 3.177 de 18 de Dezembro de 2006.

¹⁵ 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.*

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.

DEFINIÇÃO	MÉTRICA	META
IMPACTO DAS NORMAS DE REGULAÇÃO NO ESTÍMULO À ADAPTAÇÃO DOS CONTRATOS	TAXA ANUAL DEMIGRAÇÃO 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 Nº 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 acompanhadas 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.¹⁶

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 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 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.¹⁷ 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

¹⁶ Nesse sentido, a portaria GM/MS Nº 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 endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; 5) Promoção da Saúde; 6) Fortalecimento da Atenção Básica.*

¹⁷ 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.

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:

- 1) Personalidade jurídica de direito privado, patrimônio e receitas próprias;
- 2) Autonomia gerencial, orçamentária e financeira;
- 3) Personalidade jurídica adquirida mediante atos constitutivos no Registro Civil de Pessoas Jurídicas, de acordo com as normas do Código Civil;
- 4) Integrante da administração pública indireta, vinculado a órgão ou entidade do SUS (ou outra área de serviços não exclusivos do Estado);
- 5) Contrato de gestão com o órgão público dirigente da área (metas e indicadores nos mesmos moldes de uma OS);
- 6) Submissão ao Sistema de controle interno de cada Poder federativo;
- 7) Receitas constituídas pelas rendas obtidas na prestação de serviços e no desenvolvimento de suas atividades (não consta do orçamento do ente federativo correspondente);
- 8) Recursos humanos regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, sem estabilidade, mas com direito à negociação coletiva, sendo assegurada previdência complementar a todos;
- 9) Processo de seleção pública para admissão de pessoal;
- 10) 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 e 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.*¹⁸

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.

¹⁸ Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (Secretaria de Gestão), *Projeto Fundação Estatal, Principais Aspectos*, Brasília, Janeiro de 2007.

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%.

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.¹⁹ 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.

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

¹⁹ Freese, E. (Org.). *Epidemiologia, Políticas e Determinantes das Doenças Crônicas não transmissíveis no Brasil*, Recife: Editora UFPE, 2006, p. 85.

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.

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:

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

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 PROFAE 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.

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; ***3. 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).

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 abordagem 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 sentem 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.

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.

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 saúde²⁰; 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%.

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
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.

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:

²⁰ Ver a este respeito: Mendes, E. V. *Uma Agenda para a Saúde*. Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1996

- 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.

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.*²¹

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

²¹ Ministério da Saúde, *Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002*/Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p. 75.

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 virtualmente 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.

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:

1. 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;
2. 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;
3. 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;
4. 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.