

# **Problemas da Gestão de Recursos Humanos no Ministério da Saúde\***

## **1. Introdução**

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

Essa abordagem formal das macro-funções é um pressuposto do processo de planejamento de carreiras e, de um modo geral, dos quadros de pessoal em qualquer instituição. As carreiras e quadros buscam organizar e distribuir as pessoas segundo as áreas de atividades, níveis de remuneração e gratificação, formas de avaliação de desempenho, etc. Mas tais distinções devem ser feitas, naturalmente, segundo os objetivos que se pretendem alcançar dentro de cada macro-função. Rigorosamente, a gestão e o planejamento das carreiras existem porque as macro-funções precisam ter continuidade e pertinência numa dimensão temporal: suas regras e processos devem ser preservados e aplicados adequadamente a cada novo dia e a despeito da não-continuidade dos altos dirigentes. Esse aspecto corresponde à possibilidade de fazer valer os objetivos da missão institucional no transcorrer do tempo e na sucessão político-institucional, o que é um aspecto muito importante na gestão pública.

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

O processo de gestão e planejamento de pessoal sofre igualmente constrangimentos que são de natureza sistêmica: dependem dos recursos e dos objetivos amplos do governo. Há macro-funções que são transversais ao governo; elas podem ter carreiras ou quadros que vão além de uma dada instituição. Por outro lado, há determinações legais, administrativas

---

\* Esta é a versão preliminar do trabalho “A Gestão Federal na Saúde e os Recursos Humanos” que está sendo elaborada por uma equipe do IPEA, composta por Roberto Passos Nogueira, Solon Magalhães Vianna e Sérgio Piola.

e políticas a serem tomadas em conta no esforço de modernizar as carreiras e quadros de pessoal.

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

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

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

## **2. Macro-Funções e Carreiras de Pessoal do Ministério da Saúde**

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

### **Macro-Funções do Ministério da Saúde**

<b>Macro-Função</b>	<b>Órgão</b>
Saúde Pública para a Inclusão Social	Fundação Nacional de Saúde - FUNASA
Ensino, Produção e Pesquisa	Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ
Assistência Médico-Hospitalar	Hospitais Próprios
Regulação e Financiamento do SUS	Ministério-Sede
Vigilância Sanitária	Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA
Regulação de Planos e Seguros de Saúde	Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

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

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

### **Macro-Funções do Ministério da Saúde e seu contexto organizacional amplo**

<b>Macro-Função</b>	<b>Transformações recentes do contexto organizacional amplo</b>
Saúde Pública para a Inclusão Social	Descentralização das ações de saúde pública para os estados e municípios.
Ensino, Produção e Pesquisa	Instituição do Sistema Nacional de Ciência e Tecnologia, com os órgãos que o integram.
Assistência Médico-Hospitalar	Descentralização da gestão do SUS, municipalização/estadualização da assistência médico-hospitalar.
Gestão e Regulação do SUS	Descentralização da gestão do SUS e instituição das suas modalidades de gestão; sistema da seguridade social.
Vigilância Sanitária	Instituição do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e organização das agências reguladoras.
Regulação de Planos e Seguros de Saúde	Organização das agências reguladoras como autarquias especiais.

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

Devido a toda essa complexidade das relações entre macro-funções e seu contexto organizacional amplo, bem como de seus condicionantes históricos, resulta que os recursos humanos à disposição dos órgãos do Ministério da Saúde não pertencem a uma única carreira. De fato, esse pessoal está distribuído numa diversidade de carreiras, para as quais existem mecanismos distintos de admissão, progressão, remuneração, avaliação de desempenho e todas as demais características peculiares a uma carreira. Assim, é importante tomar conhecimento de quais são essas carreiras e suas bases legais, conforme aparece no quadro seguinte. Nota-se que essas diversas carreiras foram estruturadas em momentos muito distintos da evolução do Estado Brasileiro, ao longo dos últimos de 35 anos.

## Órgãos do Ministério da Saúde e carreiras correspondentes

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

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

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

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

### **3. Situação Atual dos Recursos Humanos do Ministério da Saúde**

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

O quadro regular de pessoal do ministério é um dos maiores da administração federal. Em 2004 alcançava cerca de 105 mil pessoas, representando em torno de 20% do total de servidores de todos os órgãos federais. Esse número, embora muito expressivo, não pode ser analisado apenas em termos comparativos com a administração federal, dado que 70% dos servidores que fazem parte do quadro regular do MS encontram-se cedidos às secretarias estaduais e municipais de saúde, que compõem o SUS nas unidades da Federação. A força de trabalho restante distribui-se pelas unidades da administração indireta do ministério, integrando os quadros das entidades que serão mencionadas adiante.

### Quadro Regular de Pessoal do Ministério da Saúde, 2004

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

Fonte: CGRH/MS

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

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

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

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

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

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

Levantamento realizado pela Coordenação Geral de Recursos Humanos do Ministério da Saúde, em 2004, mostrou que existiam, no conjunto dos órgãos desse ministério, mais de 17 mil trabalhadores situados como quadro “extra”. Em geral, tais trabalhadores têm uma melhor remuneração do que os do quadro regular, pelo menos tendo em conta o valor líquido da remuneração mensal. Pode-se afirmar que esse tipo de problema não é de modo algum peculiar ao Ministério da Saúde, mas retrata o conjunto da administração pública federal. De fato, é consequência da incapacidade que teve o Estado Brasileiro, em anos recentes, de fazer valer as normas constitucionais de seleção e ocupação dos cargos e funções públicas, que impõem o concurso público tanto para cargos permanentes quanto

para os temporários. Contudo, no caso do Ministério da Saúde, a situação é agravada devido à maior disponibilidade orçamentária, que, somada às demandas criadas por seus múltiplos órgãos da administração indireta, constituem fatores que facilitam a busca de mecanismos “extras” de contratação. A nova tendência de expansão dos quadros de servidores permanentes ativos, encetada pelo Governo Federal a partir de 2002, busca justamente fazer frente a essa realidade de *flexibilização irregular* dos mecanismos de seleção de pessoal na administração pública e a repor os servidores que se aposentaram.

#### **A) Ministério da Saúde (Sede Central)**

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

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

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

#### **Pessoal de Quadro “Extra” na Sede do Ministério da Saúde, 2004**

<b>Tipo</b>	<b>Estagiários</b>	<b>Terceirizados</b>	<b>Prestadores de Serviço</b>	<b>Organismos Internacionais</b>	<b>Total</b>
Número	290	1.078	397	1.302	3.067

Fonte: CGRH/MS

Em 2006, o Ministério da Saúde dispunha de 972 vagas de Direção e Assessoria Superior (DAS) aprovadas para serem usadas como cargos comissionados, que são de livre nomeação pelos dirigentes. O percentual de DAS ocupados por pessoal de carreira pública alcança hoje 74%. Mas em anos recentes, esses cargos costumavam ser utilizados como meio de “admissão” de pessoal sem vínculo (avulsos). Atualmente vigem normas que restringem tal expediente, exigindo limites de mínimos percentuais de servidores públicos em sua ocupação. Ainda assim, pelo que se sabe, poucos são os servidores de carreira do

próprio ministério designados para os postos de DAS-4 a DAS-6, sendo seus ocupantes avulsos ou preferencialmente recrutados entre os servidores públicos de outras instituições.

### **Cargos Comissionados de DAS no Ministério da Saúde, 2006**

	<b>APROVADOS</b>	<b>SERV. CARREIRA</b>	<b>AVULSOS</b>
DAS-1	356	242	110
DAS-2	252	178	68
DAS-3	196	164	22
DAS-4	120	97	18
DAS-5	43	34	9
DAS-6	5	5	0
TOTAL	972	720	227

Fonte: SIAPE/MPOG

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

Dentro da concepção original que provém das iniciativas de Reforma do Estado na década de 1990, esse requisito deveria ser atendido mediante servidores da carreira do Ciclo de Gestão, sobretudo do Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental, que atualmente se distribuem por todos os ministérios. Contudo, há uma lacuna grande no que se refere ao conhecimento especializado no campo das disciplinas da saúde pública (incluindo a epidemiologia). Neste campo, no nosso entendimento, são requeridos profissionais de carreira com um perfil de funções técnicas abrangentes, como as que antigamente eram exercidas pelo sanitarista.

### **B) Fundação Nacional de Saúde (FUNASA)**

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

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

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

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

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

trabalhadores, mas ainda falta muito para alcançar a adequação do conjunto dos trabalhadores antigos às novas atividades prioritárias requeridas da FUNASA.

### **C) Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)**

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

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

#### **Pessoal da Fundação Oswaldo Cruz por Tipo de Vínculo, 2005**

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

Fonte: DIREH/FIOCRUZ

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

A expectativa existente por parte da direção da FIOCRUZ é que a nova carreira e os próximos concursos venham a responder às necessidades supridas pelos mecanismos informais. Mas há de se considerar, no entanto, que uma parte substantiva dos cooperados e

terceirizados exercem funções de apoio e de serviços gerais cujas demandas dificilmente serão atendidas pelos cargos de nível médio dessas carreiras, que se voltam mais para as funções técnicas e administrativas.

#### **D) Hospitais Próprios**

Dos hospitais administrados pelo Ministério da Saúde, os de maior porte se localizam no Rio de Janeiro. Atualmente, são 5 unidades: Instituto Nacional do Câncer (Hospital do Câncer), Hospital Geral de Bonsucesso (HGB), Instituto Nacional de Traumatologia-Ortopedia (Instituto), Instituto Nacional de Cardiologia de Laranjeiras (INCL) e Hospital Geral do Servidor do Rio de Janeiro (HSE). A Fundação Oswaldo Cruz mantém também no Rio de Janeiro dois hospitais especializados, o Hospital Evandro Chagas (de doenças infecciosas) e o Instituto Fernandes Filgueiras (de pediatria). Em outras unidades da federação, existem diversos estabelecimentos com regime de internação. Alguns são de fato hospitais gerais e especializados, outros são unidades mistas, cujos serviços consistem basicamente de atendimento ambulatorial, mas dispõem de um reduzido número de leitos de internação.

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

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

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

UF	Nível superior	Nível técnico/auxiliar	Qualificação elementar	Administrativo	Total
Rondônia	6	10	0	51	67
Amazonas	33	30	86	56	205
Roraima	22	50	0	29	101
Pará	341	331	0	357	1.029
Maranhão	508	357	13	562	1.440
Ceará	34	21	0	57	112
Rio Grande do Norte	118	179	1	137	435
Pernambuco	643	512	56	491	1.702
Minas Gerais	7	24	4	10	45
Espírito Santo	473	573	23	324	1.393
Rio de Janeiro	5.295	3.856	471	3.976	13.598
Rio Grande do Sul	365	442	26	249	1.082
Distrito Federal	445	558	0	838	1.841
<b>Total</b>	<b>8.290</b>	<b>6.943</b>	<b>680</b>	<b>7.137</b>	<b>23.050</b>

Fonte: AMS/IBGE

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

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

Vínculo	Número	Percentual
Ministério da Saúde	1.698	66,6
Outros Órgãos Públicos	52	2,0
Mediação de FT	799	31,3
<b>Total</b>	<b>2.549</b>	<b>100</b>

Fonte: HGB, Relatório de Gestão, 2003

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

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

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

A continuidade do exercício da macro-função de assistência médico-hospitalar pela administração federal constitui ponto particularmente polêmico na organização do SUS. A Lei Orgânica não menciona que esse papel assistencial tenha qualquer relevância dentro da lógica organizacional do sistema. Com efeito, há única referência na lei a esse respeito, restrita ao papel de referência dos hospitais da Fundação Nacional das Pioneiras Sociais e do Instituto Nacional do Câncer, no artigo 41: *As ações desenvolvidas pela Fundação das Pioneiras Sociais e pelo Instituto Nacional do Câncer, supervisionadas pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), permanecerão como referencial de prestação de serviços, formação de recursos humanos e para transferência de tecnologia.* Em princípio, não há razão legal para que os demais hospitais especializados e, sobretudo, os de atendimento geral, continuem na esfera federal. A perpetuação desse vínculo administrativo, a partir da descentralização do SUS na década de 1990, só se justifica, em diversos casos, pela falta de alternativas políticas e financeiras para sua transferência à alçada estadual ou municipal. Outra questão importante é a forma de gestão dos hospitais, que continua com pouca autonomia financeira e administrativa. A transformação dos hospitais públicos em organizações sociais, tal como cogitado na segunda metade dos anos 1990, sob o influxo doutrinário e legal da Reforma Administrativa do Estado, é uma idéia que não prosperou, tendo encontrado fortes resistências políticas. Diante desse tipo de impasse, o Governo Federal viu-se obrigado a tomar a única ação sensata - repor diretamente o pessoal necessário, através do concurso público, para garantir a operação, em condições mínimas, desses estabelecimentos.

## **E) As Duas Agências**

A ANVISA e a ANS são muito distintas do ponto de vista de uma história institucional, embora estejam igualadas na condição de autarquias especiais que regulam sistemas nacionais afetos ao campo da saúde. A ANS, criada em 2000, veio a ocupar um perfil inédito de funções no âmbito do Ministério da Saúde, dado que anteriormente a atribuição de regulação do setor suplementar de saúde cabia ao Ministério da Fazenda, através da Superintendência de Seguros Privados (SUSEP). A ANVISA, por outro lado, tem um antigo precedente histórico no Ministério da Saúde e muitas de suas atribuições atuais já eram exercidas por um departamento especial desse ministério, com ramificações que se espalhavam por todo o território nacional. Por isto, parte dos atuais quadros de pessoal da

ANVISA são remanescentes do ministério e foram lotados na nova agência quando de sua criação em 1999. Em contrapartida, a ANS enfrentou desde o início o desafio de encontrar pessoal qualificado para uma área de política pública onde praticamente não havia acumulação de conhecimentos, pelo menos no âmbito do setor público de saúde.

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

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

#### **4. Observações Finais**

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

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

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

**Composição adequada entre nível superior e nível técnico/intermediário.** Os avanços na tecnologia da informação e algumas teorias gerenciais podem dar a falsa idéia de que cada vez menos se necessita de trabalhadores de nível médio na administração pública. Deve ser dito que essa concepção não está inteiramente correta quando se tem em vista as necessidades de determinados setores do Estado que não exercem apenas funções

gerenciais ou de coordenação. No caso dos setores da saúde, verifica-se que a pesquisa laboratorial, a produção de medicamentos e de vacinas, bem como a prestação de serviços de saúde em hospitais e ambulatórios apresentam uma demanda considerável por trabalhadores de nível técnico e intermediário. Ou seja, nesses setores “produtivos” eles participam de uma divisão técnica do trabalho de tipo hierárquico, que é vital para garantir a qualidade e a produtividade das ações. Este é o exemplo que vem sendo dado pela FIOCRUZ, que apresenta uma composição relativamente alta desses trabalhadores em seus quadros, os quais desfrutam de um destaque correspondente em termos de possibilidades de carreira. Mas esta diretriz também se aplica a setores que usam mecanismos de fiscalização direta de ambientes, bens e serviços, como os que são peculiares às ações da ANVISA. O mesmo pode ser dito das ações de saúde pública com ampla difusão territorial e desconcentração populacional, que são características da atuação da FUNASA em relação ao subsistema de saúde indígena.

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

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