



Universidade de Brasília - UnB
Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares - CEAM
Núcleo de Estudos de Saúde Pública - NESP
Programa de Políticas de Recursos Humanos de Saúde - POLRHS

Subsídios para o Plano de Reordenamento dos Recursos Humanos no âmbito do Ministério da Saúde

Pessoal do Ministério da Saúde Cedido a Outras Instâncias do SUS¹

RELATÓRIO

Brasília-DF
Novembro/2004

¹ Este texto 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.

Introdução

O processo de ampla descentralização das responsabilidades de gestão e da prestação de serviços, que deu origem ao Sistema Único de Saúde (SUS), na primeira metade da década de 90, fez-se acompanhar da transferência de um quadro significativo de servidores do Ministério da Saúde para as unidades de saúde e para a burocracia das secretarias estaduais e municipais de saúde. Aproximadamente 60 mil funcionários passaram à condição de “cedidos ao SUS”, muitos deles acompanhando os hospitais e os ambulatórios do antigo Inamps e do Ministério da Saúde que foram descentralizados para essas secretarias. Sendo mantidos com ônus total para a administração federal, esses servidores constituíam uma das contrapartidas asseguradas pelo governo federal diante do aumento de responsabilidade dos estados e municípios na prestação de serviços de saúde. Assim, o gestor federal assumia não só o compromisso de custear as ações de saúde, mas também de continuar a arcar com a remuneração desse contingente de pessoal “descentralizado”. Esse tipo de entendimento — que pode ser visto como um exemplo setorial de pacto federativo — esteve na origem do SUS e viabilizou, em última instância, o desmonte da gigantesca máquina assistencial e burocrática do antigo Inamps.

Contudo, na segunda metade da década de 90, ocorreu um fenômeno não previsto nesse entendimento: os servidores “cedidos ao SUS” começaram a se aposentar em grande número. O processo de aposentadoria desse grupo de servidores gerou uma compreensível expectativa junto aos gestores estaduais e municipais de que caberia ao governo federal tomar a iniciativa de compensar as perdas ocorridas. Assim é que, em reuniões recentes promovidas tanto pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) quanto pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), a questão da aposentadoria do “pessoal cedido ao SUS” tem sido realçada como uma das mais prementes na área de recursos humanos. O Ministério da Saúde, por sua vez, a despeito de haver realizado avaliações diversas sobre a magnitude do problema, por meio da sua Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS (CGDRH/SUS), ainda não havia emitido, até fevereiro de 2000, uma posição cabal e de cunho político sobre o assunto.

Neste trabalho, pretendemos fornecer subsídios técnicos para a discussão e eventual resolução desse problema, com particular atenção a princípios que possam orientar a atuação do Ministério da Saúde na indispensável negociação com os demais gestores do SUS. As hipóteses e sugestões que pretendemos discutir são as seguintes:

- Está em curso um processo de aposentadoria progressiva de pessoal cedido do Ministério da Saúde, que teve início por volta de 1995.

- Diante da situação que este fato cria na oferta de força de trabalho para o SUS, é possível atualizar os termos do pacto da descentralização, reexaminando as obrigações de cada esfera de governo e tendo em conta as políticas mais relevantes para o SUS.
- Esta repactuação representa uma oportunidade preciosa para estabelecer um plano consistente de incentivo à produtividade e à qualidade dos recursos humanos para o SUS.

Na parte inicial do trabalho, recapitulamos os elementos gerais constitutivos do pacto de descentralização, com o intuito de situar o componente de recursos humanos nesse contexto. Em seguida, realizamos uma avaliação das dimensões de disponibilidade dos servidores do Ministério da Saúde e da administração federal, na relação entre ativos e aposentados e de gastos com ambos. Por último, discutimos algumas alternativas de solução para a questão dos “cedidos ao SUS”.

Cabe-nos observar que, por questões que aduziremos posteriormente, não consideramos apropriada a denominação “cedidos ao SUS” aplicada a esses servidores e propomos uma nomenclatura alternativa. No entanto, como essa tornou-se uma denominação usual, será aqui utilizada de forma preliminar.

Segundo definem Gomes e Mac Dowell (2000, p. 8), a descentralização política é um processo que “envolve a redistribuição de poder — e, portanto, de prerrogativas, recursos e responsabilidades — do governo para a sociedade civil, da União para os estados e municípios, e do Executivo para o Legislativo e o Judiciário”. A descentralização que deu origem ao SUS pode ser descrita, nesses termos, como a resultante de três movimentos político-institucionais de redistribuição de poder que se reforçam mutuamente:

- a) uma crescente autonomia administrativo-financeira dos gestores estaduais e municipais no gerenciamento dos recursos do SUS;
- b) uma redefinição escalonada das atribuições dos três níveis de governo no que se refere a responsabilidades de prestação de serviços, regulação e supervisão do sistema; e
- c) uma redistribuição de recursos físicos e humanos, envolvendo o repasse de hospitais e outras unidades de saúde, pertencentes ao Ministério da Saúde e às secretarias de saúde, para as alçadas estadual e municipal, mas, de preferência, para esta última.

Quanto ao movimento referido por último, que ocorreu de forma mais ou menos concomitante com os demais, é necessário observar que se constituiu numa espécie de garantia

de que as funções ampliadas de prestação de serviços, na base do sistema, estariam respaldadas não só por fontes federais de custeio, mas também por recursos humanos transferidos e com as unidades de saúde descentralizadas. É conveniente descrever esses três movimentos como parte de um processo de pactuação entre entes federados, em que a um aumento da carga de responsabilidades e funções dos estados e municípios correspondeu um aporte de recursos físicos, humanos e financeiros pelo governo federal.

O processo de descentralização política do sistema de saúde brasileiro tem início em 1987, quando, por iniciativa do antigo Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e do seu órgão subordinado, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), foram instituídos os Sistemas Únicos e Descentralizados de Saúde (Suds) nos estados, que tinham por base uma gestão unificada de recursos em cada unidade federada por intermédio das secretarias estaduais de saúde. Por volta de 1985, o Inamps dispunha de uma rede própria, formada por 614 postos de assistência médica e 41 hospitais, de complexidade variada. Como não podia deixar de ser, essas unidades, ao serem transferidas para a alçada dos poderes estaduais e municipais, carregaram consigo o pessoal nelas lotado. Segundo Hésio Cordeiro, presidente do Inamps no período 1985/88, “estabeleceu-se que o pessoal efetivo pertencente ao quadro do Inamps poderia ser cedido às entidades gestoras (estaduais ou municipais), tanto para as unidades assistenciais como para as áreas administrativas. Todo o pessoal cedido foi submetido à gestão do Suds, com todos os seus direitos e deveres garantidos” [Cordeiro (1991, p. 97)].

Conforme observa Mendes (1996, p. 66), a “desconstrução” do Inamps constitui um exemplo emblemático de uma reforma do aparelho do Estado num setor específico e “transferiu da União para estados e municípios, e dos estados para os municípios, atribuições, pessoal, equipamentos e prédios, num esforço inaudito de descentralização”. Adaptando algumas sugestões desse autor, podemos dizer que se criava então, pelo desmonte dessa máquina centralista e burocrática, um “federalismo participativo” no sistema de saúde. Esse tipo de relacionamento entre entes federados caracteriza-se pelo fato de que a União ainda mantém parte substancial do poder decisório sobre normas e recursos, mas transfere para estados e municípios a execução de ações e lhes confere uma relativa autonomia de gestão local, embora esse seja um processo marcado por múltiplas pendências, próprias de um conflito distributivo fortemente politizado, e que passa por conjunturas variadas.

No final dos anos 80, a questão criada com a maciça cessão de pessoal foi considerada

por Cordeiro (1991, p. 129) como “a mais tormentosa” entre os problemas gerenciais com que tiveram de se defrontar os Suds dos estados. Cordeiro identifica as razões desse tormento nas múltiplas dificuldades legais e financeiras existentes para estabelecer o que então se considerava um desiderato da gestão de pessoal: a equiparação salarial (ou isonomia) entre efetivos e cedidos em cada esfera de governo. Os requisitos legais para esse amplo processo de transferência de poder de posse e de mando entre esferas de governo foram estabelecidos pelo decreto presidencial 95.861, de 22/3/88. Esse decreto previa que os convênios a serem realizados com os estados e municípios poderiam contemplar “a prestação de serviços pelos servidores efetivos pertencentes ao Quadro ou Tabela Permanente do Inamps, lotados nas unidades”, devendo tais servidores ser “submetidos à administração das entidades gestoras, assegurados os direitos e deveres decorrentes das normas federais”.

A mobilização em torno da construção do SUS, articulada com outros movimentos sociais e políticos que caracterizaram o período pós-militar [Fleury (1989, p. 17 e ss.)], teve por objetivo ampliar a democratização e controle social do sistema de saúde e, por isso, o município era entendido como o *locus* privilegiado para essa conquista social da cidadania. Com efeito, o SUS, emergindo de tais movimentos intensificados durante a fase constituinte, é uma proposta bem mais consentânea com o cunho municipalista, que, como sublinham Gomes e Mac Dowell (2000), foi conferido pela Constituição de 1988 ao federalismo brasileiro. A descentralização no SUS é marcada pelo forte papel desempenhado pelos municípios e, em grande parte, veio a ser tomada como sinônimo de municipalização. Mas, curiosamente, a Lei Orgânica da Saúde (Leis 8.080, de 19/9/1990, e 8.142, de 28/12/1990), que regulamenta o SUS, não chegou a estabelecer qualquer elemento normativo adicional ao que estava previsto no mencionado decreto-lei do Suds.

Seguindo a mesma tendência do Inamps, o Ministério da Saúde também descentralizou parte de suas unidades para os estados e municípios. Eram hospitais constituídos tradicionalmente por unidades especializadas na assistência de saúde pública e de enfermidades crônicas, dedicados ao tratamento de pacientes portadores de problemas de saúde mental, hanseníase, tuberculose etc. Previamente a seu repasse à administração dos estados e municípios, tiveram de ser submetidos a reformas estrutural e funcional, o que implicou, em alguns casos, sua transformação em hospitais gerais.

A Tabela A1 do Anexo apresenta uma lista dos hospitais descentralizados do Ministério da Saúde em 1998, o que inclui, portanto, unidades que pertenceram tanto ao antigo Inamps

quanto ao antigo Ministério da Saúde. Os hospitais aparecem discriminados conforme sejam administrados atualmente por uma secretaria estadual (SES) ou por uma secretaria municipal (SMS).

Para examinar a situação atual da distribuição dos servidores federais cedidos, propomos uma correção terminológica. Consideramos que as denominações “cedidos ao SUS” e “pertencentes ao SUS” são remanescentes do período, já superado, do Suds e inadequadas à concepção atual do sistema de saúde. Com efeito, pela lógica institucional prevalecente nos anos 80, o Inamps, em seu esforço de descentralização, permanecia como entidade federal distinta do Suds, que tinha uma constituição específica em cada estado. Portanto, “cedidos ao Suds” era uma expressão que então fazia sentido. Mas, considerando que surgiu um novo gestor federal nos anos 90, devido à fusão do Inamps com o Ministério da Saúde — e que constitui legitimamente uma parte do SUS —, a expressão homóloga “cedidos ao SUS” não é mais apropriada a este contexto político-institucional. Propomos aqui que os servidores, ativos e inativos, sejam distinguidos segundo sua lotação em unidades do Ministério da Saúde ou das SES e SMS. Essa questão, portanto, será analisada com referência à variável *posição no SUS*, que pode tomar dois valores: *posição MS* e *posição SES/SMS*. Evidentemente, todo pessoal lotado em hospitais próprios enquadra-se na posição MS, enquanto todo pessoal lotado nos hospitais descentralizados pertence à posição SES/SMS.

PROPOSTAS ALTERNATIVAS: REPOSIÇÃO OU REPACTUAÇÃO?

O Ministério da Saúde, diante do problema analisado, tem diversas opções de conduta política, que pretendemos comentar a seguir, detendo-nos na proposta de nossa escolha, que se fundamenta numa repactuação sobre as responsabilidades atuais de cada ente federativo do SUS.

- *Considerar que as lacunas na força de trabalho geradas por essas aposentadorias é algo que deva ser resolvido por cada gestor do SUS. O pressuposto é de que os termos do pacto anterior estendem-se à responsabilidade de cada gestor na preservação da utilidade de cada tipo de recurso, seja ele de natureza material ou humana. Esse raciocínio se aplicaria a todas as necessidades de preservação do patrimônio físico transferido ao longo do processo de descentralização. O argumento tomaria a seguinte forma. *No que se refere aos recursos humanos, o governo federal cumpriu sua parte no pacto, tendo garantido todos os direitos desses servidores enquanto estavam na vida funcional ativa, do mesmo modo que agora garante outro direito, que é o pagamento de inativos e pensionistas. Portanto, não poderia ser duplamente onerado: de um lado, pelos inativos e ativos na**

posição SES/SMS; de outro, por um eventual apoio que desse para satisfazer necessidades de reposição dos servidores que passaram para a inatividade. Caso fosse adotada essa atitude, o problema criado seria de ordem política — é que existe uma grande expectativa por parte dos gestores estaduais e municipais em relação a uma medida “compensatória” que o Ministério da Saúde venha a tomar quanto a essa questão. Portanto, essa atitude seria certamente recebida como uma omissão intencional, com conseqüências previsíveis para a execução de certas prioridades programáticas do SUS que dependem de um bom nível de entendimento entre os gestores das três esferas de governo.

- *Selecionar profissionais por concurso público a fim de cedê-los às secretarias de saúde, conforme suas necessidades.* A contradição que esta proposta encerra é muito evidente, na medida em que perpetuaria a situação esdrúxula atual, que só se justifica por ser excepcional e transitória. Repetir o processo de cessão de funcionários federais para a administração estadual ou municipal não faz sentido, porque contradiz o objetivo de longo prazo da descentralização, qual seja, de criar condições locais auto-sustentáveis para dar cobertura integral à demanda da população por serviços de saúde. Em síntese, equivaleria a manter o pacto de descentralização com seus termos “congelados” no tempo. Por certo, essa proposição não encontra guarida em qualquer dos atores importantes que participam atualmente do cenário de cogestão governamental do SUS.
- *Instituir um subsídio específico para garantir continuidade das funções que eram exercidas pelo pessoal aposentado.* Esta medida pressupõe que todo o pessoal aposentado exerça funções de grande relevância, requerendo por isso uma reposição ampla e indiscriminada. Várias objeções podem ser levantadas contra essa proposta. Em primeiro lugar, é preciso considerar que tanto os cargos administrativos quanto os de assistência que ficaram vagos com a aposentadoria do pessoal na posição SES/SMS talvez em sua maior parte não correspondam a funções vitais ou relevantes, pela ótica das políticas válidas no contexto atual do SUS. Por outro lado, o subsídio automático atua reforçando as desigualdades de distribuição, beneficiando certas unidades da Federação que acumularam historicamente serviços federais. Portanto, não endossaria as prioridades atuais do sistema e não estaria investido de uma preocupação com a equidade. Mas, mesmo admitindo que pudesse ser direcionado segundo alguns critérios, tal subsídio é passível da mesma objeção que se aplica à alternativa anterior, ou seja, perpetua uma dependência em relação ao gestor federal para a realização de funções cuja

sustentabilidade e flexibilidade devem ser garantidas pelo gestor local. Qualquer subsídio para contratação tem a desvantagem de engessar compromissos com funções que são modificáveis por necessidades variáveis, e com servidores que deveriam estar disponíveis para uma eventual realocação; em síntese, o subsídio engessa os mecanismos de gestão de pessoal. Por fim, cabe dizer que a reposição automática ou seletiva de pessoal nos hospitais e centros de saúde das secretarias, mediante subsídios, considera invariáveis as prioridades políticas, técnicas e institucionais que foram próprias do início da descentralização mas que, no contexto atual, perderam força diante da emergência de outros problemas e objetivos estratégicos para o sistema.

- *Instituir um plano nacional de incentivo à produtividade e à qualidade dos recursos humanos do SUS.* Esta proposta parte da idéia de que o processo de descentralização de responsabilidades e desconcentração de recursos infraestruturais já se encontra relativamente consolidado, carecendo o SUS de reforços institucionais que o aperfeiçoem nos aspectos de produtividade, eficiência e qualidade. Trata-se, então, de difundir, com apoio de recursos federais, mecanismos de naturezas financeira e organizacional que sirvam de estímulo à dedicação ao trabalho, ao desempenho segundo metas preestabelecidas e ao compromisso com os clientes, especialmente em áreas que exercem uma função estratégica no sistema. Portanto, embora o pessoal na posição SES/SMS possa ser contemplado por esses mecanismos, desde que justificado segundo critérios a serem detalhados em momento adequado, esse plano seria definido por um escopo amplo e exigiria a elaboração de projetos específicos pelos gestores estaduais e municipais. Esta proposta, por conseguinte, não tem a intenção de representar uma solução cabal para o problema da necessidade de força de trabalho criada pela aposentadoria, na medida em que seu objetivo não consiste numa reposição de pessoal, mas, sim, numa repactuação entre os gestores das três esferas de governo sobre as prioridades atuais. Essas prioridades não se referem somente às condições básicas da descentralização, mas também, e com destaque, às formas e aos resultados alcançados pela operação do SUS. A justificativa e os contornos gerais do plano são detalhados na parte final deste trabalho.

Repetimos aqui as principais objeções que podem ser apresentadas contra a idéia de uma reposição simples ou automática do pessoal aposentado na posição SES/SMS: *a)* mantém intatos os termos de um pacto que, para ser válido, precisa julgar as necessidades do sistema em cada momento de seu desenvolvimento; *b)* pode reconcentrar responsabilidades e recursos numa área de gestão (recursos humanos) que precisa de grande flexibilidade e adaptabilidade local; *c)* pode

implicar vincular repasses federais a funções específicas descentralizadas, agindo contra a lógica recente da gestão do sistema, que é a de tendência crescente ao repasse global; e *d*) pode privilegiar pessoal e funções que deixaram de ser relevantes nos últimos 10 anos.

No exame que fizemos sobre as alternativas de solução para o problema da aposentadoria dos servidores federais na posição SES/SMS, procuramos mostrar que a eventual reposição desse pessoal não pode ser considerada uma responsabilidade atual do Ministério da Saúde. Mas esse ministério tem, por outro lado, uma responsabilidade historicamente contraída com o problema, e, portanto, deveria ativamente buscar uma solução política diante das demandas dos gestores estaduais e municipais. No nosso modo de entender, essa solução política precisa passar por um filtro que redefina, de maneira pactuada, quais as áreas e os objetivos prioritários de atuação dos recursos humanos do SUS. Nesse sentido, não se pode descartar *a priori* a possibilidade de que alguns desses objetivos estejam sendo cumpridos por uma parte do pessoal que se encontra na posição SES/SMS.

O incentivo à produtividade e à qualidade, como uma modalidade de intervenção na gestão de pessoal do SUS e na gerência dos seus serviços de saúde, é justificável, com base nos seguintes argumentos: *a*) dirige-se às áreas e ações prioritárias; *b*) pode ser diversificado de modo a alcançar objetivos amplos de desempenho e qualificação dos recursos humanos; *c*) pode ser concedido, para algumas situações, em conformidade com metas preestabelecidas de desempenho individual e coletivo; *d*) obedece a etapas e prazos determinados de vigência — não se perenizando, portanto, como uma espécie de “vantagem” do servidor; *e*) os recursos de que necessita podem ser administrados de forma flexível pelo gestor local, de tal modo que uma avaliação dos resultados alcançados numa etapa inicial possa indicar o rumo de uma mudança de método e de abrangência; e *f*) não cria uma vinculação obrigatória entre disponibilidade de recursos e remuneração de pessoal.

Não vemos necessidade de prescrever, neste ponto incipiente da discussão, as formas concretas que deverão tomar tais incentivos à produtividade e à qualidade. Com efeito, há necessidade de um estudo que avalie, entre outros, os aspectos administrativos e jurídicos da questão. De todo modo, um passo importante consiste em determinar quais as funções relevantes, desenvolvidas pelo pessoal na posição SES/SMS, que deveriam receber incentivo. Em princípio, deveriam ser valorizados os profissionais que desempenham função de atenção à saúde, sejam especialistas ou generalistas. Neste caso, o incentivo cumpre dois papéis: *a*) servir de estímulo para retardar a opção pela aposentadoria; e *b*) ser móvel de um compromisso com a

produtividade, a dedicação e a qualidade dos serviços.

Assim é que a lógica do Plano Nacional de Incentivo à Produtividade e Qualidade dos Recursos assemelha-se à do Programa Reforsus. Esse programa, ao propor um financiamento da reforma e melhoria física das unidades de saúde, não beneficiou apenas as unidades descentralizadas, mas todas as que foram consideradas como detentoras de um papel vital na rede local do SUS. Assim, o Plano de Incentivo traduz um compromisso não com a manutenção da utilidade da força de trabalho de um grupo de servidores em particular, mas com o direcionamento do trabalho de grupos “vitais” de recursos humanos do SUS, de modo a favorecer o alcance de determinadas metas ou prioridades das políticas de saúde. As áreas de relevância para aplicação dos incentivos deverão ser avaliadas em conjunto pelos gestores, mas, por certo, constituem candidatas naturais, de acordo com as políticas atuais, o Programa de Saúde da Família e a vigilância sanitária.

Em nosso entendimento, há três etapas estratégicas que devem ser cumpridas para dar materialidade político-institucional e financeira ao Plano Nacional de Incentivo à Produtividade e Qualidade dos Recursos Humanos do SUS. Em primeiro lugar, a aprovação de um plano nacional de diretrizes, pelos representantes das três esferas de governo que participam da comissão tripartite de gestores do SUS, ditando critérios, procedimentos, metas e recursos gerais, e incluindo uma previsão de contrapartida de recursos dos estados e municípios. Em segundo lugar, a criação de um fundo de incentivo de recursos humanos, como parte integrante do Fundo Nacional de Saúde, contendo recursos “novos”, ou seja, provenientes quer da PEC 82-C, de uma nova fração da CPMF, ou de empréstimo externo. Em terceiro lugar, a elaboração de projetos estaduais, contendo metas e formas de aplicação dos incentivos no âmbito de cada unidade federada, a serem aprovados pelas comissões bipartites de gestores do SUS. Por intermédio desse arranjo institucional de pactuação, os projetos estaduais obedeceriam a prioridades e parâmetros de recursos fixados pelo Plano Nacional de Diretrizes, o que reforçaria a função de regulação em política de recursos humanos que deve ser exercida pelas secretarias estaduais de saúde e dispensaria uma tramitação centralizada desses projetos junto ao Ministério da Saúde.

Para finalizar, queremos sublinhar que, se foi possível mobilizar interesses políticos a fim de que, no momento histórico oportuno, houvesse um movimento vigoroso de desconcentração de recursos humanos, que acompanhou *pari passu* o caminhar da transferência de poder político-institucional de gestão no SUS, hoje um movimento similar tem outro objetivo, que é o de fortalecer a descentralização não na sua dimensão quantitativa mas na sua dimensão qualitativa,

ou seja, de produtividade, eficiência, dedicação dos profissionais e satisfação dos clientes. O Plano de Incentivo, que se apoiaria nas demandas suscitadas pela questão das aposentadorias dos servidores federais, cumpriria, assim, um papel estratégico similar ao pacto da descentralização, numa conjuntura nova do “federalismo participativo” que ainda caracteriza o SUS.

ANEXO

Tabela A1

Hospitais Descentralizados do Ministério da Saúde - 1998

Bahia

SUS/SMS - Hospital Manoel Vitorino Hospital Ana Nery

Ceará

SUS/SES - Hospital Geral de Fortaleza SUS/SES - Hospital de Messejana

Distrito Federal

SUS/Federal - Hospital Universitário de Brasília

Goiás

SUS/SES - Hospital Geral de Goiânia

Maranhão

SUS/SES - Hospital Presidente Dutra SUS/SES - Hospital-Maternidade Infantil Camboa

Minas Gerais

SUS/SES - Hospital Alberto Cavalcanti SUS/SES - Hospital Julia Kubitschek

SUS/SES - Maternidade Odete Valades SUS/SES - Hospital Galba Veloso

Paraíba

SUS/SES - Hospital Alcides Carneiro SUS/SES - Hospital Infantil João Pessoa

SUS/SMS - Hospital-Maternidade João Pessoa

Pernambuco

SUS/SES - Hospital Agamenon Magalhães SUS/SES - Hospital Getúlio Vargas

SUS/SES - Hospital Barão de Lucena

Rio de Janeiro

SUS-SMS - Hospital-Maternidade Nova Friburgo SUS-SMS - Hospital Sanatório Alcides

Carneiro SUS-SMS - Hospital Orêncio de Freitas SUS-SMS - Hospital-Maternidade Praça XV

SUS-SMS - Hospital-Maternidade Carmela Dutra SUS-SMS - Hospital-Maternidade Alexander

Fleming SUS-SMS - Colônia Juliano Moreira

Rio Grande do Sul

SUS/SES - Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas Hospital Presidente Vargas

São Paulo

SUS/SMS - Hospital Brigadeiro SUS/SES - Hospital de Heliópolis SUS/SMS - Hospital-

Maternidade Leonor Mendes Barros SUS/SMS - Hospital Infantil Darcy Vargas

BIBLIOGRAFIA

BARROS, M. E., PIOLA, S. F., VIANNA, S. M. *Política de saúde no Brasil: diagnóstico e perspectivas*. Brasília: IPEA, 1996 (Texto para Discussão, 401).

BELTRÃO, R. E. V., ABRUCIO, F. L., LOUREIRO, M. R. Reforma da burocracia pública e federalismo no Brasil: a experiência do programa de demissão voluntária nos governos estaduais. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, n. 32b, p. 113-144, nov./dez. 1998.

CORDEIRO, H. *Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: Ayuri Editorial/Abrasco, 1991.

FLEURY, S. F. Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária. In: FLEURY, S. F. (org.). *Reforma sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez Editorial/Abrasco, 1989.

GOMES, G. M., MAC DOWELL, C. M. *Descentralização política, federalismo fiscal e criação de municípios: o que é mau para o econômico nem sempre é bom para o social*. Brasília: IPEA, 2000 (Texto para Discussão, 706).

MENDES, E. V. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996.

PIOLA, S. F., RIBEIRO, J. A. C., REIS, C. O. O. *Financiamento da saúde: o que mudou com a CPMF*. Apresentado no V Encontro de Economia da Saúde da Abres. Salvador, 29 e 30 de novembro de 1999.