

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“Análise do quadro de trabalhadores do Ministério da Saúde e entidades vinculadas nos anos 2000”

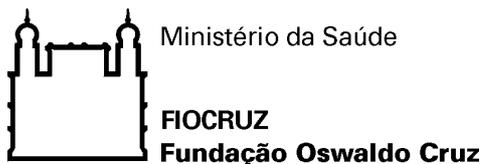
por

Luciane Galdino Alberto

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Cristiani Vieira Machado

Rio de Janeiro, março de 2010.



Esta dissertação, intitulada

“Análise do quadro de trabalhadores do Ministério da Saúde e entidades vinculadas nos anos 2000”

apresentada por

Luciane Galdino Alberto

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Celia Regina Pierantoni

Prof.^a Dr.^a Maria Inês Carsalade Martins

Prof.^a Dr.^a Cristiani Vieira Machado – Orientadora

Dissertação defendida e aprovada em 31 de março de 2010.

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

A334 Alberto, Luciane Galdino
Análise do quadro de trabalhadores do Ministério da Saúde e entidades vinculadas nos anos 2000. / Luciane Galdino Alberto. Rio de Janeiro: s.n., 2010.
165 f., tab., graf.

Orientador: Machado, Cristiani Vieira
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010

1. Política de Saúde. 2. Estado. 3. Setor Público - recursos humanos. 4. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 5. Saúde Suplementar. 6. Institutos Governamentais de Pesquisa. 7. Recursos Humanos em Saúde. I. Título.

CDD - 22.ed. – 658.3

Para Luiz e Lucas, as duas razões de minha perseverança nesta trajetória.

Agradecimentos

Quando resolvi fazer o mestrado não sabia o que me esperava. No início foram momentos de descoberta e ansiedade, quando conheci minha orientadora Cristiani, peça-chave deste processo, quem sempre me auxiliou com muita paciência e informações essenciais. Naquela época não tinha idéia do presente que me foi dado, do quão profissional e renomada ela era. Sem sua ajuda eu não teria conseguido.

O período das disciplinas foi muito difícil, pois a carga de leitura era muito grande e precisei conciliá-la com o trabalho e a família. Apesar disso, foi muito gratificante conhecer os novos amigos que também estavam iniciando o mestrado em políticas públicas e, especialmente, Nilson do Rosário, coordenador, na época, desta subárea, pessoa que me deu a oportunidade de iniciar esse desafio.

Nas disciplinas, pude aprender com todos os professores e receber contribuições valiosas das professoras Tatiana e Luciana, que trabalham no Departamento de Planejamento, juntamente com Cristiani. Sempre fico me perguntando “como elas conseguem dar conta de tudo?”. Agradeço também a Rodrigo Benevides, que me forneceu a tabela de correção da inflação, possibilitando, desta forma, o cálculo dos gastos financeiros com pessoal ativo do Ministério da Saúde.

As professoras Célia Pierantoni e Maria Inês aceitaram de pronto fazer parte de minha banca de qualificação e de minha defesa. Elas acompanharam a evolução de minha trajetória e contribuíram com inúmeras sugestões para melhoria da dissertação. Não tenho como agradecer-lhes o tempo, o carinho e o profissionalismo dispensados.

Este trabalho de Mestrado está inserido no projeto “A política de saúde no Governo Lula: continuidades e mudanças na condução nacional do Sistema Único de Saúde”, que conta com o financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico-CNPq. Assim, o desenvolvimento da investigação foi favorecido pela minha participação e discussões valiosas ocorridas nas reuniões do grupo de pesquisa.

No período de coleta de dados, pude contar com Carlos Alberto Lima e Ceres Albuquerque da ANS; Juliano Lima, Diretor de Recursos Humanos da Fiocruz, e sua equipe do Serviço de Informática; e Elzira Santo e Heloisa Marcolino, da Coordenação Geral de Recursos Humanos do Ministério da Saúde. Todos foram muito atenciosos e fundamentais para a obtenção dos dados e desenvolvimento da dissertação.

Também contei com o apoio de meus amigos de trabalho Alex, Andréa, Marcos, Rosângela e Vinícius, com especial agradecimento a Josy, que ficou diretamente atuando em minhas funções.

Na ENSP, pude superar minhas limitações, principalmente quanto à escrita da dissertação, que envolveu muitos momentos de angústia e desânimo, amenizados pelo incentivo de meu marido Luiz Cláudio e de minhas amigas Adriana e Mayrilan, que sempre me ajudaram em tudo que me propus a fazer. Adriana foi a maior incentivadora para que eu iniciasse o mestrado e a melhor amiga que eu poderia ter.

Também agradeço a meus pais, Jorge e Terezinha, que sempre me deram condições de estudo, mesmo em situações financeiras adversas, e que durante o mestrado cuidaram do meu filho Lucas para que eu pudesse desenvolver a dissertação.

Ao meu marido, Luiz, e meu filho, Lucas, que são a base de minha vida e ao longo desses dois anos foram sempre pacientes e motivadores deste desafio.

Resumo

Este estudo analisa a situação do quadro de trabalhadores do Ministério da Saúde e entidades vinculadas – Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) – no período de 2000 a 2008, segundo algumas variáveis selecionadas, com destaque para o tipo de vínculo desses trabalhadores. Além da análise da evolução quantitativa da força de trabalho federal em saúde, procurou-se relacionar a situação atual com os condicionantes históricos e as políticas recentes voltadas para o funcionalismo público federal.

O institucionalismo histórico é a principal corrente utilizada como referencial teórico do estudo, por reconhecer a importância do Estado como ator político e valorizar os condicionantes históricos, o papel das instituições e dos atores na conformação das políticas. As estratégias metodológicas utilizadas foram: revisão bibliográfica, análise documental e análise de dados primários e secundários sobre o quadro de trabalhadores federais em geral e na saúde.

Os resultados sugerem que, no período recente, após o início do governo Lula em 2003, houve uma inflexão na tendência de redução do funcionalismo público federal, a qual vinha sendo observada desde os anos 1990, relacionada ao aumento dos concursos públicos para reposição de quadros. Tal movimento não atinge de forma homogênea todas as áreas, sendo que a saúde apresentou um aumento no quadro de servidores ativos inferior à média total do Executivo Federal.

Foram observadas diferenças na situação do quadro de trabalhadores do Ministério da Saúde e entidades vinculadas incluídas no estudo. O nível central do Ministério foi pouco beneficiado com a realização de concursos e o funcionamento de áreas estratégicas do nível central do Ministério permanece dependente de profissionais inseridos como consultores ou por contratos temporários. As agências reguladoras da saúde, criadas no início dos anos 2000, foram beneficiadas com concursos para a contratação de servidores de carreiras específicas, principalmente a partir de 2005, mas ao final do período ainda apresentavam uma quantidade expressiva de trabalhadores com outros tipos de vínculos. Já na FIOCRUZ, observou-se um aumento do número de servidores no período, porém um aumento ainda maior na incorporação de trabalhadores terceirizados.

Por fim, discutem-se os desafios de conformação de uma força de trabalho federal na saúde suficiente, estável e adequada para dar conta das atribuições estratégicas do

Ministério da Saúde e entidades vinculadas, visto que, no Brasil, a esfera federal tem um papel fundamental para a consolidação do Sistema Único de Saúde, mesmo em um contexto de descentralização político-administrativa.

Palavras-chave: política de saúde; Estado e burocracia; funcionalismo federal; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária; Agência Nacional de Saúde Suplementar; Fundação Oswaldo Cruz.

Abstract

This study investigates the staffing of the Brazilian Ministry of Health and associated entities – namely, the National Public Health Surveillance Agency (ANVISA), National Agency for Supplementary Health Care (ANS) and the Oswaldo Cruz Foundation (FIOCRUZ) – during the period from 2000 to 2008, in terms of a selected set of variables, with particular focus on the types of employment relation. As well as an analysis of the quantitative growth of the federal work force in health, the study involved relating the current situation to historical factors and recent policies aimed at the federal civil service.

Historical institutionalism is the main theoretical branch referenced in the study as it recognizes the importance of the State as a political actor and values the historical conditioning factors and the role of the institutions and actors in policy making. The methodological techniques used were a bibliographical review, documental analysis and analysis of primary and secondary data on federal staffing in general and in health care.

The results suggest that since the dawn of the Lula government in 2003, the trend of a shrinking federal civil service observed since the 1990s has been reversed as a result of increased civil service admissions to replenish staffing levels. However, this movement has not affected all the different areas in a uniform manner, and the increase in active public health workers is lower than the average increase of the Federal Executive.

Differences were found in the staffing situations of the Ministry of Health and of the associated entities included in this study. The central office of the Ministry benefitted only slightly from the civil service admission examinations conducted and the operations of strategic areas of the Ministry central office remain dependent on professionals hired as consultants or by temporary contracts. The health regulatory agencies, created in the early 2000s, have benefitted from civil service admission examinations for the admission of specific professions, especially since 2005, but at the end of the period there was still a considerable proportion of workers employed under alternative types of engagement. Meanwhile at FIOCRUZ, although an increase was observed in the number of civil servants in the period, there was an even greater increase in the number of workers employed under other types of contracts.

Finally, a discussion is developed on the challenges involved in forming a federal work force in health which is large enough, stable and adequate to address the strategic

responsibilities of the Ministry of Health and associated entities, bearing in mind that in Brazil the federal governmental sphere plays a fundamental role in consolidating the Unified Health System (SUS), even against the backdrop of political-administrative decentralization.

Keywords: health policy; State and bureaucracy; federal civil service; Ministry of Health; National Public Health Surveillance Agency; National Agency for Supplementary Health Care; Oswaldo Cruz Foundation.

Lista de Quadros, Tabelas e Figuras

QUADROS

Quadro 3.1:	Secretarias e Departamentos do Ministério da Saúde, de 2000 a 2006.....	79
Quadro 3.2:	Entidades vinculadas ao Ministério da Saúde em 2008.....	83
Quadro 4.1:	Áreas de atuações e funções da ANS.....	118
Quadro 5.1:	Unidades da FIOCRUZ no Rio de Janeiro.....	132
Quadro 5.2:	Outros Campi da FIOCRUZ.....	133

TABELAS

Tabela 1.1:	Quantitativo de trabalhadores do Estado no ano de 1941.....	34
Tabela 1.2:	Servidores civis e militares do poder executivo federal, segundo situação de vínculo.....	54
Tabela 2.1:	Quantitativo dos servidores públicos federais civis ativos do poder executivo, da saúde, da educação e total, no período de 2000 a 2008.....	60
Tabela 2.2:	Quantitativo de concursados ingressados no serviço público federal, segundo nível de escolaridade, no período de 1995 a 2008.....	63
Tabela 2.3:	Quantitativo dos servidores públicos federais civis ativos do poder executivo, da saúde, da educação e total, por nível de escolaridade, em 2008.....	64
Tabela 2.4:	Execução orçamentária do Ministério da Saúde com os programas de pessoal ativo e previdência de inativos e pensionistas, em valores ajustados pela inflação (para R\$ de dezembro de 2008), no período de 2002 a 2008.....	66
Tabela 2.5:	Execução orçamentária com pessoal ativo segundo unidades orçamentárias do Ministério da Saúde, em valores ajustados pela inflação (para R\$ de dezembro de 2008), de 2002 a 2008.....	70
Tabela 2.6:	Execução orçamentária com inativos e pensionistas segundo unidades orçamentárias do Ministério da Saúde, em valores ajustados pela inflação (para R\$ de dezembro de 2008), de 2002 a 2008.....	70
Tabela 3.1:	Evolução do quadro de trabalhadores do Ministério da Saúde no período de 2000 a 2008.....	86
Tabela 3.2:	Distribuição dos trabalhadores do núcleo central do Ministério da Saúde em 2007.....	88
Tabela 3.3:	Remuneração Mensal em R(\$) dos trabalhadores do Ministério da Saúde em 2006.....	89
Tabela 3.4:	Distribuição dos trabalhadores do núcleo central do Ministério da Saúde em 2007.....	90
Tabela 4.1:	Evolução do quadro de trabalhadores da ANVISA no período de 2000 a 2008.....	108
Tabela 4.2:	Quantitativo de servidores da ANVISA por tipo de carreira, de 2004 a 2008.....	108
Tabela 4.3:	Distribuição por faixa etária e sexo dos servidores da ANVISA - 2008.....	109
Tabela 4.4:	Demonstrativo de cargos e salários dos servidores da ANVISA - 2008.....	110
Tabela 4.5:	Execução financeira da ANVISA por programa de governo, de 2005 a 2007.....	111

Tabela 4.6:	Evolução do gasto com pessoal ativo da ANVISA, no período de 2002 a 2008.....	111
Tabela 4.7:	Evolução do quadro de trabalhadores da ANS, no período de 2000 a 2008.....	122
Tabela 4.8:	Total de vagas estabelecidas para o quadro efetivo da ANS - 2003.....	123
Tabela 4.9:	Distribuição por faixa etária e sexo dos servidores da ANS - 2008.....	126
Tabela 4.10:	Demonstrativo de cargos e salários dos servidores da ANS - 2008.....	127
Tabela 4.11:	Evolução de gasto com pessoal ativo da ANS, no período de 2000 a 2008.....	127
Tabela 5.1:	Quantitativo do quadro de trabalhadores da FIOCRUZ por Vínculo, de 2000 a 2008.....	135
Tabela 5.2:	Quantitativo de servidores e outros vínculos por unidade da FIOCRUZ, em 2000 e 2008.....	138
Tabela 5.3:	Escolaridade dos servidores da FIOCRUZ, no período de 2000 a 2008.....	140

FIGURAS

Figura 2.1:	Evolução do quantitativo de servidores ativos do executivo federal, da saúde, educação e total de 2000 a 2008.....	59
Figura 2.2:	Evolução dos ingressos por concurso no serviço público federal, de 1995 a 2008.....	62
Figura 2.3:	Distribuição percentual dos servidores federais civis ativos do poder executivo, da educação, saúde e total, por nível de escolaridade, em 2008.....	64
Figura 2.4:	Evolução da execução orçamentária do Ministério da Saúde com os programas de pessoal ativo e previdência de inativos/pensionistas, em valores ajustados pela inflação (R\$ de dezembro de 2008) - Brasil, 2002 a 2008.....	67
Figura 2.5:	Evolução da participação percentual dos programas de apoio administrativo (pessoal ativo) e previdência de inativos e pensionistas no orçamento total do Ministério da Saúde, em valores ajustados pela inflação (para R\$ de 2008) - Brasil, 2002 a 2008.....	68
Figura 2.6:	Variação percentual da execução orçamentária com pessoal ativo, previdência de inativos e pensionistas e total do Ministério da Saúde, de 2002 a 2008.....	69
Figura 3.1:	Estrutura regimental do Ministério da Saúde em 2008.....	81
Figura 3.2:	Evolução dos servidores do Ministério da Saúde, de 2000 a 2008.....	85
Figura 4.1:	Evolução do total de trabalhadores da ANS, por tipo de vínculo, de 2000 a 2008.....	121
Figura 5.1:	Organograma da FIOCRUZ.....	131
Figura 5.2:	Evolução do quadro de trabalhadores da FIOCRUZ, de 2000 a 2008.....	134

Lista de Siglas

ANATEL	Agência Nacional de Telecomunicações
ANS:	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA:	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ANVS:	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BIOMANGUINHOS:	Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos
BNDE:	Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico
BVS:	Biblioteca Virtual em Saúde
CAP:	Caixa de Aposentadoria e Pensões
CAPES:	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CECAL:	Centro de Criação de Animais de Laboratório
CF:	Constituição Federal
CLT:	Consolidação das Leis do Trabalho
COC:	Casa Oswaldo Cruz
CONASS:	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CPqAM:	Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães
CPqGM:	Centro de Pesquisa Gonçalo Moniz
CPqLMD:	Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane
CPqRR:	Centro de Pesquisa Renné Rachou
DASP:	Departamento de Administração do Serviço Público
DATASUS:	Departamento de Informática do SUS
DNSP:	Departamento Nacional de Saúde Pública
DIPLAN:	Diretoria de Planejamento Estratégico
DIRAC:	Diretoria de Administração do Campus
DIRAD:	Diretoria de Administração
DIREB:	Diretoria Regional de Brasília
ENSP:	Escola Nacional de Saúde Pública
EPSJV:	Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
FARMANGUINHOS:	Instituto de Tecnologia em Fármacos
FHC:	Fernando Henrique Cardoso
FIOCRUZ:	Fundação Oswaldo Cruz
FMI:	Fundo Monetário Internacional
FUNASA:	Fundação Nacional da Saúde
GDATA:	Gratificação de Desempenho de Atividade Técnico-Administrativa
GDATR:	Gratificação de Desempenho de Atividade Técnico-Administrativa em Regulação
IAP:	Institutos de Aposentados e Pensões
IBGE:	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICC:	Instituto Carlos Chagas
ICICT:	Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde

IFF:	Instituto Fernandes Figueira
INCQS:	Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde
INPS:	Instituto Nacional de Previdência Social
IOC:	Instituto Oswaldo Cruz
IPCA:	Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
IPEA:	Índice de Pesquisa Econômica Aplicada
IPEC:	Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas
MARE:	Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado
MESP:	Ministério de Educação e Saúde
MPOG:	Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão
MS:	Ministério da Saúde
MT:	Ministério de Trabalho
NOB:	Norma Operacional Básica
NURAF:	Núcleos Regionais de Atendimento e Fiscalização
OIT:	Organização Internacional do Trabalho
OMS:	Organização Mundial da Saúde
OPAS:	Organização Pan-Americana da Saúde
PASEP:	Programa do Patrimônio do Servidor Público
PCC:	Plano de Classificação de Cargos
PDV:	Programa de Desligamento Voluntário
PIB:	Produto Interno Bruto
PIS:	Programa de Integração Social
RDC:	Resolução da Diretoria Colegiada
RJU:	Regime Jurídico Único
SAS:	Secretaria de Assistência à Saúde
SCIELO:	Scientific Electronic Library Online
SIAPE:	Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos
SIGA:	Sistema de Informações sobre Planos e Orçamento Público
SPS:	Secretaria de Políticas de Saúde
SUS:	Sistema Único de Saúde
TCU:	Tribunal de Contas da União

Sumário

Introdução	16
Metodologia	18
Estrutura da Dissertação	25
Capítulo 1 - Mudanças no mundo do trabalho, Estado e políticas de saúde no Brasil	27
1.1. As transformações recentes no mundo do trabalho e no papel do Estado	27
1.2. Breve trajetória da administração pública brasileira	31
1.3. Reforma do Estado e políticas de saúde no Brasil nos anos 1990: repercussão para os trabalhadores de saúde	48
Capítulo 2 - O funcionalismo federal da saúde nos anos 2000: evolução do quadro de servidores e dos gastos com pessoal	57
2.1. Evolução do quadro de servidores federais	59
2.2. Gastos da saúde com pessoal	65
Capítulo 3 - O Ministério da Saúde: mudanças institucionais e situação dos trabalhadores nos anos 2000.....	72
3.1. Antecedentes: breve histórico do Ministério da Saúde	72
3.2. Configuração institucional do Ministério da Saúde nos anos 2000	78
3.3. Os trabalhadores do Ministério da Saúde do nível central	84
Capítulo 4 - As agências reguladoras da saúde e seus trabalhadores.....	93
4.1. Contexto de conformação e papel das agências reguladoras na saúde	93
4.2. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária e seus trabalhadores	97
4.3. A Agência Nacional de Saúde Suplementar e seus trabalhadores	113
Capítulo 5 – A Fundação Oswaldo Cruz e seus trabalhadores	129
Considerações finais	142
Referências Bibliográficas	149

Introdução

Esta dissertação apresenta os resultados de pesquisa desenvolvida no Mestrado em Saúde Pública da ENSP/FIOCRUZ, a qual buscou analisar a situação do quadro de trabalhadores¹ do Ministério da Saúde (MS) e entidades federais vinculadas nos anos 2000, segundo variáveis selecionadas.

A motivação inicial para escolha do tema de estudo surgiu com a inserção da autora como servidora do Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS) – Unidade pertencente à Fundação Oswaldo Cruz, atuando no Serviço de Recursos Humanos. Na execução de suas atividades, observou que um quantitativo expressivo de trabalhadores do INCQS pertencia a vínculos alternativos. Além disso, uma grande parte de servidores estatutários² poderia se aposentar em um curto período de tempo.

A partir de sua inserção profissional, foi despertado o interesse da aluna em estudar, no âmbito do mestrado, a situação mais geral da força de trabalho da saúde, no contexto atual. Afinal, em que medida os problemas observados no seu cotidiano profissional, na Fiocruz, refletem dilemas mais gerais da situação dos trabalhadores de saúde e da Administração Pública Brasileira?

A partir dessa indagação, ampliou-se o leque de investigação e definiu-se como objeto de estudo a análise da situação atual do quadro de trabalhadores do nível central do Ministério da Saúde e de três entidades vinculadas estratégicas: a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).

A escolha do objeto partiu de dois pressupostos importantes. O primeiro é que, conforme assinala Machado (2007), o Ministério da Saúde, a partir da instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), assume um novo papel, com mudanças nas suas “funções, atribuições, estrutura e lógica de atuação”. Para a autora, mesmo com a descentralização, o Ministério da Saúde continua a ter um papel fundamental na condução da política de saúde. O segundo pressuposto, relacionado ao anterior, é que uma força de trabalho suficiente e adequada para dar conta desse novo e importante papel ainda se faz necessária.

¹ Quadro de trabalhadores: considera-se o quantitativo total de profissionais, incluindo-se servidores e profissionais de outros vínculos. O quadro de trabalhadores também será denominado como força de trabalho ou trabalhadores.

² Servidor estatutário: todo aquele enquadrado a partir da lei 8112 de 11/12/1990 no Regime Jurídico Único (RJU).

A justificativa para o desenvolvimento de uma investigação com esse recorte se assenta em três argumentos inter-relacionados. O primeiro diz respeito às transformações por que vem passando o mundo do trabalho nas últimas décadas nos diversos países, as quais também repercutem na administração pública brasileira. O segundo baseia-se no fato de essas mudanças influenciarem de forma diferente os vários países, a depender de sua história e da trajetória prévia do Estado e da administração pública. O caso brasileiro não foi exceção, sendo importante analisar de que forma essas mudanças o afetaram, tratando-se de um país periférico e de desenvolvimento tardio. A terceira justificativa refere-se aos efeitos dessas transformações no sistema de saúde brasileiro e na sua força de trabalho, uma vez que as políticas de saúde sofreram a influência de ao menos duas agendas conflitantes a partir da década de 90: a agenda da reforma sanitária, de caráter progressista, e a agenda hegemônica de reforma do Estado no Brasil, que impôs restrições à expansão da Administração e dos gastos públicos.

Nesse contexto, é importante aprofundar a análise sobre a situação da força de trabalho em saúde. Embora existam vários estudos sobre esse tema a partir dos anos 1990³, ainda há lacunas de investigação, sobretudo quanto à situação recente dos trabalhadores federais da saúde.

O Ministério da Saúde, sendo um órgão do Executivo federal que exerce o papel de autoridade sanitária nacional, pode ter sido influenciado por agendas de reformas antagônicas dos anos 1990. Apesar das transformações em sua atuação, não foi observada a configuração de um projeto abrangente para a atuação do Ministério, coerente com os princípios e finalidades do SUS, nem a conformação de um quadro de trabalhadores suficiente e adequado para o enfrentamento dos desafios relacionados ao novo papel federal⁴ (MACHADO, 2007).

³ Representam exemplos de estudos sobre o tema os de: Oliveira (1997), que abordou a reforma do serviço público e o setor saúde, com ênfase no Programa de Desligamento Voluntário (PDV) dos servidores; Molinaro (2004), que analisou as tendências institucionais e organizacionais da política para o emprego federal no setor público brasileiro na década de 1990, descrevendo os efeitos que a referida reforma, em especial a EC 19/98, teve sobre o perfil do emprego público federal; e Justo (2008), que analisou o processo de intervenção federal no município do Rio de Janeiro em 2005, com ênfase na inovação de gestão e condição dos recursos humanos nos hospitais refederalizados.

⁴ Ao contrário, segundo o estudo de Machado (2007), ocorreram problemas e lacunas nos seguintes âmbitos: financiamento federal; planejamento; regulação; políticas de recursos humanos; e desenvolvimento e provisão de insumos.

Assim, partindo do pressuposto que o Ministério de Saúde continua a ter um papel importante na política de saúde, mesmo no contexto de descentralização, este estudo discute a situação dos trabalhadores de saúde com foco no quadro do Ministério da Saúde e entidades vinculadas.

No que se refere ao objeto deste estudo, é pertinente destacar as principais questões que nortearão a investigação: Qual a situação atual da força de trabalho do Ministério da Saúde e entidades vinculadas, para dar conta do novo papel federal no SUS? Como evoluiu o quadro de trabalhadores dessas organizações federais no período recente? Existem mudanças a partir dos anos 2000 para o funcionalismo federal, em relação aos anos 90? Quais os condicionantes da composição atual e do perfil da força de trabalho do Ministério da Saúde e entidades vinculadas, considerando a trajetória histórica da administração pública e as políticas governamentais recentes?

Este estudo, ao buscar respostas ao conjunto desses questionamentos, ainda que sem pretensão de esgotá-las, pretende contribuir para a compreensão da situação do quadro de trabalhadores do Ministério da Saúde e de suas entidades vinculadas no período de 2000 a 2008.

A pesquisa tem como objetivo geral analisar a situação do quadro de trabalhadores do Ministério da Saúde e entidades vinculadas no período de 2000 a 2008. Destacam-se como objetivos específicos: descrever a evolução recente do quantitativo de trabalhadores e de gastos com pessoal do Ministério da Saúde e entidades vinculadas; caracterizar a situação dos trabalhadores federais em saúde no período 2000 a 2008, segundo variáveis selecionadas; e relacionar a situação atual dos trabalhadores federais de saúde com os condicionantes históricos e políticas recentes para o funcionalismo público federal.

Metodologia

O estudo, de caráter exploratório, descreve a situação do quadro de trabalhadores do nível central do Ministério da Saúde e de três entidades vinculadas - ANS, ANVISA e FIOCRUZ - no período de 2000 a 2008, por meio de abordagem quantitativa e qualitativa.

A escolha do foco da análise se deve ao tipo de papel estratégico que deve ser exercido pelo nível central do Ministério da Saúde, das duas agências reguladoras e da Fundação Oswaldo Cruz, na formulação e na regulação das políticas nacionais de saúde.

É importante ressaltar que existe um grande número de trabalhadores federais que não foram abordados na pesquisa, como os lotados em núcleos estaduais do Ministério da Saúde; os cedidos a outras esferas de governo; e os atuantes em hospitais federais, pois estes últimos foram objeto de estudo recente de Justo (2008). Da mesma forma, os trabalhadores lotados na Fundação Nacional da Saúde/ FUNASA não foram incluídos, pelo fato de essa fundação, no momento do estudo, estar passando por um processo de transição com possibilidade de redução adicional de suas funções e eventual extinção⁵.

Dado o objeto da pesquisa _ os trabalhadores federais atuantes em órgãos e entidades estratégicas da saúde _ parte-se de uma concepção weberiana de Estado⁶, o que implica, como destaca Almeida (2007), o reconhecimento de que a atuação do Estado supõe a existência de um conjunto de órgãos, de estruturas burocráticas próprias e de um arranjo legal. No caso do Estado brasileiro, a autora salienta a necessidade de se considerar os macroprocessos _ *“penetração, estandarização, equalização de direitos de participação e redistribuição de recursos ou benefícios”* (p.18) _ e as escolhas institucionais como integrantes desse processo de formação do Estado.

Utiliza-se a corrente do neoinstitucionalismo como referencial teórico para a análise, que de maneira enfática resalta a importância das instituições para a compreensão dos processos sociais (MARQUES, 1997). Segundo o autor, as instituições representam as

⁵ O processo de redução das atribuições da FUNASA deu-se a partir de 2003, com a transferência da área de vigilância epidemiológica para a Secretaria de Vigilância à Saúde. Além disso, segundo os boletins do Observatório de Conjuntura da ENSP referentes ao Ministério da Saúde (disponíveis em: <http://www.ensp.fiocruz.br/conjuntura>. Acesso em dezembro de 2009), no 2º semestre de 2008, houve a discussão sobre a criação de uma nova Secretaria de Atenção Primária e Promoção da Saúde no Ministério da Saúde. Tal Secretaria, se fosse criada, levaria a certo esvaziamento da FUNASA ao abarcar algumas de suas funções atuais. A proposta de reestruturação institucional foi apresentada pelo Executivo, por meio de Projeto de Lei nº 3958/08 que criaria a nova secretaria, com a justificativa de ampliar os investimentos na atenção primária e fortalecer a promoção e prevenção de doenças; e delegar maior responsabilidade aos municípios no atendimento a população indígena. Porém, o Projeto de Lei não foi aprovado, devido às manifestações de indígenas e fortes reações do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB).

⁶ Weber (1999) considera o Estado moderno dependente tecnicamente de uma estrutura burocrática, necessária na obtenção de uma administração homogênea e eficiente, utilizando para isso um funcionalismo altamente qualificado. A burocracia é considerada como um instrumento de precisão, “racional” cuja regra, finalidade, meios, impessoalidade “objetiva” fazem parte de sua atitude e estão à disposição de interesses de dominação. O autor distingue três tipos puros de dominação legítima: carismática, *“baseada na veneração extracotidiana da santidade, do poder heróico ou do caráter exemplar de uma pessoa”*; tradicional *“baseada na crença cotidiana na santidade das tradições vigentes”*; e racional *“baseada na legitimidade das ordens estatuídas e do direito de mando daqueles que, em virtude dessas ordens, estão nomeados para exercer a dominação legal”* (p.141). A burocracia baseia-se também no caráter legal das normas; caráter formal das comunicações; divisão do trabalho; hierarquização de autoridade; rotinas e procedimentos; competência técnica e mérito; profissionalização; e previsibilidade de funcionamento.

regras formais, procedimentos aprovados e padronização das práticas operacionais que estruturam o relacionamento entre os indivíduos nas diversas unidades da política e da economia. Este conceito amplo inclui tanto regras formais quanto constrangimentos informais vinculados ao comportamento e a normas de atuação. Além disso, as instituições não apenas constroem as interações sociais, mas também mudam a conformação das predileções dos atores, sendo internamente construídas social e politicamente no bojo dos processos em estudo.

Hall e Taylor (2003) enfatizam que, na tentativa de esclarecer o papel desempenhado pelas instituições no estabelecimento de resultados sociais e políticos, diferentes métodos desenvolveram-se em oposição às perspectivas behavioristas, influentes nos anos 60 e 70. Acrescentam ainda que não se trata de uma única corrente de pensamento e reconhecem a partir dos anos 80 a existência de três escolas de pensamento classificadas como institucionalismo histórico, institucionalismo da escolha racional e institucionalismo sociológico.

Dentre essas escolas de pensamento, o institucionalismo histórico foi o que mais se aproximou do objeto de investigação deste estudo, por salientar as assimetrias de poder relacionadas ao funcionamento e ao desenvolvimento das instituições; por privilegiar as trajetórias, situações graves e os resultados imprevistos na formação do desenvolvimento institucional; e por combinar explicações da contribuição das instituições à determinação de conjunturas políticas.

Outro ponto que reforçou a escolha desta abordagem refere-se à concepção da causalidade social ser dependente da trajetória percorrida (“path dependence”). Afirma-se que as forças ativas produzam resultados diferentes de acordo com o contexto local, as quais podem ser condicionadas pelas propriedades herdadas do passado. Acrescente-se a isso o reconhecimento das relações entre as instituições e as idéias ou as crenças, considerando-se a influência de outros fatores na vida política (HALL E TAYLOR, 2003).

O institucionalismo histórico preocupa-se em responder “*como as instituições moldam as estratégias políticas e influenciam os resultados políticos*” (THELEN E STEINMO, 1992, p.7)⁷. Segundo os autores, os institucionalistas estão interessados em

⁷ Segundo Marques (1997), a influência das instituições na sociedade relaciona-se a duas questões: a autonomia e o poder dos atores estatais; e a interferência das instituições enquadrando-as na esfera da política.

saber como a configuração institucional pode influenciar os atores políticos na definição de seus objetivos e estruturação de suas relações políticas, e os examinam como objeto e agentes da história.

O objetivo central do neoinstitucionalismo baseia-se na construção de uma teoria que estabeleça a ponte entre verificações centradas no Estado e na sociedade, priorizando variáveis de nível intermediário para dar conta da variação histórica e conjuntural dos fenômenos. Como as instituições mediam essas relações, torna-se essencial identificar suas transformações. Marques (1997) afirma que a estabilidade institucional associa-se a fenômenos de três ordens: normas, coerção e coação. A primeira dar-se-ia pelas sanções sociais; a segunda, pela possível utilização da força; a última, pelo aumento de prêmios de adesão e obediência por meio da distribuição de benefícios.

Na abordagem de políticas públicas é relevante o estudo das instituições políticas e do próprio Estado, considerando em especial os agentes estatais. O autor ressalta que a defesa e a implementação de determinada política dependerá dos funcionários do Estado. Daí a necessidade de abordar a trajetória dos trabalhadores federais da saúde, pois são eles que fazem parte da máquina administrativa e que devem responder às exigências da sociedade.

Segundo Marques (1997), o Estado é um importante ator e autor de ações específicas, influenciando *“diretamente a cultura política, a estratégia dos atores e a produção da própria agenda de questões a serem objeto de políticas, enquadrando a luta política através das suas instituições”* (p.81). Além disso, sua atuação como interventor direto configura-se por paradoxos e contradições, intimamente ligados à sua estrutura burocrática e às respostas dadas aos problemas da sociedade. Dentro deste contexto, o funcionalismo estatal, pertencente à burocracia, cumpre um papel relevante para a sociedade, pois elabora estratégias de ação e projetos que diagnosticam quais seriam esses problemas sociais.

Essa abordagem bem condiz com a proposta da pesquisa. Em primeiro lugar, pela valorização do Estado como ator e sua materialização em uma burocracia. A discussão de um papel positivo para o Ministério da Saúde implica a existência de uma burocracia sólida, estável e qualificada. Em segundo lugar, porque é coerente com a preocupação de compreender a situação atual dos trabalhadores federais da saúde à luz tanto dos

condicionantes históricos que influenciaram a Administração Pública, como das políticas recentes que incidiram sobre o funcionalismo público federal do Ministério da Saúde e entidades vinculadas.

Alguns acontecimentos na política de saúde nos últimos vinte anos - a instituição do SUS em 1988; a atribuição de um novo papel ao Ministério da Saúde no comando unificado da política no âmbito nacional a partir de 1990; os processos de reforma de Estado; e as mudanças de governo no período - podem ter influenciado a conformação do quadro de trabalhadores federais da saúde.

Destaque-se ainda o contexto da gestão do trabalho no Executivo Federal, visto que a elaboração de políticas para os trabalhadores do Ministério da Saúde e entidades vinculadas sofre interferência do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG), pois este é responsável pelas políticas, diretrizes e normas dos servidores federais, inclusive os da saúde.

A escassez de estudos recentes sobre o tema e a posse de um novo presidente em 2003 ratificaram a escolha do período da pesquisa. Assim, o estudo analisa como o quadro de trabalhadores do Ministério da Saúde e de suas entidades vinculadas evoluiu no período de 2000 a 2008 e, ainda que de forma mais limitada, procura discutir que influências pode ter sofrido frente às mudanças político-institucionais recentes.

Quanto ao tipo de abordagem da pesquisa, Minayo (1994) destaca que a distinção entre o estudo qualitativo e quantitativo baseia-se na sua natureza. Enquanto o estudo quantitativo absorve apenas a porção “*visível, ecológica, morfológica e concreta*” (p.22), a abordagem qualitativa investiga o mundo representativo das ações e relações humanas, o lado não perceptível e não captável em estatísticas. A autora ainda enfatiza que os dados qualitativos e quantitativos não são excludentes, ao contrário, complementam-se, pois suas realidades comunicam-se dinamicamente.

Portanto, a pesquisa utiliza-se da abordagem quantitativa quando da coleta e interpretação dos dados numéricos referentes ao quadro de trabalhadores dessas entidades, e ao se discutir esses dados à luz da trajetória histórica e política da administração pública no Brasil e dos elementos do contexto no período referenciado.

Considerando o referencial teórico-metodológico adotado e o objeto da pesquisa, uma primeira categoria relevante para o estudo diz respeito à *trajetória institucional e ao*

contexto atual do Ministério da Saúde e entidades vinculadas analisadas _ agências reguladoras da saúde e FIOCRUZ _ que são relevantes para a compreensão da situação atual do quadro de trabalhadores federais da saúde. Nesse sentido, procurou-se resgatar, mesmo que brevemente, alguns elementos históricos da criação e evolução dessas organizações, suas principais especificidades (como instituições governamentais), e o contexto recente (década de 90 e anos 2000), o qual repercute sobre o quadro de trabalhadores do Ministério da Saúde e entidades vinculadas (ex.: agenda de reforma do Estado e para a Administração Pública, mudanças de governo e realização de concursos públicos).

Uma segunda categoria que se configura como central para o estudo foi a *vinculação institucional* dos trabalhadores federais da saúde. Tal categoria é relevante porque a forma de vinculação institucional pode afetar a estabilidade do órgão, a continuidade da política nacional e o fortalecimento do novo papel federal do SUS.

Outra categoria considerada no estudo, embora de caráter secundário ou complementar, foi o *perfil dos trabalhadores federais da saúde*, no que diz respeito à faixa etária e escolaridade.

A partir das três categorias, foram valorizadas as seguintes variáveis: evolução do quantitativo dos trabalhadores; evolução dos gastos com pessoal; quantitativo de servidores estatutários empossados por concurso; distribuição dos trabalhadores por tipos de vínculos; faixa etária; e nível de escolaridade dos servidores federais.

O trabalho de campo realizou-se pela coleta de material bibliográfico, documentos e dados referentes aos trabalhadores do Ministério da Saúde, ANVISA, ANS e FIOCRUZ, no período de 2000 a 2008, e sofreu tratamento baseado na ordenação cronológica do material obtido.

As seguintes estratégias metodológicas foram adotadas:

- **Revisão bibliográfica:** foi feito um levantamento sobre temas relevantes para o estudo nas principais bases de dados bibliográficos da saúde (BVS/Bireme, Scielo e portal Capes). Os temas considerados foram: as transformações no mundo do trabalho; as mudanças do papel do Estado; a evolução da administração pública brasileira; as repercussões das agendas de reforma do Estado e de implantação do SUS para os trabalhadores de saúde; e

as implicações das mudanças do papel federal na Saúde para os trabalhadores federais de saúde.

- **Análise documental:** analisaram-se documentos do Governo Federal, em especial do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG) e do Ministério da Saúde, relacionados à questão da Administração Pública e do funcionalismo público federal. Realizou-se a análise de conteúdo temática seguindo os preceitos de Minayo (2006), onde inicialmente foi feita leitura horizontal e exaustiva dos documentos coletados e, posteriormente, uma leitura transversal com o agrupamento dos temas e categorias de sentidos semelhantes, identificando, deste modo, as conexões entre eles. No que concerne aos dados sobre os servidores públicos federais em geral, uma das principais fontes utilizadas foi o Boletim Estatístico de Pessoal do MPOG, disponível no *site* do órgão público. Desse boletim extraíram-se dados referentes ao quantitativo de servidores segundo o tipo de vínculo, idade média, faixa etária, sexo e escolaridade, além da evolução do quantitativo de ativos e aposentados. Outro aspecto explorado foi o quantitativo de servidores que ingressaram por concurso público, considerando a idade média, a escolaridade e, por último, as despesas com a folha de servidores do Executivo Civil⁸. Além disso, foram utilizadas as Sínteses Temáticas do MPOG de dezembro de 2008, relativas à ANVISA e ao Ministério da Saúde.

- **Análise de dados primários:** Além da utilização do boletim estatístico de pessoal e da Síntese Temática, foi feito o levantamento da força de trabalho total da ANVISA, ANS, FIOCRUZ e Ministério da Saúde (nível central). As duas agências possuíam dados disponíveis nos referidos *sites*, porém os dados do Ministério da Saúde e da FIOCRUZ não estavam disponíveis pela internet e foram solicitados diretamente aos referidos órgãos, por meio de documento de autorização do Ministério da Saúde para obtenção dos dados pertinentes.

⁸ O boletim apresenta-se em seis seções: a primeira é representada por grupos de despesas mensais e anuais, por poderes, Estados da Federação, região do país e órgãos do governo; a segunda traz o quantitativo de servidores por tipo de vínculos - Executivo, Legislativo e Judiciário - por idade média, sexo e lotação de Estado; a terceira demonstra a despesa média da remuneração dos servidores; a quarta refere-se às informações relativas aos concursos públicos, com dados dos ingressos; a quinta aborda informações sobre cargos, funções de confiança e gratificações; e a última detalha os servidores aposentados, por sexo, idade, tipo de aposentadoria e a evolução do seu quantitativo (MPOG, 2008). Os dados do boletim são elaborados com base no Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos (SIAPE), criado em 1988 com a finalidade, segundo Pires (2005), de dotar a Administração Pública Federal de mecanismos ágeis e eficazes no controle e acompanhamento dos gastos com pessoal.

- **Análise de dados secundários:** como fontes complementares, foram considerados dados sobre os trabalhadores da saúde em geral oriundos dos sistemas de informações oficiais, disponíveis no *site* do DATASUS, AMS, IBGE, IPEA, Observatório Nacional de Recursos Humanos, entre outros; e
- **Análise de dados financeiros:** com intuito de avaliar a execução orçamentária federal referente aos gastos com pessoal, utilizou-se o sistema do Senado Federal denominado Siga Brasil, referente ao período de 2003 a 2008, além das informações orçamentárias eventualmente fornecidas diretamente pelo Ministério da Saúde e entidades vinculadas.

Estrutura da Dissertação

Além desta introdução, a dissertação está estruturada em cinco capítulos. O **capítulo 1**, intitulado “Mudanças no mundo do trabalho, Estado e políticas de saúde no Brasil”, aborda o surgimento do fenômeno da globalização e seus impactos no Estado, na administração pública e nas relações de trabalho dos diversos países do mundo. A seguir, faz uma breve descrição do percurso trilhado pela administração pública brasileira desde o período Vargas até as reformas do Estado conduzidas no Brasil nos anos 1990, que buscaram romper com o modelo anterior. Procura ainda descrever quais os principais efeitos dessas transformações para a política e os trabalhadores da saúde nos anos 1990, período em que se buscava a implementação do Sistema Único de Saúde.

O **capítulo 2**, “O funcionalismo federal da saúde nos anos 2000: evolução do quadro de servidores e dos gastos com pessoal”, demonstra a evolução do quantitativo dos servidores federais ativos no Brasil no período de 2000 a 2008, considerando o total geral e a situação específica do setor saúde. Apresenta os dados relativos aos ingressos por concurso no serviço público federal, de 1995 a 2008, e analisa evolução da execução orçamentária federal do Ministério da Saúde com pessoal ativo e com pagamento de inativos e pensionistas, em geral e por unidades orçamentárias. Procura também explicitar a relação entre as mudanças observadas e o contexto geral da política do governo Lula para o funcionalismo federal.

O **capítulo 3**, “O Ministério da Saúde: mudanças institucionais e situação dos trabalhadores nos anos 2000”, faz inicialmente um breve relato histórico da constituição do Ministério da Saúde e de sua trajetória até os anos 1990. Em seguida, apresenta as principais mudanças na estrutura do Ministério nos anos 2000 e analisa a evolução do quadro de trabalhadores do Ministério da Saúde no período recente, com foco nos profissionais lotados no nível central, responsáveis pela elaboração e implantação das políticas nacionais de saúde.

O **capítulo 4**, intitulado “As agências reguladoras da saúde e seus trabalhadores”, trata sucintamente do contexto de criação das duas agências reguladoras na saúde no Brasil. A seguir, analisa a trajetória de configuração da ANVISA e a evolução do quadro de trabalhadores dessa agência, nos anos 2000. Depois disso, discute a conjuntura de criação da ANS e analisa como se configura o quadro de trabalhadores dessa agência no período recente.

O **capítulo 5**, “A Fundação Oswaldo Cruz e seus trabalhadores”, aborda brevemente a história, a estrutura atual e a singularidade da FIOCRUZ. Posteriormente, apresenta a composição e a evolução do quadro de trabalhadores nos anos 2000, considerando os diversos tipos de vínculos trabalhistas.

Por fim, nas **considerações finais**, discutem-se os principais resultados da pesquisa, apontam-se as limitações do estudo e identificam-se alguns desafios colocados para a gestão dos trabalhadores da saúde na esfera federal.

Capítulo 1 - Mudanças no mundo do trabalho, Estado e políticas de saúde no Brasil

1.1. As transformações recentes no mundo do trabalho e no papel do Estado

Muitas das transformações recentes no mundo do trabalho se relacionaram ao processo de globalização, que abriu espaço a uma nova conformação de mercado. As empresas transnacionais tornam-se os agentes mais dinâmicos da globalização e influenciam uma grande parte da produção, da tecnologia, do comércio e das finanças internacionais. O mercado sobrepõe-se às fronteiras nacionais e torna-se o cerne estruturador da vida social e política da humanidade (VIEIRA, 1997).

A globalização da economia, a busca por novos mercados no âmbito internacional, conjugada com o avanço tecnológico, forçou a abertura das barreiras comerciais, implicou a privatização de empresas, a desregulamentação do mercado⁹ e a flexibilização do trabalho no mundo (CARVALHO NETO, 1996).

Em relação à globalização econômica, Santos (2005) enfatiza que inovações organizacionais sustentaram a base econômica neoliberal¹⁰. A primeira delas diz respeito à limitação drástica da regulação do Estado na economia e a segunda relaciona-se ao poder das agências multilaterais como o Banco Mundial, o FMI e a Organização Mundial do Comércio sobre os Estados nacionais.

Importante salientar que o processo de globalização não foi exclusivamente de natureza econômica, direcionado somente por forças de mercado e mudanças tecnológicas. Diniz (2007) alerta sobre a necessidade de considerar como um fenômeno “multidimensional”, que além da lógica econômica orienta-se também pela natureza política.

Quanto ao trabalho, a OIT (2006) relatou, em seu informe da 95ª Conferência Internacional do Trabalho, que as principais mudanças no mundo ocorreram em relação ao

⁹ Segundo Carvalho Neto (1996), privatização é a venda das empresas estatais na Bolsa de Valores diretamente à iniciativa privada. Já a desregulamentação é “a retirada das restrições à entrada de empresas privadas para competir no mercado antes reservado às empresas públicas, em regime de monopólio” (p.103).

¹⁰ O autor afirma que são “os países periféricos e semiperiféricos os mais sujeitos às imposições do receituário neoliberal, uma vez que este é transformado pelas agências financeiras multilaterais em condições para a renegociação da dívida externa através dos programas de ajustamento estrutural” (SANTOS, 2005, p.31).

volume e à estrutura da força de trabalho (com a exigência de que esta se tornasse mais flexível, qualificada¹¹ e adaptável às rápidas mudanças do mercado); à necessidade de sistemas globais de produção; às transformações na divisão internacional do trabalho; ao abandono da área agrícola pelos trabalhadores; e ao crescimento das economias informais nos países em desenvolvimento.

Dedecca (2006) também ressalta que a partir dos anos 1980 a flexibilização do trabalho é apontada como essencial ao desenvolvimento do capitalismo, pois os avanços tecnológicos geraram o desemprego tecnológico, e com ele configura-se uma situação crítica, com pressões à flexibilização dos direitos dos trabalhadores¹². Em resposta a essa conjuntura ocorrem modificações nas políticas de proteção ao trabalho, nas negociações coletivas e na regulação do contrato de trabalho.

Os direitos conquistados ao longo do tempo são colocados como impeditivos da “flexibilidade produtiva”, que requer disponibilidade de tempo parcial do profissional _ o que estimularia a necessidade de serviços terceirizados e aumentaria as possibilidades de trabalho precário. Antunes (1996) denomina essas atividades como “subtrabalho”, pois são autodestrutivas. Normalmente, conforme o autor argumenta, esses terceiros não estão inseridos em sindicatos, não possuem direitos, ganham menos _ o que gera um processo de grande fragmentação _ e, em diversos países, representam até 50% da força de trabalho.

Acrescente-se a isso que as dificuldades econômicas e as novas estratégias do capitalismo industrial geraram o questionamento quanto à presença do Estado na economia. O Estado intervencionista atuava como planejador, prestador de serviços, promotor e empreendedor do desenvolvimento econômico e social, apoiado pelo poder de tributar e de despender _ modelo considerado benéfico, onde centralização e poder político ilimitado chegaram a ser considerados “pré-requisitos da governança eficaz”¹³. Porém, a concepção que começou a ser defendida em vários países foi a de um Estado liberal que interviesse

¹¹ Coriat (1998) enfatiza o paradoxo colocado pela exigência de trabalhadores mais qualificados, competentes e polyvalentes, o que, evidentemente, contradiz a política de diminuição dos custos decorrente da crise do fordismo daquele período.

¹² O direito do trabalho surgiu do movimento dos trabalhadores em prol da mudança na regulação do contrato de trabalho do âmbito da empresa para o público. As instituições públicas tiveram papel positivo na redução das assimetrias entre o capital-trabalho (DEDECCA, 2006).

¹³ A boa governança segundo Pereira (1997, p.81) seria “*bom governo, boa empresa pública e boa administração pública que significam o desenvolvimento da capacidade administrativa no sentido de melhorar tanto o desempenho público e a qualidade dos serviços dirigidos às necessidades públicas, como a satisfação dos consumidores*”.

apenas quando fosse extremamente necessário na regulação e na resolução de conflitos e que tivesse por finalidade assegurar o funcionamento eficiente do mercado (MAJONE, 1999). O autor contrapõe a idéia desse Estado interventor ao paradigma da nova gestão pública, que apóia a limitação do papel positivo do Estado, ao mesmo tempo em que incentiva o poder normativo, ou seja, o Estado regulador. No entanto, é importante ponderar que não necessariamente um Estado regulador é um Estado mínimo.

A propósito, Evans (1993) ilustra o pensamento sobre o Estado em três ondas. A primeira seria o período de expansão do Estado. A segunda corresponderia ao movimento de desmantelamento do Estado baseado na concepção de Estado mínimo. Já a terceira onda, que teria surgido ao fim dos anos 1980, é apontada pelo autor como o reconhecimento da importância do papel do Estado, de sua capacidade de ação como estrutura institucional durável e efetiva.

As teorias político-econômicas modernas dos Estados, segundo Majone (1999), distinguem três tipos principais de intervenção pública na economia: a redistribuição de renda, a estabilização macroeconômica e a regulação de mercados. No Estado interventor, preponderaram a redistribuição de renda e a gestão macroeconômica; o mercado foi relegado somente ao papel de provedor de recursos. Qualquer problema justificava a intervenção do Estado na economia, rotulado neste período como “Estado de bem-estar”, “Estado Keynesiano” ou “Estado Keynesiano de bem-estar”.

O autor ainda aponta que este antigo modelo passa a ser criticado, supostamente por não atender mais ao novo cenário de crescentes taxas de desemprego¹⁴ e inflação. As despesas públicas e as políticas de bem-estar foram vistas como parte do problema do desempenho econômico insatisfatório. Nesse período, passa a ser enfatizada por algumas correntes a noção de falha governamental. As empresas de propriedade estatal ficam em segundo plano, acusadas pela falta de responsabilização e suscetibilidade a influências de políticos e sindicatos, como por não conseguirem atingir seus objetivos sociais e econômicos.

Para Majone (1999), as críticas ao modelo do Estado interventor fizeram com que um crescente número de eleitores se dispusesse a apoiar um novo modelo de governança,

¹⁴ Carvalho Neto (1996, p. 102) enfatiza que “o desemprego estrutural passou a ser um problema permanente nos países desenvolvidos e um problema endêmico nos países periféricos”.

que englobasse uma maior concorrência na economia, profundas reformas de Estado, desregulação e privatização de muitas partes do setor público. Estas duas últimas foram consideradas como as características mais distintivas dessa nova governança.

Segundo Kettl (2001), a onda global de reforma atingiu o setor público e praticamente todos os governos empreenderam esforços para modernizar e agilizar a administração pública. Independentemente do tamanho do país, a idéia propagada era a necessidade de redução do tamanho do Estado. A administração pública foi vista como cara demais e necessitava ser modificada para gerar maior eficiência e eficácia.

O autor coloca duas importantes questões que afetam a reforma e que devem ser enfrentadas pelos reformadores. A primeira trata da pressão por resultados transparentes e rápidos, por meio de cortes no orçamento e redução do número de burocratas. A segunda refere-se ao reconhecimento de que os “bons e rápidos resultados” buscados pelos reformadores podem, muitas vezes, impedir a melhoria de desempenho mais significativo a longo prazo.

Alguns mecanismos estão descritos abaixo como estratégia das nações em “aparar” os contornos da administração pública:

“limitação das dimensões do setor público; privatização; comercialização ou corporatização de órgãos públicos; descentralização para governos subnacionais; desconcentração no governo central; uso de mecanismos típicos de mercado; novas atribuições aos órgãos da administração central; e outras iniciativas de reestruturação ou ‘racionalização’” (KETTTL, 2001, p.78).

Muitos países que incluíram no pacote de reformas o serviço público enxugaram o funcionalismo público¹⁵, executor das tarefas de Estado, com a justificativa de que o aparelho administrativo do Estado estava muito inchado e precisava diminuir para atingir a prometida eficiência da nova gestão pública. Kettl (2001) assinala que a reforma do aparelho não ocorreu somente através de corte de pessoal, mas também pela: mudança da concepção de cliente para cidadão; mudança técnica com foco no planejamento estratégico, criando sistemas de avaliação de produção e de resultados; extinção da estabilidade no

¹⁵ Há como exemplo a redução de um oitavo do funcionalismo público no governo norte-americano que, em números absolutos, representou 272.900 funcionários. Além dele, o governo Thatcher-Major, ao longo dos 15 anos de reforma, diminuiu em cerca de 30% o seu serviço público (KETTTL, 2001).

emprego; e introdução de novos benefícios financeiros e desafios para que os administradores gerenciassem melhor.

Ainda segundo o autor, outros países como a Grã-Bretanha e a Nova Zelândia atuaram de forma mais contundente, pois impuseram mudanças, aumentaram a flexibilidade do trabalho, exigiram resultados e transferiram vários programas oficiais ao setor privado ou para novas agências de serviço público, onde os contratos de desempenho individual regiam o serviço. Já o modelo australiano procedeu de modo diferente e investiu em seu funcionalismo através do desenvolvimento de suas habilidades, treinamento e remodelamento do serviço público.

1.2. Breve trajetória da administração pública brasileira

As transformações globais repercutem de forma diferente nos vários países, a depender de sua especificidade, trajetória, legado institucional e das decisões políticas e administrativas dos governos. Assim, no presente estudo é importante considerar as particularidades da repercussão dessas mudanças no mundo do trabalho e no papel do Estado no Brasil, que dependem tanto da história prévia da administração pública brasileira quanto das opções e políticas adotadas pelos governantes no período recente.

O Brasil também foi afetado pela globalização, através da influência das empresas transnacionais, com a “nova divisão internacional do trabalho”, e da concessão de empréstimos bancários “baratos” do mercado do eurodólar; do mesmo modo, pelo *boom* do petróleo mundial, que posteriormente sofreu uma crise e obrigou os países capitalistas, como o Brasil, a se reestruturarem através de mudanças no campo econômico e financeiro do país. Seguindo o movimento de globalização mundial, o Brasil complementou esse processo pela privatização, desregulamentação e flexibilização dos mercados (VIEIRA, 1997).

No entanto, as mudanças ocorridas no campo econômico e financeiro impactaram os países capitalistas de maneiras distintas e seus resultados foram inerentes ao desenvolvimento econômico e político de cada nação. O Brasil, como país periférico e especificamente de desenvolvimento e industrialização retardatária, não havia trilhado integralmente em suas relações de trabalho a mesma trajetória das economias desenvolvidas (DEDECCA, 2006).

O autor acrescenta que o modelo de desenvolvimento brasileiro assume características peculiares, a partir do primeiro governo de Getúlio, em 1930, através da industrialização, urbanização, crescimento e diversificação do setor de serviços e principalmente pela “ampliação das funções do Estado nas diversas esferas administrativas”. Martins (1985) declara que o Estado não se limita a assegurar a ordem capitalista e passa a atuar “internamente” ao sistema, transformando-se ao mesmo tempo em promotor e ator da industrialização.

Wahrlich (1983) ressalta que a ampliação destas atribuições veio atrelada a um aumento do corpo de funcionários públicos e que a transformação do Executivo federal como o ator político mais poderoso dá-se através de um processo de centralização política com o estabelecimento de regulamentos corporativistas, que retiram dos estados e municípios uma grande parte do exercício da política. Nunes (1997) enfatiza que a criação de vários ministérios e de agências desencadeou o surgimento de milhares de empregos para profissionais de classe média, advogados, burocratas e intelectuais, favorecendo a expansão da presença do Estado na vida nacional.

Para enfrentar os desafios internos e externos encontrados ao assumir o governo¹⁶, Vargas adotou quatro principais grupos de medidas. O primeiro caracterizou-se pela intervenção estatal na economia, criação de agências e programas, além da transferência das decisões econômicas relevantes para a esfera do governo federal. O segundo grupo baseou-se na centralização política, reforma administrativa, racionamento e modernização do aparelho do Estado. O terceiro decorreu da redefinição de padrões de relacionamentos entre oligarquias locais e estaduais. O último configurou-se pela introdução do trabalho em moldes corporativos considerados propositivos e fragmentados, voltados para os trabalhadores urbanos formais de categorias relevantes para o desenvolvimento econômico (NUNES, 1997).

De acordo com o autor, a centralização política e administrativa ocorreu paralelamente à expansão da intervenção do Estado na economia. Essa intervenção deu-se por meio de três formas: pela criação de agências regulatórias e utilização de políticas

¹⁶ Os principais desafios encontrados por Vargas teriam sido: na política interna, uma coalizão de apoio fragmentada; na economia interna, uma severa depressão que ameaçava a oligarquia cafeeira; e nas relações econômicas internacionais, um estrangulamento das exportações. Alguns desses problemas estavam relacionados à “Grande Depressão”, ocorrida em 1929 (NUNES, 1997).

regulatórias; pelo surgimento de institutos e agências estatais para a “defesa econômica”; e pela criação de empresas estatais e autárquicas.

O surgimento de novas agências deveu-se ao desafio do Estado na obtenção de informação, considerado pelo autor como “matéria-prima vital”. Tornou-se essencial conhecer, dentre outras coisas, a amplitude da dívida pública, o quantitativo de funcionários públicos e o número de agências de Estado.

Na área administrativa, a Lei nº 284 de 1936 marcou o início da reforma administrativa federal voltada, de um lado, para a organização dos serviços públicos e seu aperfeiçoamento e, de outro, para a administração de pessoal, através do sistema de mérito e seleção. Wahrlich (1983) assinala que o processo de intervenção do Estado acelera-se com a instalação da ditadura em 10 de novembro de 1937, conhecido como o “Estado Novo”. Quanto a essa matéria, Fiori (1995) acrescenta que, a partir desse período, o Estado assume ativamente, apoiado pelas elites brasileiras, a função de regulador da economia.

Em 1938 ampliam-se os objetivos da Lei nº 284 com a criação do Departamento de Administração do Serviço Público (DASP). O surgimento desse departamento demonstrou a clara influência do modelo burocrático de Weber, exemplificado pela adoção do sistema de mérito na seleção e aperfeiçoamento do pessoal administrativo, assim como pela criação da categoria de técnico de administração, e simbolizado pela busca da racionalidade, centralização, padronização e coordenação. Esse período é marcado pelo esforço de conformação da burocratização da administração pública brasileira. (WAHRLICH, 1983).

Em resposta ao aprofundamento do modelo burocrático, entre 1938 e 1939, o quantitativo de servidores públicos evolui e identificam-se três tipos de ocupações: (a) funcionários públicos - ocupantes de cargos criados por lei - subdivididos em “cargos de carreira” e “cargos isolados” (estes últimos subdividiam-se em cargos de “provimento efetivo” e “provimento em comissão”); (b) o pessoal extranumérico¹⁷; e (c) os serventuários da justiça, identificados por não receberem salários dos cofres públicos, e sim “custas” ou “percentagens” pelos atos praticados pagos pelas partes.

¹⁷ Wahrlich (1983, p.508) denomina “pessoal extranumérico” àqueles trabalhadores admitidos para o desempenho de funções de caráter provisório e acessório, vinculados privativamente a um único órgão ou serviço e subdivididos por tipos de funções a executar: **os contratados** são trabalhadores altamente especializados, transitórios e que executam atribuições de magistério; **os mensalistas** atuam em atividades auxiliares de natureza industrial; **os diaristas** realizam trabalhos de natureza braçal e são pagos por dia trabalhado; e **os tarefeiros** caracterizam-se pela produção em série, cuja sistematização permite pagá-los por unidades de trabalho produzidas.

No relatório do DASP de dezembro de 1939, existiam 57.025 cargos, sendo 42.930 cargos agrupados em 139 carreiras permanentes e 10.440 cargos correspondentes a 135 carreiras já extintas. Para facilitar a verificação do mérito por ocasião das propostas de aumento de salário, foram feitas revisões e unificações de todos os cargos. Essas revisões também contemplaram a situação do pessoal extranumérico em 1939¹⁸, com a substituição da antiga classificação por um grupamento de funções homogêneas, reunidas em séries funcionais e baseadas no perfil profissional. Além disso, a nova lei representou um grande progresso na seleção do pessoal mensalista, que antes era realizada por meio de um simples atestado de capacidade funcional, passando a ser obrigatória prova de habilitação nas admissões, para quaisquer funções desempenhadas. A premência do governo em alterar a forma de inserção justificou-se pela falta de confiança na qualidade desse numeroso grupo de servidores do Estado que foram admitidos no antigo modelo¹⁹ (WAHRLICH, 1983).

Esse mesmo relatório evidencia a impossibilidade de precisar o número total de servidores do Estado, incluindo-se não apenas os das funções da administração direta, mas também os dos órgãos autárquicos. Ressalta ainda que dentro do “próprio campo da administração direta só pôde precisar o número dos cargos públicos e funções de caráter estável, o que excluía os diaristas e tarefeiros”. Porém, fornece o total de funcionários públicos e de duas categorias de extranuméricos: os mensalistas e os contratados. Em 31 de dezembro de 1941, esse número era de 91.939, distribuídos segundo a tabela 1.1.

Tabela 1.1: Quantitativo de trabalhadores do Estado em 1941

Funcionários públicos	55.988
Mensalistas	35.378
Contratados	573
Total	91.939

Fonte: Wahrlich, 1983, p.514.

¹⁸ Por meio do Decreto-lei nº 1.909, de 26 de dezembro de 1939 (WAHRLICH, 1983).

¹⁹ Wahrlich (1983) aponta que dados do censo iniciado em 1938, anterior às novas classificações e reorganizações dos servidores públicos, estimavam a existência de 56.742 mensalistas em 1939, número este superior ao dos funcionários públicos.

Nunes (1997) salienta que, dentro do Estado, os altos escalões da administração pública brasileira seguiam os bons paradigmas do modelo burocrático weberiano quanto a sua organização e estruturação através de treinamento, formação profissional, bons salários e garantias legais. Porém, a burocracia interna, responsável pelas políticas públicas das áreas de saúde, educação e segurança pública, sofreu com as mais deletérias e ineficientes práticas clientelistas e patrimonialistas.

A propósito, no que diz respeito à conformação da Administração Pública, o autor afirma que os laços entre a sociedade e o Estado, no Brasil, estruturam-se em quatro padrões denominados como “quatro gramáticas”: o clientelismo de tradição secular, o corporativismo, o insulamento burocrático e o universalismo de procedimentos²⁰. Ainda que as três últimas gramáticas tenham engajado a partir do governo Vargas, afirma-se que, dependendo do contexto, essas quatro lógicas conviveram simultaneamente, em vários momentos.

Quando o foco analisado passa a ser a relação entre o mercado de trabalho e o Estado, Dedecca (2006) aponta que o governo autoritário de Vargas reorganizou os instrumentos de regulação pública sobre o contrato de trabalho, introduziu em 1940 a remuneração mínima legal (salário mínimo) para o mercado de trabalho, e criou a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) em 1942, com a promessa de atuar sobre as assimetrias do mercado de trabalho. Contudo, para o autor, tanto a CLT quanto o salário mínimo pouco modificaram a natureza despótica do processo de contratação do trabalho no país. Ele enfatiza que tais instrumentos teriam burocratizado e cerceado a ação sindical no período.

Após a Segunda Guerra Mundial e o fim da ditadura Vargas, o país foi governado pelo General Dutra (1946-1951). Nesse período, além da construção partidária e de políticas econômicas liberais, não se observa a criação de qualquer agência; a economia do país não cresce; o projeto de industrialização apoiado pelo Estado se desacelera; poucas

²⁰ Segundo Nunes (1997, p.42), o clientelismo “*tipifica uma gramática personalista, baseada em relações pessoais que repousam em troca generalizada*”, ao contrário do universalismo de procedimentos que é a “*epítome do impersonalismo e associa à noção de cidadania plena a igualdade perante a lei*”. O corporativismo e o insulamento burocrático são penetrados tanto pelo personalismo como pelo impersonalismo. O corporativismo é utilizado como instrumento de legitimidade política, já o insulamento burocrático é o “*processo de proteção do núcleo técnico do Estado contra interferências*” políticas e sociais.

ações ocorrem no sentido de modernizar a administração pública e a intervenção na economia fica restrita ao controle do comércio. Além disso, Nunes (1997) afirma que a democracia instalada em 1945 foi coordenada pelos mesmos políticos e atores que estiveram no poder durante a ditadura.

Os partidos políticos ampliaram suas práticas clientelistas e afrouxaram as regras de ingresso no serviço público. Essa prática foi utilizada como moeda de troca, inchando a administração pública com servidores de baixa qualificação, o que tornou inevitável a diminuição da remuneração dos mesmos, o excesso ou a má distribuição de pessoal, o absenteísmo, a ocupação simultânea de dois ou mais cargos públicos pelo mesmo indivíduo, gerando atividades paralelas e, conseqüentemente, baixa produtividade. Esse fenômeno, em geral, não atingiu os altos escalões da administração pública, os quais se livraram das investidas clientelistas (MARTINS, 1997).

O autor ainda acrescenta que Vargas retornou ao poder pelas eleições em 1951 com uma conotação nacionalista, preocupando-se principalmente com o desenvolvimento e com a industrialização do Brasil. Para isso, ampliaram-se as empresas estatais, cujos símbolos daquele período foram a criação do monopólio do petróleo, com a Petrobrás, e a criação do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico (BNDE).

Segundo Evans (1993), o Estado era incapaz, naquele período, de transformar a burocracia como um todo e, portanto, cria os “bolsões de eficiência” no seu interior. Como representante desses bolsões, o autor destaca a criação do BNDE, em 1952, classificado como entidade autárquica, com autonomia administrativa e personalidade jurídica própria²¹. Essa instituição teve o intuito de ser o principal formulador e executor da política nacional de desenvolvimento econômico brasileiro, através da elaboração e análise de projetos, e de sua atuação como braço do governo na implementação das políticas consideradas fundamentais para o desenvolvimento da industrialização (FGV, 2001).

Santos (2006) expõe que até 1952, excetuando o governo de Gaspar Dutra, o Estado aumenta sua participação na atividade produtiva, emite leis regulatórias, cresce e diferencia-se organizacionalmente. Isso pode ser evidenciado através da criação de diversas empresas estatais, tais como: a Companhia Siderúrgica Nacional (1941), a

²¹ O BNDE foi criado pela Lei nº 1.628 em 20 de junho de 1952 (FGV, 2001).

Companhia Vale do Rio Doce (1942), a Companhia Nacional do Álcalis e a Companhia Ferro e Aço de Vitória (1943).

Consonantemente, o setor bancário é estruturado e funda-se o Conselho Nacional de Política Industrial e Comercial como instituição regulatória. Além disso, são criados o Departamento de Estradas de Rodagem, o Departamento de Obras Contra a Seca, a Comissão Central de Preços, o Departamento Nacional de Obras e Saneamento e o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

Estruturam-se, também neste período, a Rede Ferroviária Federal, o Banco do Nordeste, o Instituto Brasileiro do Café e a Companhia Siderúrgica Paulista. Na área da saúde, ressalta-se a criação do Ministério da Saúde, em 1953. Santos (2006) aponta, entre débitos e créditos do governo Vargas, a rápida velocidade com que este materializa a estrutura do Estado-Nação e propicia certo desenvolvimento econômico ao país.

O salto qualitativo da indústria brasileira ocorre com o governo de Juscelino Kubitschek (1955 a 1960), denominado por Martins (1997) como “Estado desenvolvimentista”, que articula intensa expansão e diferenciação industrial, através do primeiro plano global de ação: o “Plano de Metas”²², cujos objetivos deveriam ser alcançados em cinco anos. Segundo Fiori (1995), nesse período surgem as indústrias automobilísticas, navais, elétricas pesadas e de máquinas e equipamentos, financiadas pelo capital estrangeiro e pelo Estado.

No plano da gestão organizacional, o autor salienta que um marco do governo JK consiste na criação dos “grupos executivos”, com integrantes dos setores público e privado, responsáveis pelo desenho e acompanhamento da implementação das metas setoriais e pela recuperação do atraso de diversos setores econômicos. Tais grupos representaram uma burocracia paralela, porém enxuta e impermeável a pressões da política populista e clientelista, característica do sistema político democrático brasileiro.

Outro momento importante desse governo vinculado ao aspecto econômico envolveu a criação do Conselho de Desenvolvimento, responsável pela coordenação dos

²² O plano do ponto de vista econômico foi considerado altamente vitorioso e baseava-se em quatro pontos principais: “*tratamento favorável ao capital estrangeiro; participação da administração pública direta no processo de formação de capital interno; canalização de investimentos privados para áreas pouco atraentes, mas consideradas estratégicas pelo programa; e manipulação de altas taxas de inflação*” (NUNES, 1997, p.110).

esforços de planejamento do Programa de Metas, que visou contornar as ineficiências da máquina administrativa.

Nunes (1997) afirma que no final do mandato, na tentativa de assegurar a presença de seus aliados na administração pública, Juscelino nomeou apressadamente um grande número de pessoas: 15.000, segundo estimativa da imprensa. No entanto, o Ministério do Trabalho (MT) declarou que não ultrapassaram de 4.436 nomeações. Vale salientar que, deste número ratificado pelo MT, somente 1.657 ocorreram por concurso.

Tanto no período de JK quanto de João Goulart, o Brasil testemunhou um investimento expressivo no setor siderúrgico. Todavia, Fiori (1995) ressalta que no governo de Goulart ocorre um segundo processo expansionista, através da “consolidação de segmentos de atividades, por meio da criação de *holdings*” e pela “diversificação” das atividades dos complexos industriais com a multiplicação de subsidiárias.

Ainda no governo de João Goulart, percebe-se certa preocupação com a administração pública, evidenciada pela encomenda de uma análise empreendida pela Comissão Amaral Peixoto. Apesar dos resultados do estudo não terem sido implementados naquele momento, seu efeito foi positivo, uma vez que gerou um rico e detalhado diagnóstico da administração pública, o qual veio a subsidiar posteriormente o Decreto-lei nº 200/67 (TORRES, 2004).

Ainda assim, o governo de Goulart foi afetado por dois relevantes fenômenos: a crise econômica de 1962 e a ruptura da ordem constitucional promovida pelo golpe militar em 1964. O autor ainda aponta que o regime ditatorial que assumiu o poder tinha entre seus objetivos desenvolver a indústria brasileira. Para tanto, propôs-se a reorganizar e modernizar a administração pública brasileira em 1967, cujo padrão foi similar em três pontos principais ao praticado na reforma de 1936. O primeiro relaciona-se ao aumento do papel do Estado no desenvolvimento econômico, que passa a ocupar posição central na ideologia intervencionista dos militares. O segundo refere-se à utilização do autoritarismo como regime político, considerado facilitador nas reformas. O terceiro é representado pelo aprofundamento da separação da administração pública em duas partes distintas: administração direta e indireta.

A modernização da administração pública surge com a prerrogativa de corrigir o modelo burocrático utilizado pelo governo anterior, considerado hipertrofiado, demorado,

ineficaz e representado pelos seguintes princípios: “*profissionalização, hierarquia funcional, impessoalidade e universalismo, formalismo, controle e carreiras estruturantes do exercício da burocracia, enquanto corpo de profissionais*” (FARIA, 2008, p.39).

Essa reforma do Estado emerge com toda intensidade através do Decreto-lei nº 200/67, no intuito de organizar, desenvolver mecanismos e métodos, e estabelecer diretrizes para a administração pública, ou seja, normatizar e padronizar procedimentos na área de pessoal, nas compras governamentais e execução orçamentária, mediante cinco princípios fundamentais: planejamento, coordenação, descentralização, delegação de competência e controle (BRASIL, 1967). Alguns autores a consideram como a primeira tentativa de implantação da administração gerencial no Brasil, pois utilizou as ferramentas gerenciais aplicadas na iniciativa privada.

O II Plano Nacional de Desenvolvimento dos anos 70 foi considerado por Fiori (1995) como o último esforço da política estatal em complementar a estrutura industrial. Nesse período, o Estado acentua sua intervenção pelas iniciativas de exportações e pelo apoio às demandas internas, com investimentos públicos, financiamento da construção civil e da política cambial, isto é, torna-se o principal agente de centralização financeira, montando, dessa forma, uma extensa burocracia econômica, com uma ampla e complexa institucionalidade.

Os determinantes de intervenções estatais ocorridos no Brasil são identificados por Santos (2006) como de natureza econômica, estratégica, protecionista e corretiva de desequilíbrios entre setores e regiões. O somatório de todas essas motivações moldou o Estado brasileiro e pôde diferir-se dos determinantes de expansão da atividade estatal, que normalmente se move por razões conjunturais.

A intervenção do Estado na economia, segundo Torres (2004), exigia um aparelho estatal eficiente, ágil e produtivo _ atribuições estas que o governo militar não reconhecia na administração direta. Portanto, começou um intenso processo de descentralização administrativa através da criação de várias instituições na administração indireta, caracterizadas por personalidade jurídica e patrimônios próprios, criadas por lei específica e divididas por quatro tipos de instituições, distintas em sua constituição jurídica e em sua

maneira de atuação: autarquias, fundações, empresas públicas e sociedades de economia mista. Todas essas foram criadas e regulamentadas pelo Decreto-Lei nº 200/67²³ e 900/69²⁴.

Torres (2004) afirma que neste período de regime militar, a criação de entidades da administração indireta foi tão grande, que dados acusavam, em 1976, 571 dessas organizações nas três esferas de governo. Mais importante ainda, segundo dado apresentado por Martins (1985), 476 do total dessas entidades _ o equivalente a 84% _ atuavam no setor terciário, muitas delas prestando serviços públicos típicos de Estado.

Em decorrência desse processo, acentua-se a diferenciação dos dois segmentos da administração pública. Enquanto a administração indireta recebia enormes investimentos em qualificação, remuneração, estruturação e contratava de forma flexível seus funcionários, a administração direta, responsável pelas políticas mais fundamentais do setor social, era mal remunerada, desaparelhada e deixada de lado (TORRES, 2004).

Para o autor, os militares acentuaram o insulamento dessa burocracia, com o objetivo de evitar que práticas patrimonialistas e clientelistas dos políticos atingissem a alta burocracia da administração indireta, o que acarretou em dificuldades de controle dessas instituições pela sociedade organizada e pelo Congresso Nacional. Torres (2004) observa que o maior mal que este insulamento excessivo trouxe estabeleceu-se, provavelmente, pela relação entre esta alta burocracia pública e os lobistas que defendiam seus interesses corporativos junto ao Estado²⁵ e utilizavam-se de canais privilegiados de acesso, denominados por Fernando Henrique Cardoso como “anéis burocráticos”.

Nos anos 1980, há dois processos simultâneos: a crise do Estado e a democratização política.

²³ A autarquia surgiu para executar funções típicas da Administração Pública, que necessitassem, para seu melhor funcionamento, de gestão administrativa e financeira descentralizada (BRASIL, 1967). Diversos são os exemplos de autarquias federais, estaduais ou municipais, tal como o Banco Central do Brasil. Mais recentemente, após a reforma do Estado dos anos 1990, foram instituídas sob a forma de autarquias as agências reguladoras como ANATEL, ANVISA e ANS (TORRES, 2004). O Decreto também criou a Fundação Pública para desenvolver atribuições que não precisassem ser executadas por órgãos ou entidades de direito público. Atualmente as fundações assemelham-se às autarquias.

²⁴ A empresa pública foi criada para a exploração de atividades econômicas que fossem necessárias ao Governo por contingência ou conveniência administrativa. Já a sociedade de economia mista também surgiu para exploração de atividades econômicas, porém na forma de sociedade anônima e tendo como acionista majoritário a União ou entidade da Administração Indireta (BRASIL, 1969).

²⁵ Torres (2004, p.159) enfatiza que “*os interesses privados dos setores sociais mais fortes e organizados eram defendidos e alcançados através do relacionamento com os poderosos burocratas que comandavam soberanamente grandes instituições públicas que distribuíam recursos financeiros, subsídios e benesses sem controle social ou político*”.

Primeiramente, a crise internacional gerada pela política monetária norte-americana, nesse período, levou o Brasil a estatizar a dívida externa privada, através da aquisição de novos empréstimos internacionais, e a moratória mexicana, em 1982, também repercutiu no Brasil, provocando reajustes estruturais e políticas de estabilização. Tais ações, porém, não conseguem bloquear a crise hiperinflacionária, a compressão financeira das empresas estatais, a falência fiscal do setor público e a ingovernabilidade macroeconômica do governo (FIORI, 1995).

Diniz (1997) chama a atenção para a complexidade desse período, que resulta na saída do governo autoritário brasileiro. A autora afirma que este modelo de desenvolvimento econômico chega ao fim, juntamente com o tipo de intervencionismo estatal praticado até aquele momento, denominado como a “crise do padrão estatal” ou simplesmente como a crise do Estado. Desta maneira, a nova agenda do Estado voltar-se-ia para a estabilização econômica, a reinserção internacional do país e a institucionalização da democracia.

Já em relação à democratização política, Sallum (2004) evidencia que o processo partiu das reivindicações das classes populares, de parte das classes médias e até mesmo de alguns setores empresariais.

No período designado por Nova República, a reforma do Estado passa a ocupar posição central dentro dos novos itens da agenda governamental. Diniz (1997) ressalta a importância das conexões entre ela e a consolidação da democracia, ou seja, a reforma do Estado é vista como parte intrínseca de um processo mais amplo de fortalecimento das condições de governabilidade democrática²⁶.

No entanto, com a justificativa da crise e a necessidade de estabilizar a economia, o governo de José Sarney acentua “o confinamento burocrático das decisões” através da predominância do estilo tecnocrático na gestão da economia, evidenciado pela utilização de uma gama de decretos-leis, considerados pela autora como herança do governo autoritário (DINIZ, 1999).

²⁶ Para a autora, a reforma do Estado, em sua perspectiva mais ampla, possui dois aspectos distintos, porém interligados, de ação estatal: governabilidade e governança. A governabilidade refere-se às condições do sistema de forma geral sob as quais se dá o exercício do poder numa dada sociedade. Já governança relaciona-se à capacidade de ação estatal em romper com o afastamento da alta burocracia governamental, através de sua inserção na sociedade (DINIZ, 2001).

Ainda na década de 80, ocorreram muitas intervenções político-econômicas. No Brasil, são exemplos:

“Oito planos de estabilização monetária, quatro diferentes moedas, onze índices distintos de cálculo inflacionário, cinco congelamentos de preços e salários, quatorze políticas salariais, dezoito modificações nas regras de câmbio, cinquenta e quatro alterações nas regras de controle de preços, vinte e uma propostas de negociação da dívida externa e dezenove decretos governamentais a propósito da austeridade fiscal” (FIORI, 1995, p.156).

Quanto ao serviço público brasileiro, Vaz (2006) expõe que três forças orientaram sua evolução: a racionalização do uso de recursos escassos; a demanda por novo patamar de qualidade dos serviços; e a pressão da sociedade por participação, transparência e controle social sobre as ações dos agentes públicos.

O processo de democratização culminou na promulgação da Constituição Federal de 1988, que ampliou o poder de ação do Legislativo, do Judiciário e do Ministério Público referente às decisões governamentais. Além disso, valorizou estados e municípios como unidades federadas, com aumento de poder e autonomia financeira. Quanto aos direitos de cidadania, a Constituição ampliou a proteção social para todos e definiu a sua garantia como dever do Estado (SALLUM, 2004).

A CF/88 abordou a administração pública em cinco artigos e dentre eles alguns merecem destaque. Primeiramente, propôs o fortalecimento da administração direta, através da extensão de suas regras à administração indireta. Isso é evidenciado pela obrigatoriedade desta última em poder contratar somente pelos procedimentos integrais que regiam os concursos públicos, além da necessidade de realizar as compras públicas pelo processo licitatório, instituído pela Lei 8.666/93. Outro ponto importante diz respeito ao art. 19 desta Constituição, que autorizou a todos os celetistas com no mínimo cinco anos contínuos no setor público a passarem automaticamente para condição de servidores estatutários. Segundo Torres (2004), 400 mil celetistas da administração indireta passaram a estatutários com direito a estabilidade e aposentadoria integral.

Por outro lado, Fiori (1995) relata que, na segunda metade dos anos 80, as elites políticas conservadoras, juntamente com as principais lideranças empresariais brasileiras, começaram a aderir ao pensamento hegemônico do liberalismo econômico, conhecido por “consenso de Washington”, representado por um programa de estabilização monetária e

acompanhado de um pacote de reformas estruturais, que visava à desregulamentação econômica, à privatização do setor público produtivo e à abertura da economia a capitais estrangeiros.

Em um contexto de grande expectativa e esperança por parte da população, Collor toma posse em 1990 e governa em sintonia com a agenda liberal. Na então conjuntura formulou um novo plano de estabilização econômica, conhecido como “Plano Collor”. Diniz (1997) ressalta a execução de uma “reforma pelo alto”, ou seja, baseada no combate à inflação e na erosão do modelo estatista de desenvolvimento. Afirma ainda que Collor utilizou-se dos mesmos padrões de intervenção tecnocrática do governo anterior, através do privilegiamento da mudança pela via administrativa, e não política, considerada como possível comprometedora da eficácia do enfoque técnico.

O pensamento neoliberal defendia a restrição do Estado de diferentes maneiras: reduzindo o tamanho da administração pública; isolando o Estado das pressões privadas; e delegando decisões às instituições independentes. Porém, Przeworski (2001, p.44) declara que *“até mesmo os mais ardentes neoliberais admitem que os governos devem prover lei e ordem, salvaguardar os direitos de propriedade, fazer cumprir os contratos e se defender de ameaças externas”*, portanto o Estado tem um papel positivo a desempenhar.

No início dos anos 1990, Collor tenta romper com o passado intervencionista, característico do modelo de industrialização substitutiva de importações e do governo militar. Para isso, coloca a reforma do Estado no centro da sua agenda pública e atua em ações de redução do Estado (DINIZ, 2001).

Norteados por uma concepção neoliberal, os presidentes não observam os aspectos mais amplos que influenciam e relacionam-se à Reforma do Estado. Fiori (1995) afirma que a verdadeira essência da reforma na superação da crise englobaria uma estratégia que contemplasse os antigos compromissos do Estado, os capitais privados e a classe trabalhadora. Ao contrário das idéias neoliberais, as transformações necessárias dependeriam de “um novo e decisivo papel do Estado”, isto é, de um Estado forte, ágil, autônomo e democrático, responsável pelo novo desenvolvimento compatível com o avanço da cidadania social e política empreendida pela CF/88.

Da mesma forma, Diniz (2001) argumenta que na reforma do Estado deve-se considerar a dimensão política e não somente os aspectos técnicos, administrativos, fiscais

e financeiros. Essa visão política fortalece as inter-relações do Estado com a Sociedade e com as empresas representativas, o que pode gerar um maior “accountability”, ou seja, os atos do governo ficam mais transparentes através da possibilidade de cobrança pela sociedade, da prestação de contas do Estado e de seus governantes, dos meios de controle externo e da publicização dos seus atos.

A reforma da administração pública no governo Collor segundo Torres (2004) deu-se pelo desmantelamento de instituições públicas, extinção de milhares de cargos de confiança, demissão de servidores sem estabilidade e colocação de outros em disponibilidade com remuneração integral. Estima-se que, incluindo os demitidos e os colocados à disposição, 108 mil servidores deixaram a máquina da administração pública federal no começo do governo Collor. Esse processo aprofundou a perda de capacidade gerencial para formulação, planejamento, execução e fiscalização de políticas públicas.

Além disso, há o aumento de terceirização²⁷ nas empresas estatais, que abrange até mesmo atividades-fim e estratégicas das empresas, como forma de contornar a proibição pelo governo na contratação de pessoal. Outros tipos de serviços como os de apoio, de maneira geral, já se encontravam terceirizados (CARVALHO NETO, 1996).

Diniz (1999) enfatiza que os cortes de servidores e o aniquilamento de órgãos públicos sem critérios geraram a mutilação do aparelho burocrático estatal, o que aumentou os problemas de “irracionalidade e ineficiência”. Esse processo contrapõe-se ao aumento da complexidade das atividades a serem desenvolvidas pelo Estado num contexto de globalização, cuja competitividade e capacidade de inclusão estratégica passaram a ser a chave do sucesso neste período.

Martins (1997) assinala que estudos desse período apontam a diminuição de servidores públicos como justificativa para atingir a eficiência²⁸. Porém, para o autor não existem modelos teóricos que especifiquem qual o tamanho ideal do aparelho do Estado, ou mesmo indicadores a serem usados na avaliação do quantitativo destes servidores.

²⁷ O autor denomina terceirização como a prestação de serviços de apoio nos órgãos públicos contratada por firmas particulares. Os serviços de apoio eram até então contratados, principalmente para áreas de coleta de lixo urbano, limpeza, construção e manutenção de prédios, mas se expandiram para outras áreas (CARVALHO NETO, 1996).

²⁸ Segundo o autor, de 1989 a 1993, somente foram executados 19 concursos e incorporados 3.600 novos servidores.

Acrescenta ainda que este número de servidores no Brasil, quando comparado a parâmetros europeus, é extremamente baixo.

Já Pierantoni (2001) afirma que a ineficiência da burocracia estatal não poderia ser vinculada aos aspectos quantitativos e sim aos qualitativos, incluindo-se o pequeno investimento dispensado e acumulado no desenvolvimento de recursos humanos, decorrentes da pouca profissionalização e valorização dos trabalhadores. A falta de perspectiva na melhora da remuneração dos servidores os levaria a tratar o vínculo público como fonte de renda “adicional” e não como a principal.

Depois das intensas mudanças administrativas ocorridas sem planejamento, Collor é afastado da presidência após processo de “impeachment”. O vice-presidente Itamar Franco assume o governo e anistia uma grande quantidade de servidores ilegalmente demitidos. (TORRES, 2004)

Quando Fernando Henrique Cardoso assume a Presidência da República, em 1995, o Brasil enfrentava uma crise do Estado²⁹ decorrente das distorções que o mesmo sofrera nos períodos anteriores. A administração pública era vista como grande e ineficiente _ incapaz de responder a contento aos objetivos assumidos com a população³⁰ (PEREIRA, 2001).

Segundo o discurso oficial do governo, a questão central passa a ser a reconstrução do Estado para superação da crise instalada e dos novos desafios decorrentes do mundo globalizado. A tentativa de reordenamento do país dá-se por uma reforma ampla que envolveu uma série de mudanças nos âmbitos econômico, institucional e administrativo. Além disso, a necessidade de redefinição do papel do Estado torna-se premente e sua função passa de responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social, por meio da

²⁹ Segundo a interpretação oficial, a crise do Estado definia-se: por uma crise fiscal (caracterizada pela crescente perda do crédito por parte do Estado e pela poupança negativa), pelo esgotamento do intervencionismo estatal e pela necessidade de superação da administração pública burocrática (BRASIL, 1995).

³⁰ Segundo Oliveira (1997), no ano de 1996 o governo de FHC lançou uma política de retração dos quadros de servidores públicos, por meio do Programa de Desligamento Voluntário (PDV), no intuito de enxugar o quantitativo de recursos humanos com baixo desgaste político, uma vez que a opção pela proposta é feita voluntariamente pelo servidor. A autora salienta que esse tipo de alternativa evita um desgaste político, mas no curto prazo gera um aumento nos gastos do governo. As adesões foram menores do que o esperado, a estimativa era que entre 16 e 32 mil servidores aderissem ao programa, o que corresponderia entre 5% a 10% dos servidores elegíveis, mas o percentual de adesão não passou de 3,3%.

produção de bens e serviços, para o de promotor e regulador desse desenvolvimento (BRASIL, 1995).

No âmbito econômico, observa-se a liberalização comercial; o programa de privatizações, que transfere para o setor privado a atividade da produção; e a proposta de “publicização”³¹. No plano institucional, tornam-se essenciais: a descentralização; o redesenho de estruturas e sua flexibilização; a redução de níveis hierárquicos; e a ênfase nos resultados. Um dos principais pontos dessas mudanças institucionais seria a transformação das autarquias em “agências autônomas” e dos serviços sociais em organizações públicas não estatais especiais denominadas “organizações sociais”.

Segundo a interpretação de Torres (2004), a reforma da área administrativa entrou na agenda nacional deste governo porque a capacidade operacional e gerencial da administração pública encontrava-se em níveis baixos, comprometendo a possibilidade de formulação, execução, gerenciamento e fiscalização de políticas públicas.

Os recursos humanos do aparelho do Estado, ainda sob a presidência de Fernando Henrique, seriam os mais vulneráveis aos efeitos da crise fiscal e da política de ajuste, quando se podiam constatar várias distorções e equívocos, tais como: o protecionismo do setor público (com a institucionalização do Regime Jurídico Único); a extensão deste RJU a todos os servidores civis (encarecendo os custos da máquina administrativa); e a observação de gastos maiores com os inativos do que com os ativos _ entre 1991 e 1995, aproximadamente 110.000 servidores aposentaram-se³².

Estimava-se o agravamento dessa situação, pois a tendência mostrava que, considerando-se a idade média elevada dos ativos (42 anos), e mantendo-se a média anual do número de aposentadorias (aproximadamente 18.000), em 1998 o número de ativos poderia igualar-se ao de inativos.

Essa reforma do Estado, diferentemente de outras medidas do governo anterior, ocorreu de forma planejada e estruturada, conduzida por uma cúpula estratégica que, segundo Tenório e Saravia (2006), atuou de forma isolada e centralizada _ na denominação de Eli Diniz (2001), com certo insulamento burocrático, cujos maiores representantes foram

³¹ “Publicização é a descentralização para o setor público não estatal da execução de serviços que não envolvem o exercício do poder de Estado, mas devem ser subsidiados pelo Estado”, tais como: educação, saúde, cultura e pesquisa científica (BRASIL, 1995, p.3).

³² Segundo o Plano Diretor, em 1995 existiam aproximadamente 585.035 servidores ativos e 478.181 inativos (BRASIL, 1995).

o Ministério da Fazenda, o Banco Central, e o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social.

A concepção delineadora dessa reforma fundamentou-se na ideologia da “nova gestão pública”, centrada em um modelo de administração pública gerencial baseada em moldes modernos e racionais, cuja ênfase foi a qualidade e a produtividade a serem alcançadas pelo controle de resultados e pela descentralização (MOLINARO, 2004).

O instrumento utilizado para orientar a reforma do Estado foi o “Plano Diretor da Reforma do Estado”, lançado em novembro de 1995 e coordenado pelo recém criado Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE). O Plano evidenciava quatro principais objetivos globais da reforma: o aumento da governança do Estado; a limitação da ação do Estado àquelas funções que lhe são próprias; a transferência das ações locais da União para os estados e municípios; e a transferência parcial das ações de caráter regional da União para os estados.

Além disso, o Plano propunha uma caracterização conceitual do Estado e do aparelho do Estado³³. Dentro deste último, foram definidos quatro setores: o núcleo estratégico do Estado, as atividades exclusivas de Estado, os serviços não exclusivos ou competitivos e a produção de bens e serviços para o mercado³⁴. A lógica dessa classificação era separar quais atividades seriam exclusivas de Estado e quais poderiam ser transferidas para instituições privadas (BRASIL, 1995).

Em resumo, a proposta de reforma do Estado priorizou a área econômica, observada pelas questões relativas à crise fiscal, à preservação da austeridade orçamentária e ao controle da inflação. O Estado fortaleceu seu papel regulador e criou, pela reforma institucional, as agências reguladoras, que surgiram na tentativa de quebrar a rigidez do modelo burocrático e de tornarem-se entidades essenciais ao processo de reestruturação. Por outro lado, a reforma administrativa foi contida pelo ajuste fiscal e, no plano político, ocorreu aumento na assimetria da relação Executivo-Legislativo, com a grande quantidade

³³ O Estado é a organização burocrática com poder de legislar e tributar sobre a população de um específico território. Já o aparelho do Estado compreende um núcleo estratégico ou governo, com poderes, funcionários e força militar e policial (BRASIL, 1995).

³⁴ As definições foram as seguintes: o núcleo estratégico seria o governo em sentido lato; as atividades exclusivas eram setores cuja prestação de serviços só poderiam ser efetuadas pelo Estado; os serviços não exclusivos seriam aqueles em que o Estado atuaria juntamente com outras organizações públicas não estatais; e produção de bens e serviços para o mercado caracterizavam-se em empresas, cujas atividades econômicas eram voltadas ao lucro e que permaneceriam no aparelho do Estado (BRASIL, 1995).

de medidas provisórias lançadas no final dos anos 90 (DINIZ, 2001). Acrescente-se a isso que a discussão da reforma levou oito anos e foram encontradas muitas dificuldades em sua implementação, sendo as mais intensas: as reações corporativas; as carências institucionais; os óbices legais; as deficiências operacionais; as falhas de comunicação; e o ambiente cultural (TORRES, 2004). Com isso, defende o autor, a reforma foi executada de forma fragmentada e não teria atingido plenamente os objetivos pretendidos.

1.3. Reforma do Estado e políticas de saúde no Brasil nos anos 1990: repercussão para os trabalhadores de saúde

Os efeitos das transformações na saúde ocorrem justamente quando se tinha uma proposição de mudança profunda no sistema de saúde brasileiro, com a instalação do SUS pela Constituição Federal de 1988. As políticas de saúde nos anos 1990 vêm a sofrer influência de duas agendas: a agenda progressista da reforma sanitária e a agenda de reforma do Estado, hegemônica na década e brevemente descrita no item anterior.

O projeto da reforma sanitária teve como marco político-ideológico a VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986 e orientada por três aspectos fundamentais: a definição da saúde em um sentido abrangente, ou seja, a saúde é a “*resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde*” (p.42); a saúde como direito de cidadania e dever do Estado; e reformulação do Sistema Nacional de Saúde, com a instituição de um Sistema Único de Saúde, amparado nos princípios da universalidade, integralidade, descentralização e participação popular (MENDES, 1993).

O autor ainda salienta que, em decorrência desta Constituição, ocorreu a promulgação da Lei 8.080, dispondo-se a promover, proteger e recuperar a saúde, além de servir como apoio jurídico-legal para a continuidade da luta em prol da saúde. Não obstante, Collor de Melo, presidente na época, vetou alguns pontos essenciais desta lei, tais como: “*a instituição de Conferência e Conselhos de Saúde; a transferência direta e automática de recursos a estados e municípios; e a eliminação de convênios e critérios de repasse*” (p.48). Ainda assim, uma intensa reação da sociedade civil resultou na Lei nº

8.142/90, que reintroduziu a participação da comunidade por meio das Conferências e Conselhos de saúde, além de assegurar as transferências automáticas dos recursos à saúde.

Em contrapartida, gerou-se, já nos anos 1980, o aumento da difusão de ideias neoliberais que afetaram as políticas sociais em vários países latino-americanos como a privatização, a descentralização e a focalização³⁵. Tais concepções em alguma medida podem ter tensionado as possibilidades de avanços na política de saúde brasileira nos anos 1990³⁶.

No mesmo período, o Brasil passou por um processo, já mencionado, de democratização e de preponderância de uma agenda de reforma do Estado, cuja inspiração liberal evidenciou-se por medidas nos planos econômico, administrativo e social. No econômico, isso se expressou com a estabilização da moeda e controle da inflação, a abertura do comércio, a redução de gastos públicos, a privatização de estatais, e a debilidade da política industrial e das estratégias de desenvolvimento de longo prazo. No plano administrativo, aplicaram-se medidas de enxugamento de estruturas e do funcionalismo públicos. Por último, a área social sofreu restrições em sua lógica abrangente de proteção social, além de trilhar um caminho fragmentado na política social, com melhorias institucionais esparsas e resultados limitados (MACHADO, LIMA e BAPTISTA, 2007).

A reforma do Estado do governo FHC, ainda que implantada parcialmente, teve consequências para as políticas de saúde. Segundo Almeida (1999, p.278), a reforma valorizou alguns aspectos, como: “*redefinição do papel do Estado, alteração do mix público-privado, descentralização, gerencialismo e atendimento às demandas do ‘consumidor’*”. Quanto às repercussões concretas da agenda de reforma na saúde, destacam-se: as dificuldades de financiamento setorial; a força da descentralização _ ainda que em condições às vezes inadequadas; os avanços em políticas específicas _ sem que problemas estruturais do SUS fossem equacionados; a criação de agências reguladoras na

³⁵ Segundo Mendes (1993) a privatização na saúde ocorreu por meio da expansão da prestação de serviços privada, a descentralização aconteceu em meio a uma conjuntura de diminuição do Estado, e há como exemplo de focalização a proposta de atenção primária seletiva.

³⁶ Apesar disso, o setor de saúde expandiu-se extraordinariamente, pois em 1980 contava com apenas 18.489 estabelecimentos de saúde e 573.629 empregos de saúde e nos anos 2002 esses números passaram para 67.612 estabelecimentos e 2.180.598 empregos de saúde (MACHADO, 2008).

saúde; as novas conformações entre público e privado; e as dificuldades no âmbito dos recursos humanos em saúde³⁷ (MACHADO, 2007).

A descentralização³⁸ originária da implantação do SUS, segundo Nogueira (2000, p.2) resultou em três movimentos político-institucionais de redefinição de poder: *“crescente autonomia administrativo-financeira dos gestores estaduais e municipais no gerenciamento dos recursos do SUS; 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 redistribuição de recursos físicos e humanos”*, com a transferência de hospitais e outras unidades de saúde do Ministério da Saúde e das Secretarias de Saúde para os estados e municípios, com ênfase neste último.

O autor ainda aponta que, em decorrência de um “pacto federativo”, aproximadamente 60 mil servidores do Ministério da Saúde são cedidos para os estados e municípios, permanecendo, porém, o ônus total desses servidores para a administração federal³⁹.

Observa-se no período a diminuição dos postos de trabalho da saúde no setor público federal e o aumento dos postos no setor municipal. Em 1999, segundo Silva e Costa (2002), os municípios passaram a ser responsáveis por 92% dos estabelecimentos de saúde (de propriedade direta do setor público estatal), o governo federal ficou com os valores residuais de 2% dos estabelecimentos e os governos estaduais, com 6%.

Essas transformações na área da saúde exigem cada vez mais o debate de questões relevantes não equacionadas. Dal Poz (1996) ressalta a necessidade de reconhecer a importância da política de recursos humanos, de sua inclusão na agenda de prioridades do governo e duas situações cruciais: a primeira refere-se à ausência de um plano de cargos e carreiras, às questões salariais não resolvidas e à dificuldade de se estabelecer uma relação

³⁷ O setor saúde faz parte do setor terciário e segundo Pierantoni (2008, p.532), *“possui atributos que são estruturais para o entendimento deste segmento: gera produtos não materiais, produção e consumo ocorrem simultaneamente e a incorporação tecnológica na saúde não produz economia na força de trabalho: ao contrário, passa a demandar novas ocupações, configurando o setor saúde como intensivo de mão de obra”*.

³⁸ Segundo Silva e Costa (2002), a descentralização na prestação de atenção à saúde na esfera pública foi eleita pela constituição como a melhor alternativa para elevar a qualidade de gestão na saúde, para repensar as prioridades das ações estatais no atendimento às necessidades da população e para aumentar a autonomia dos gestores públicos locais.

³⁹ Segundo Nogueira (2000), a partir da segunda metade dos anos 1990 ocorreu uma situação não prevista: um expressivo número de servidores cedidos ao SUS começou a se aposentar, criando uma expectativa dos gestores estaduais e municipais de que o governo federal pudesse de alguma forma compensar essas perdas.

saudável entre a burocracia, o profissional e o usuário; a segunda trata da necessidade dos municípios regularem e traçarem políticas de recursos humanos.

Na área da saúde, segundo Pierantoni (2008), das medidas utilizadas para viabilizar a reforma do Estado brasileiro, somente as vinculadas às áreas de recursos humanos realmente foram de impacto, pois modificaram substancialmente as relações dos vínculos trabalhistas, os direitos e as vantagens na carreira do serviço público. Esses impactos foram negativos, aumentando as deficiências acumuladas e proliferando os vínculos alternativos nas diferentes esferas públicas.

Ao longo da segunda metade dos anos 1990, a evolução da força de trabalho em saúde confrontou-se com a nova realidade social, representada pela crescente informalidade do trabalho. O SUS seguiu a tendência geral de desregulação do trabalho, marcada pela subtração de alguns direitos dos trabalhadores no campo da seguridade social e da legislação do trabalho (NOGUEIRA, 2002).

O autor ainda afirma que a informalidade ou precariedade do trabalho⁴⁰ foi acompanhada da flexibilidade na gestão administrativa em paralelo à introdução de novas modalidades de gestão, tais como a cooperativização e a terceirização, que proliferaram através do estabelecimento de contratos com os gestores do SUS.

As novas modalidades de contratos da área de recursos humanos da saúde, segundo Pierantoni (2001, p.346), não foram acompanhadas de uma reforma nos padrões fiscalizatórios e regulatórios do Estado, relacionados à “*utilização de recursos financeiros públicos e adequação das legislações*” que disciplinam essas modalidades. A autora ainda observa que dentro das alternativas de vínculos há a utilização de autônomos e até mesmo de contratos verbais, o que resulta em remunerações e direitos diferenciados e múltiplas jornadas de trabalho.

Nogueira (1999) ressalta que essa flexibilização das relações de trabalho formou um novo cenário do serviço público, onde a gestão do trabalho deixou de ser sinônimo de administração de pessoal próprio. De acordo com a filosofia da reforma do Estado, quem gera recursos públicos e quem presta esses serviços públicos são entidades distintas.

⁴⁰ O trabalho precário segundo Nogueira, Baraldi e Rodrigues (2004) é utilizado para “*denotar um déficit de observância de direitos trabalhistas e sociais em situações de emprego mantidas pela administração pública*” (p.81).

Conforme o autor, um dos desafios dos gestores seria a identificação de quais formas de relação de trabalho e gestão da rede do SUS são, ao mesmo tempo, flexíveis do ponto de vista administrativo-financeiro e razoáveis do ponto de vista dos interesses dos trabalhadores; e, dentre elas, quais são viáveis, considerando-se as condições de cada localidade. Pierantoni (2001) já ressalta as dificuldades de gestão e avaliação do desempenho dos terceirizados e trabalhadores de outras modalidades decorrentes da “*alta rotatividade, superposição (acumulação) indevida, temporalidade dos contratos, interferência política (clientelismo), entre outras*”. Ainda defende que a contratação desse tipo de modalidade não seria a via mais desejável pelos gestores.

A agenda neoliberal, ao afetar o mercado de trabalho como um todo, também repercutiu na saúde. Pierantoni (2008) aponta que, por um lado, há uma pressão para diminuição dos gastos com pessoal e, por outro, a necessidade de ampliação dos serviços da saúde, por meio da descentralização e premência de criação de novos postos de trabalho para dar conta das atribuições do SUS.

Análise realizada por Girardi (1996) revela alguns efeitos das transformações no mercado de trabalho sobre o setor saúde na primeira metade dos anos 90. Uma das evidências do estudo foi a constatação de uma crise no segmento formal dos mercados de trabalho que, no geral, decresceu em um milhão de postos de 1991 a 1995. Na saúde, os setores hospitalares e clínicos tiveram um crescimento no emprego de 2% a.a, porém em ritmos menores aos praticados nos anos 80 (em média 5 % a.a) _ isso quando se esperaria um aumento mais significativo de postos em função do SUS.

Outra evidência refere-se às fragilidades na remuneração das profissões de saúde em comparação com outros segmentos dos mercados. Segundo o autor, houve tendência a decréscimo nos salários reais dos médicos, que se deslocaram de 10 a 20 salários mínimos, em 1990, para a faixa de 5 a 10 salários mínimos, em 1995. O mesmo pode ter ocorrido com outros profissionais de saúde.

A precarização das relações de trabalho foi outra tendência percebida. Com a extensão da contratação de terceirizados nas áreas administrativas e altas gerências, ela também atingiu a área da saúde⁴¹. Girardi (1996) ainda observa a cooperativização por

⁴¹ Cabe ressaltar que a contratação de terceiros deve obedecer aos seguintes critérios: ser realizada por processo licitatório, resguardando a impessoalidade e a publicidade do processo; solicitar apenas a execução de funções de apoio, tais como limpeza, segurança, alimentação, etc; não atuar em atividades-fim peculiares

partes dos médicos, a qual se dava através de recursos repassados por terceiros. Além disso, a pesquisa do CONASS retrata a diversidade de vínculos das Secretarias Estaduais de Saúde que, em 1996, atuavam com doze tipos de vínculos diferentes⁴² (CONASS, 1996).

Pierantoni (2001) destaca a importância de incluir na agenda política a questão dos recursos humanos. Para a autora, deve-se ter como premissa a elaboração de propostas no campo das políticas públicas que destaquem o “*financiamento, modelos assistenciais, flexibilização e regulação com a inclusão dos profissionais de saúde, em suas diversificadas apresentações como participantes das políticas em seus aspectos político, administrativo, técnico e social*” (p.356).

A área da saúde é considerada relevante para o mercado econômico brasileiro, uma vez que, segundo Machado (2008), abarca mais de 10% da massa salarial gerada na economia formal e é responsável direta por mais de dois milhões e meio de empregos e outros milhares de empregos indiretos. No Brasil, segundo Girardi e Carvalho (2002), o setor público é considerado um grande empregador e, em 1999, era responsável por 30% do total do emprego formal brasileiro e, juntamente com as organizações sem fins lucrativos, por 70% dos empregos em saúde⁴³.

Como características do setor saúde, Machado (2008) pontua: a especificidade da saúde, que necessita absorver, apesar dos desenvolvimentos tecnológicos, um grande contingente de trabalhadores qualificados, os quais não podem ser substituídos por máquinas e equipamentos (como acontece em outros setores da economia); a hegemonia do setor público; a seletividade do setor privado, no complemento ao SUS; a hegemonia da participação dos municípios na oferta e demanda de empregos públicos; o aumento da

ao órgão, não caracterizando a substituição de servidores próprios; e não subordinar hierarquicamente os contratados aos cargos da instituição contratante e sim responder ao mando da instituição contratada (NOGUEIRA, BARALDI e RODRIGUES, 2004).

⁴² Dentre eles: RJU _ próprio; RJU _ cedido; CLT _ próprio; CLT_ cedido; contratação comissionada; terceirização por grupos profissionais; terceirização por empresas; terceirização por Fundações e outros Órgãos oficiais; Credenciamento _ código 7/SAI; contratação temporária; contrato individual de prestação de serviços; e bolsa trabalho/ ajuda de custo. A pesquisa ainda observou o crescimento dos contratos de gestão no setor público, como forma de flexibilização e efficientização dos serviços públicos de saúde. Ressaltou-se também que a maioria das Secretarias possuía vínculos RJU próprio e cedido, contratação comissionada e terceirização por empresas (CONASS, 1996).

⁴³ Girardi e Carvalho (2002) ressaltam que entre 1995 e 2000 ocorreu o crescimento da participação da administração pública no emprego de profissionais de saúde. Em 1995, era responsável por 33,8% dos vínculos de emprego de profissionais de saúde e em 2000 passou para 40,4%. Acrescenta ainda que esse processo deu-se pelo aumento do emprego de profissionais da saúde dos municípios.

escolaridade dos trabalhadores da saúde; a prática do multiemprego no setor da saúde; e a hegemonia das mulheres atuando nos serviços de saúde.

Além disso, relata como desafios do setor público a superação dos obstáculos econômicos, políticos e éticos, no que se refere à qualidade dos serviços colocados à disposição da população usuária do SUS, e a dependência de vínculos alternativos, que parecem ser a única alternativa para manter alguns programas de saúde em funcionamento.

No que concerne ao funcionalismo federal, a partir de 1991 já se observa uma queda do quantitativo de servidores ativos, que se acentua no governo de Fernando Henrique Cardoso⁴⁴. Esse processo de redução dos ativos federais, em geral veio acompanhado do crescimento acentuado do pessoal inativo. A Tabela 1.2 evidencia que, entre 1991 e 2003, o pessoal ativo (incluindo civis e militares) declinou em 17,7%; os aposentados aumentaram em 49,8% e os pensionistas, em 206,3%. Ocorreu, porém, um aumento de 18,5% para o conjunto dos três componentes de pessoal vinculados ao executivo federal.

Tabela 1.2: Servidores civis e militares do poder executivo federal, segundo situação de vínculo, de 1991 a 2003

Sit. Vínculo	1991	1995	1999	2003	1991-2003 (%)
Ativos	991.996	951.585	866.799	816.851	- 17,7
Aposentados	348.630	483.228	527.355	522.399	49,8
Pensionistas	132.750	295.309	366.067	406.551	206,3
Total	1.473.376	1.730.122	1.760.221	1.745.801	18,5

Fonte: SRH/ Ministério do Planejamento (UNB, 2004, p.6)

Um estudo recente (UNB, 2004) analisou o quantitativo físico de pessoal estatutário do Ministério da Saúde e evidenciou as principais tendências e situações observadas no período de 1990 a 2002, a saber: diminuição drástica do número de servidores ativos _ com aumento proporcional do pessoal inativo; diminuição do número de servidores admitidos por concurso público; inclinação a responder as demandas de pessoal por meio de entidades externas (cooperativas, organismos internacionais e outras) _ e que atuam em relação ao governo como simples mediadoras no fornecimento de mão de obra, tanto especializada

⁴⁴ No governo de Fernando Henrique, a redução dos quadros de servidores públicos também foi influenciada pela saída de um elevado quantitativo de servidores que se aposentaram por receio da reforma parcial do regime próprio de previdência do servidor do Estado, realizada em 1998, que estabelecia novos critérios de idade e tempo de contribuição (NOGUEIRA, VIANNA e PIOLA, 2006).

quanto de apoio administrativo e técnico; muitos conflitos na relação entre o poder executivo e o Ministério Público Federal quanto à licitude do uso e admissão desse tipo de mediação do trabalho.

O Ministério da Saúde, quando comparado a outros ministérios, foi o que mais diminuiu seu quantitativo de servidores ativos, apresentando uma perda total de 38,3% entre 1997 e 2003, período em que não ocorreu abertura para novas vagas de servidores neste ministério. A única exceção foi a Fundação Oswaldo Cruz, enquadrada na carreira de Ciência e Tecnologia.

Segundo o mesmo o estudo, a gestão de pessoal no período de 1995 a 2002 caracterizou-se pelo pequeno número de cargos preenchidos por concurso público. No primeiro mandato de FHC, o quantitativo de ingressados na administração federal passou de 20.000, em 1995, para 10.000, em 1996, e caiu de forma expressiva ao longo dos dois mandatos _ o que é evidenciado pela admissão de apenas cinco mil novos servidores no período de 1999 a 2002.

Em contrapartida, observou-se a inclusão, via contratos temporários, de 76 mil trabalhadores no período de 1995 a 2003, que até 2003 não estavam submetidos à obrigatoriedade de concurso público.

A variável escolaridade também sofreu mudanças significativas. Durante o período de 1995 a 2002, a maioria dos ingressados no Executivo federal possuía escolaridade superior. As categorias de nível intermediário e auxiliar foram admitidas cada vez menos.

Dentre os servidores ativos do Ministério da Saúde, o estudo demonstrou que, em 2004, a maioria da força de trabalho do Ministério da Saúde era feminina e possuía, em média, 48 anos de idade _ variável esta importante para o planejamento da gestão de pessoal (UNB, 2004).

No final dos anos 1990, o peso relativo dos servidores federais da saúde em relação ao conjunto de servidores da saúde havia diminuído, em decorrência tanto do “enxugamento” da Administração Federal⁴⁵ quanto da descentralização e das demais

⁴⁵ O aparelho burocrático representado pelos servidores públicos era considerado grande e ineficiente. Porém, Santos (2006) desmonta esse argumento com uma série de análises históricas e comparativas. Segundo o autor, não foram identificadas alterações bruscas na trajetória do quantitativo relativo do funcionalismo público, no período de 1940 a 1999, em relação à população economicamente ativa. O funcionalismo público no Brasil representava em 1984 somente 9,6% da população economicamente ativa não agrícola. Países como a Argentina e o Panamá, com a mesma renda per capita do Brasil, possuíam respectivamente 22,7% e 28,6%.

mudanças no mercado de trabalho. Segundo Nogueira, Vianna e Piola (2006), a redução da administração federal levou a um contexto desfavorável a ampliação e a valorização da força de trabalho no setor público, condição esta colocada como indispensável e necessária ao cumprimento da missão do SUS nas esferas estaduais e municipais.

Portanto, após uma década de reformas pouco favoráveis à expansão do funcionalismo público no âmbito nacional, os anos 2000 se iniciam com uma situação complexa para os trabalhadores federais da saúde, que será analisada no próximo capítulo.

Depois de uma série de privatizações e ajustes ocorridos entre 1995 e 2002, o quadro de funcionários do Poder Executivo Federal foi reduzido em 30%, e em 2002 representava 1% do total da população economicamente ativa. Segundo o autor, ao analisar a evolução do emprego público no Brasil, não é legítimo *“omitir as comparações internacionais nem o elevadíssimo nível de desemprego no país, pois é sobretudo o desemprego total que favorece a disseminação da hipótese fantasiosa de que a burocracia brasileira é patologicamente desmesurada e está condenada por sua gênese clientelista”* (p.101).

Capítulo 2 - O funcionalismo federal da saúde nos anos 2000: evolução do quadro de servidores e dos gastos com pessoal

Os anos 2000 são marcados pelo término do governo de Fernando Henrique Cardoso e início do governo Lula em 2003. Como já mencionado no capítulo anterior, o governo FHC havia implantado medidas de enxugamento da administração pública federal e de contenção de gastos com o funcionalismo. É nessa conjuntura que Lula assume o poder, em meio a um quadro de carência e de fragilidade na composição da força de trabalho federal.

Nesse sentido, o início do governo Lula é marcado, segundo Boschi (2007), por uma aspiração de mudança do modelo neoliberal, até então hegemônico. São desafios da agenda pós-neoliberal, na atual etapa da globalização, o desenvolvimento econômico, social e político. Para isso, seria necessária a priorização da retomada do crescimento com ênfase nas políticas sociais.

Segundo documento oficial do Ministério do Planejamento (2009), o governo Lula vem implementando ao longo dos anos 2000, uma política de dimensionamento, seleção e recrutamento da força de trabalho do Poder Executivo e utiliza como um dos pilares dessa política a recomposição dos quadros de servidores federais ativos, principalmente por meio da liberação de concursos públicos.

Nogueira, Vianna e Piola (2006) salientam que a política de recursos humanos dessa nova presidência: orienta-se pela substituição de trabalhadores terceirizados e temporários “informais”; constitui mesas nacionais junto ao Ministério do Planejamento, para direcionar as negociações coletivas dos servidores; atualiza as remunerações dos vários grupos de servidores, como uma forma de valorização; e organiza a carreira das agências reguladoras e de outros setores da administração federal.

Segundo os autores, as regularizações das relações de trabalho no serviço público federal no período recente seguiram a premissa acordada no último ano do governo de Fernando Henrique, que por pressão do Ministério Público assinou o Termo de Ajuste de Conduta em 2002, com a promessa de resolver a situação dos vínculos irregulares. No ano de 2004, cerca de 60 mil trabalhadores do Executivo federal ainda se encontravam na modalidade de cooperativas de trabalho.

Em 2007, foi firmado pelo governo Lula um Termo de Conciliação Judicial que previa a total substituição desses vínculos irregulares na administração direta até 31 de outubro de 2010. Já para a administração indireta _ estatais, autarquias, fundações e empresas públicas _ houve somente uma recomendação de substituição. Segundo matéria do jornal “O Globo”, divulgada em janeiro de 2009, embora o atual governo realize concursos desde o início de seu mandato, no intuito de substituir esses trabalhadores em situação irregular, em 2009 ainda existiam 35.161 servidores nesta situação, sendo 12.633 na administração direta e 22.528 na indireta.

Quanto às despesas com pessoal nos anos 2000, ainda no governo FHC é iniciada a contenção fiscal que resulta na promulgação da Lei de Responsabilidade Fiscal, que dispõe sobre o acompanhamento, a cada quatro meses pelo Ministério da Fazenda, de todas as despesas dos entes federativos e fixa limites para as despesas com pessoal para as três esferas de governo (NOGUEIRA, VIANNA e PIOLA, 2006).

Os autores ressaltam que ao longo dos anos 2000 não ocorreu uma efetiva limitação do total das despesas com pessoal do segmento formal e/ou temporário nas três esferas de governo, com exceção do segmento formal e permanente de trabalhadores do setor público federal. Argumentam ainda que esses valores utilizados para contratação de pessoal terceirizado e temporário poderiam estar sendo angariados para aumentar o quadro de servidores efetivos, sem que isso resultasse em elevação significativa dessas despesas.

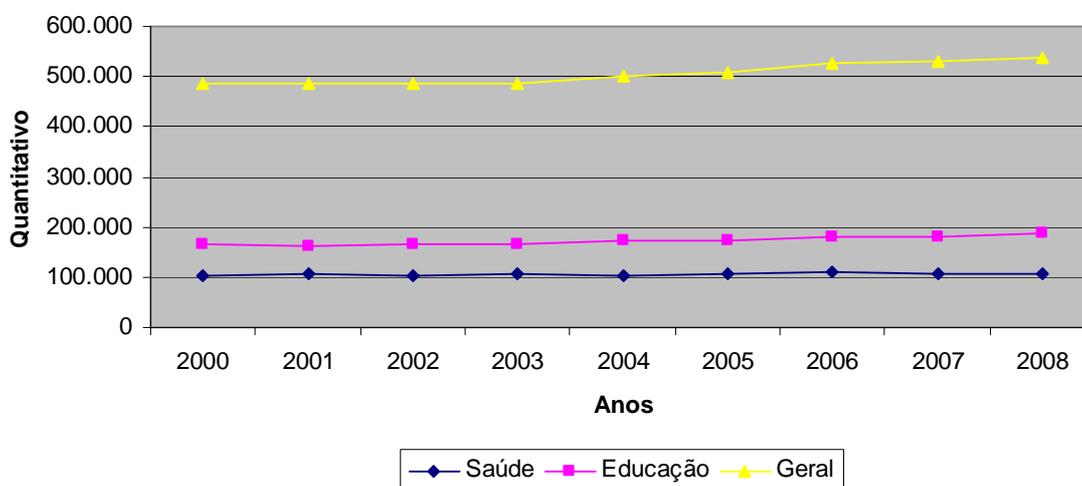
Segundo pesquisa do Dieese (2005), apesar de os servidores receberem incrementos nas remunerações entre 1995 a 2004, estes aumentos foram muito diferenciados e baseados numa política de privilegiamento das gratificações específicas de cada carreira. Os reajustes salariais, de um modo geral, cumpriram apenas a formalidade de aumento de 0,1% ao ano. No entanto, sabe-se que a partir de 2005 alguns órgãos conseguiram elevações salariais substantivas.

O secretário de Gestão do Ministério do Planejamento, em entrevista ao jornal “O Globo” (VIANA, 2009), relatou que apesar do governo Lula empreender esforços nas liberações de vagas para concursos públicos durante o período de 2003 a 2008, o número total de servidores civis não cresceu na mesma proporção das vagas autorizadas, por conta das aposentadorias e evasões no serviço público, conforme será analisado no próximo subitem.

2.1. Evolução do quadro de servidores federais

A figura 2.1 e a tabela 2.1 demonstram a evolução do quantitativo da força de trabalho dos servidores ativos federais da saúde, em comparação com os da Educação⁴⁶, e o total dos servidores federais no período de 2000 a 2008. Esta força de trabalho é representada pelo quantitativo de servidores excluindo-se os de exercício descentralizado⁴⁷, lotação provisória e cedidos.

Figura 2.1: Evolução do quantitativo de servidores ativos do executivo federal da saúde, educação e total, no período de 2000 a 2008



Fonte: Dados do Boletim Estatístico do MPOG ref. a dez/2008. Elaboração própria.

⁴⁶ Os dados relativos à Educação foram apresentados para efeito de comparação, tendo em vista o caráter público e universal dessa política (assim como o da saúde) e o fato de que análises têm apontado uma valorização desse segmento no governo Lula.

⁴⁷ Os servidores de carreira de exercício descentralizado são aqueles concursados pelo MPOG e distribuídos pelos órgãos da Administração Direta e Indireta, tais como: Especialistas em Políticas Públicas e Gestão Governamental, Analistas de Planejamento e Orçamento, Analistas de Infraestrutura e Especialistas em Infraestrutura (MPOG, 2009).

Tabela 2.1: Quantitativo dos servidores públicos federais civis ativos do poder executivo da saúde, da educação e total, no período de 2000 a 2008

Ano	Saúde		Educação		Total
	Quant.	% Saúde/Total	Quant.	% Educ/Total	Quant.
2000	102.480	21,0	165.595	34,0	486.912
2001	104.948	21,6	163.479	33,7	485.303
2002	103.634	21,3	165.163	34,0	485.741
2003	105.238	21,7	164.870	33,9	485.980
2004	103.483	20,7	171.925	34,4	499.138
2005	106.079	20,8	173.181	34,0	508.963
2006	109.107	20,7	179.449	34,0	528.124
2007	106.259	20,1	180.895	34,2	528.420
2008	105.621	19,6	188.440	34,9	539.235
Var.% 2000/2008	3,1		13,8		10,7

Fonte: Boletim estatístico do MPOG ref. a dez/2008.

A análise da tabela 2.1 mostra que o quantitativo total dos servidores ativos do Poder Executivo Federal passou de 486.912, em dezembro de 2000, para 539.235, em dezembro de 2008 _ representando um aumento de 10,7%. As áreas da Saúde e da Educação também expandiram seus quantitativos de servidores, porém esse aumento foi muito mais expressivo na Educação, que passou de 165.595, em 2000, para 188.440, em 2008, _ um crescimento de 13,8%. Na Saúde, o número de servidores variou de 102.480, em 2000, para 105.621, em 2008, significando um aumento de apenas 3,1%. Essa diferença no crescimento torna-se mais expressiva ao se considerar que o montante de servidores da Educação é maior que o da Saúde.

Segundo dados do Ministério do Planejamento (2009), somente em 2008 a administração federal conseguiu atingir o número de servidores civis ativos de 1997, que era de 531.725⁴⁸. Durante os anos 2000, esse número vem crescendo paulatinamente, em aproximadamente 1,77% ao ano, o que estaria próximo ao aumento da População Economicamente Ativa, que expande, em média, 1,71% ao ano. Moraes, Silva e Costa (2009) ressaltam que esse crescimento tem priorizado: os setores mais carentes; as demandas inadiáveis, com destaque ao reforço da área de Educação; a criação de novas carreiras, para substituir funcionários com baixas qualificações; a substituição de

⁴⁸ Moraes, Silva e Costa (2009) refutam a idéia propagada nos anos 1990 de que a máquina pública estava inchada, e afirma que segundo estudos do IPEA o Brasil, no ano 2000, possuía 5,52 servidores por mil habitantes. Ao ser comparado com outros países com estruturas federativas similares percebe-se que os números praticados pelo Brasil são menores do que os dos outros países.

trabalhadores terceirizados em situação irregular na administração direta até 2010; e a recuperação da força de trabalho perdida devido às aposentadorias e evasões⁴⁹.

A ampliação do quantitativo de servidores federais da Educação é o reflexo da priorização deste setor pelo governo, que lançou o Plano de Desenvolvimento da Educação e dobrou o número de vagas nas universidades federais.

Segundo estudo de Machado (2007), que analisa a política nacional de saúde, a política de saúde no período de 2003 a 2006 não representou em seu conjunto uma prioridade para a cúpula do governo federal, mesmo que tenham ocorrido algumas iniciativas de mudanças relevantes para o desenvolvimento do SUS. O pequeno aumento do número de servidores federais da saúde pode ser, em parte, reflexo dessa conjuntura e das fragilidades históricas das carreiras existentes na área social e na saúde⁵⁰.

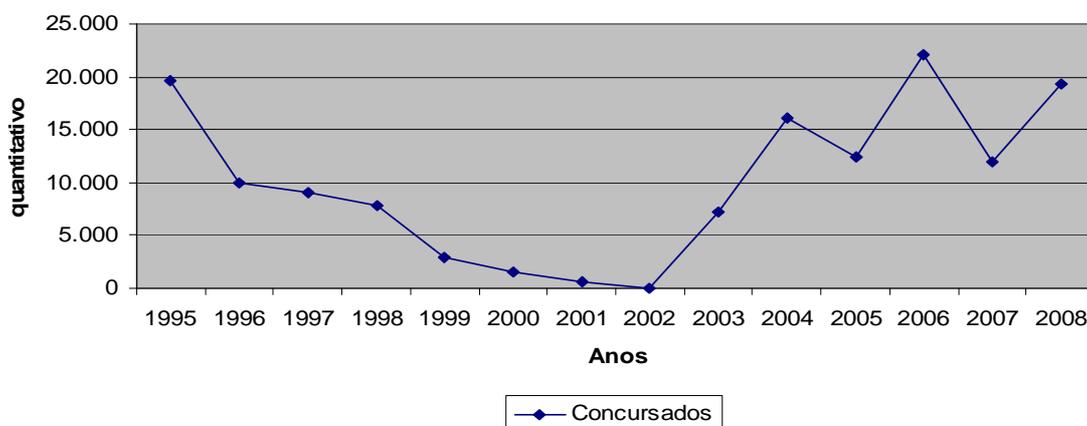
Há também uma diminuição do número de servidores no período de 2003 a 2004, que pode resultar do pedido de aposentadorias de servidores receosos das mudanças empreendidas pelo governo Lula em 2003. Este governo complementa a reforma do regime próprio da previdência realizada em 1998 por FHC, acrescentando algumas exigências e fixando tetos de aposentadoria.

A figura 2.2 apresenta a evolução dos servidores públicos federais que ingressaram por concurso no período de 1995 a 2008. Essas inserções sofrem a influência das conjunturas e escolhas políticas de cada período, conforme verificado abaixo.

⁴⁹ Salienta-se que apesar dos ingressos de concursados, a evolução dos servidores sofre a influência das aposentadorias, vacâncias e terminos de contratos (MPOG, 2009).

⁵⁰ O governo, na tentativa de suprir a carência de quadros especializados na área social, lançou um Projeto de Lei que está em tramitação no Senado e prevê a criação de 2.400 cargos de Analista Técnico de Políticas Sociais na carreira de Desenvolvimento de Políticas Sociais. Segundo Moraes, Silva e Costa (2009), a nova carreira abrangeria atividades de assistência técnica, monitoramento e avaliação de programas e projetos na área social.

Figura 2.2: Evolução dos ingressos por concurso no serviço público federal, de 1995 a 2008



Fonte: Boletim estatístico do MPOG ref. a dez/2008. Elaboração própria.

Entre 1995 a 2008, ingressaram, no total, 140.818 pessoas no serviço público federal por meio de concursos. Ao se observar a evolução dos ingressos por concurso, destacam-se três momentos bastante distintos. Um primeiro, entre 1995 e 1998, é marcado pela queda progressiva no ingresso de funcionários por concurso. Um segundo, de 1999 a 2002, é de estagnação na inserção de novos concursados, refletindo a radicalidade das medidas de reforma aplicadas no governo de FHC. Já o terceiro momento é registrado a partir de 2003, no governo Lula, com a retomada do crescimento de incorporação de novos servidores por meio de concursos públicos.

Essa retomada no crescimento do número de concursados é importante para a Administração Pública Federal, uma vez que, segundo o MPOG (2009), em determinados órgãos e entidades, um significativo quantitativo de servidores está se aposentando, ameaçando, desta forma, a preservação da memória técnica. É importante a interação dos novos concursados com os antigos servidores, para que estes possam transferir seus conhecimentos e evitar, assim, a descontinuidade das políticas.

Além de gradual, a recomposição dos servidores federais nos anos 2000 é, segundo dados do Ministério do Planejamento (2009), qualitativamente superior no que se refere à distribuição setorial e ao perfil de qualificação. Nesse sentido, a tabela 2.2 apresenta o número de servidores federais de todos os poderes da União, ingressados por concurso, distribuídos pelo nível de escolaridade no período de 1995 a 2008.

Tabela 2.2: Quantitativo de concursados ingressados no serviço público federal, segundo nível de escolaridade, no período de 1995 a 2008

Escolaridade	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Total
Superior*	7.709	6.309	6.574	5.861	1.937	1.348	621	26	3.763	8.799	7.597	14.049	8.038	11.825	84.456
Professor	2.604	3.131	3.387	3.124	620	601	122	6	472	2.287	2.153	4.011	1.862	4.656	29.036
Outros	5.105	3.178	3.187	2.737	1.317	747	499	20	3.291	6.512	5.444	10.038	6.176	7.169	55.420
Intermediário	10.097	3.251	2.387	1.879	988	176	39	4	3.457	7.319	4.856	8.063	3.901	7.535	53.952
Auxiliar	1.869	367	94	75	2	0	0	0	0	3	0	0	0	0	2.410
Total	19.675	9.927	9.055	7.815	2.927	1.524	660	30	7.220	16.121	12.453	22.112	11.939	19.360	140.818

Fonte: Boletim do MPOG de janeiro de 2009. Elaboração própria.

Nota: * O nível superior está distribuído pela categoria “professor” e outras.

Ao analisar a escolaridade dos concursados que estão ingressando no serviço público federal, percebe-se cada vez mais o privilegiamento da mão de obra de nível superior. Dos 140.818 concursados, ingressados entre 1995 e 2008, 59,9% são de nível superior, 38,3% de nível intermediário e somente 1,7% de nível auxiliar.

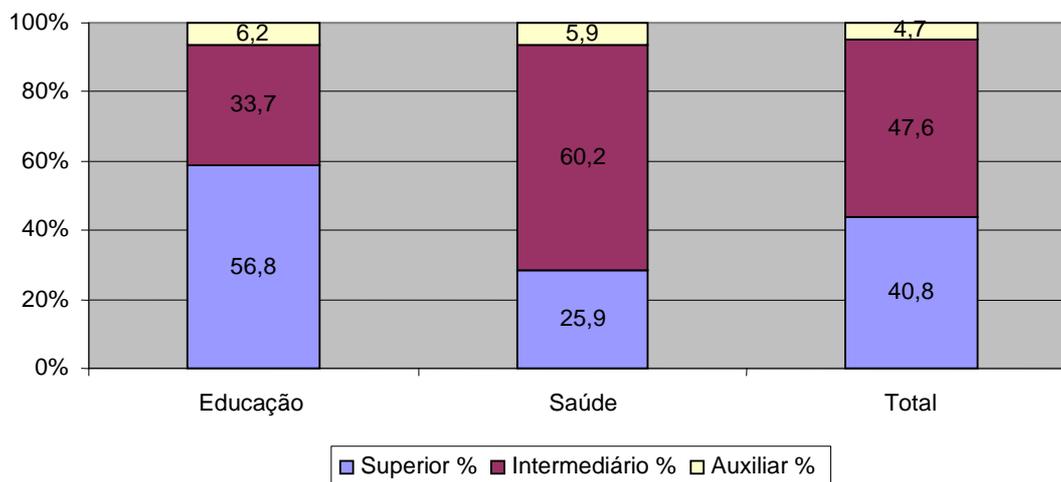
O perfil de escolaridade dos servidores, no entanto, é bastante diferente por áreas da administração. A Tabela 2.3 demonstra o quantitativo de servidores federais da Educação, da Saúde e total, segundo o nível de escolaridade em dezembro de 2008. A Figura 2.3 apresenta esses dados em termos relativos.

Tabela 2.3: Quantitativo dos servidores públicos federais civis ativos do poder executivo, da educação, saúde e total, por nível de escolaridade, em 2008

Órgãos da Administração	Superior		Intermediário		Auxiliar		Sem Informação		Total	
	Qtde	%	Qtde	%	Qtde	%	Qtde	%	Qtde	%
Educação	106.958	56,8	63.499	33,7	11.630	6,2	6.353	3,4	188.440	100
Saúde	27.334	25,9	63.633	60,2	6.223	5,9	8.431	8	105.621	100
Total	219.960	40,8	256.696	47,6	25.295	4,7	37.284	6,9	539.235	100

Fonte: Boletim Estatístico do MPOG ref. a dez/2008. Elaboração própria.

Figura 2.3: Distribuição percentual dos servidores federais civis ativos do poder executivo, da educação, saúde e total, por nível de escolaridade, em 2008



Fonte: Boletim Estatístico do MPOG ref. a dez/2008. Elaboração própria.

Com base nos dados apresentados, percebe-se que a área da educação possui 56,8% dos servidores com nível superior, o que provavelmente se relaciona ao grande número de

professores que atuam nas universidades federais. Já a área da saúde, possui 60,2% de servidores de nível intermediário, com um grande peso dos profissionais técnicos da saúde que atuam nos hospitais federais. No total, 47,6% dos servidores federais são de nível superior e 40,8% são de nível de escolaridade intermediário.

2.2. Gastos da saúde com pessoal

A despesa com pessoal é considerada como uma das mais importantes dentro dos gastos da União, refletindo a remuneração e as políticas dispensadas ao servidor público. Segundo estudo do Dieese (2005), o governo se empenhou, até a primeira metade dos anos 2000, no equilíbrio fiscal, focando-se no aumento do superávit primário e no pagamento da dívida pública. Como resultado houve a contenção de despesa com pessoal e encargos sociais; e a liberação de poucos recursos para o resgate da dívida social.

No período de 1999 a 2004, a pesquisa demonstra que os gastos com pessoal variaram positivamente, em média, em 5% ao ano, ou seja, foram estáveis e acompanharam o Produto Interno Bruto (PIB) do Brasil. Destaca ainda que esses gastos estão muito abaixo dos estipulados pela Lei da Responsabilidade Fiscal e que a Receita Corrente Líquida⁵¹ brasileira vem crescendo, em média, 16% ao ano.

Portanto, é interessante analisar a evolução da execução orçamentária federal da saúde com pessoal ativo e inativo durante os anos 2000, conforme demonstrado pela tabela 2.4.

⁵¹ Receita Corrente Líquida é a Receita Corrente da União excluindo-se as transferências constitucionais e legais, a contribuição para o PIS/PASEP e os benefícios previdenciários (DIEESE, 2005).

Tabela 2.4: Execução orçamentária do Ministério da Saúde com os programas de pessoal ativo e previdência de inativos e pensionistas, em valores ajustados pela inflação (para R\$ de dezembro de 2008), no período de 2002 a 2008

PROGRAMA	Em R\$ Dez/2008							Var.% 2002-2008
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	
PESSOAL ATIVO	4.000.455.921	3.538.011.041	3.843.010.732	3.209.188.119	4.557.692.833	4.510.420.580	5.136.869.324	28,4
PREVID. DE INATIVOS E PENS. DA UNIAO	3.717.523.753	3.411.198.888	3.682.031.177	3.658.697.309	3.578.422.498	3.709.503.439	3.779.012.169	1,7
TOTAL PESSOAL	7.717.979.674	6.949.209.929	7.525.041.909	6.867.885.428	8.136.115.331	8.219.924.019	8.915.881.493	15,5
TOTAL ORÇAM. MS	42.191.273.748	39.292.065.295	44.554.464.353	45.802.776.224	48.532.457.772	52.429.901.690	54.111.779.857	28,3

Fonte: Dados orçamentários do SIGA Brasil – Senado Federal (2008). Elaboração própria.

Notas: *Os valores empenhados foram corrigidos pela inflação aferida pelo IPCA/IBGE, para valores em R\$ de dez. de 2008.

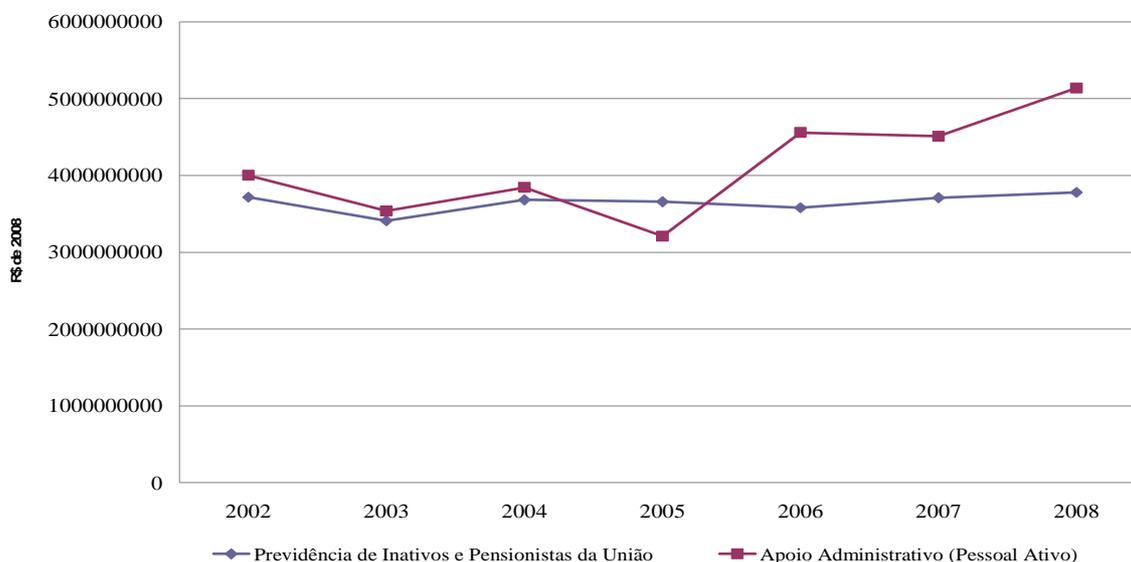
**No cálculo, só foi considerado o Grupo Nacional de Despesa “1” referente ao pagamento de folha de pessoal. Não foram computados os gastos do programa Apoio Administrativo enquadrados como Grupo Nacional de Despesa “3”, referente a custeio, pois esse grupo pode incluir despesas de várias ordens. Portanto, alguns benefícios como pagamento de planos de saúde não estão considerados na tabela. Essa nota é válida para esta e todas as tabelas seguintes deste capítulo.

Ao analisar os valores empenhados no período de 2002 a 2008, observa-se que o gasto total com pessoal da saúde (abrangendo os ativos e o pagamento de inativos e pensionistas) variou 15,5% no período e equivalia, em 2008, a 16,4% do total da execução orçamentária do Ministério da Saúde. A execução orçamentária total do Ministério variou 28,3% no período de 2002 a 2008.

A análise separada dos dois programas, no entanto, mostra diferenças importantes. Verifica-se que, em quase todos os anos, o gasto com os ativos é maior do que com os inativos e pensionistas. No conjunto do período, o aumento da execução orçamentária com pessoal ativo foi mais expressivo (28,4%) e, conseqüentemente, a diferença entre os grupos “pessoal ativo” e “inativos/pensionistas” aumentou.

A Figura 2.4 ilustra essa evolução da execução orçamentária do Ministério da Saúde com pessoal ativo e previdência de inativos e pensionistas no período de 2002 a 2008.

Figura 2.4: Evolução da execução orçamentária do Ministério da Saúde com os programas de pessoal ativo e previdência de inativos/pensionistas, em valores ajustados pela inflação (R\$ de dezembro de 2008) - Brasil, 2002 a 2008



Fonte: Dados do SIGA Brasil - Senado Federal (2008). Elaboração própria.

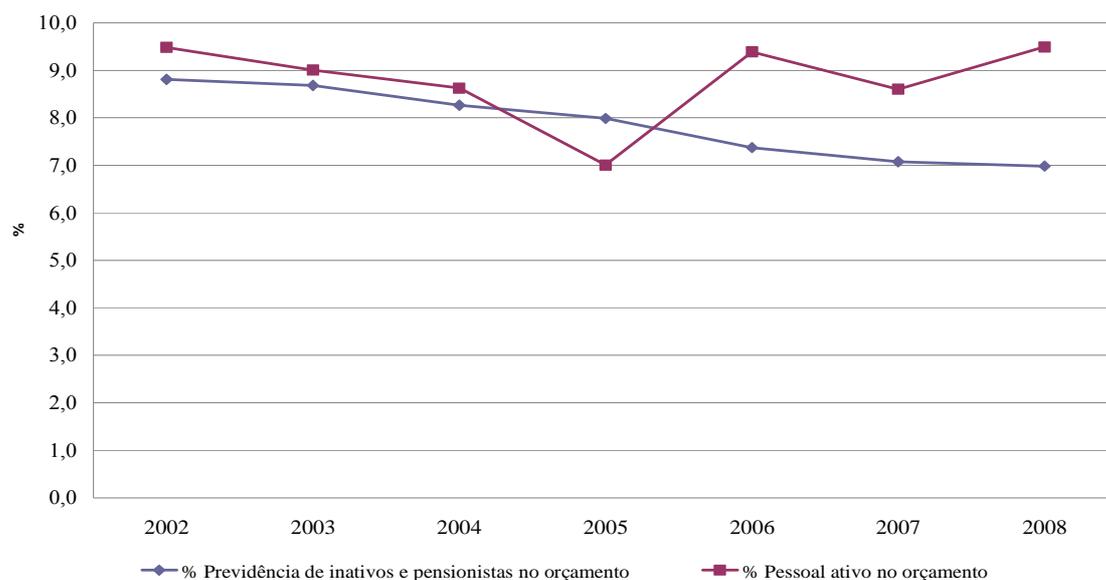
Notas: *Os valores empenhados foram corrigidos pela inflação aferida pelo IPCA/IBGE, para valores em R\$ de dezembro de 2008.

**No cálculo, só foi considerado o Grupo Nacional de Despesa “1” referente ao pagamento de folha de pessoal. Não foram computados os gastos do programa Apoio Administrativo enquadrados como Grupo Nacional de Despesa “3”, referente a custeio, pois esse grupo pode incluir despesas de várias ordens. Portanto, alguns benefícios como pagamento de planos de saúde não estão considerados na tabela.

Observa-se que, para o pessoal ativo, os valores empenhados no período de 2002 a 2004 não variam muito e sofrem uma ligeira queda (em termos reais), mas a partir de 2005 ocorre um grande impulso nos gastos com o pessoal ativo do Ministério da Saúde. Ao contrário dos ativos, os valores empenhados para previdência dos inativos e pensionistas são praticamente constantes no período, pois o ano de 2008 termina com valores próximos aos executados em 2002.

É importante também a análise da evolução da participação percentual dos valores empenhados com pessoal ativo e com pagamento da previdência de inativos e pensionistas em relação ao orçamento total executado pelo Ministério da Saúde, no período de 2002 a 2008, demonstrada pela figura 2.5.

Figura 2.5: Evolução da participação percentual dos programas de Apoio Administrativo (pessoal ativo) e previdência de inativos e pensionistas no orçamento total do Ministério da Saúde, em valores ajustados pela inflação (para R\$ de dezembro de 2008) - Brasil, 2002 a 2008



Fonte: Dados do SIGA Brasil - Senado Federal (2008). Elaboração própria.

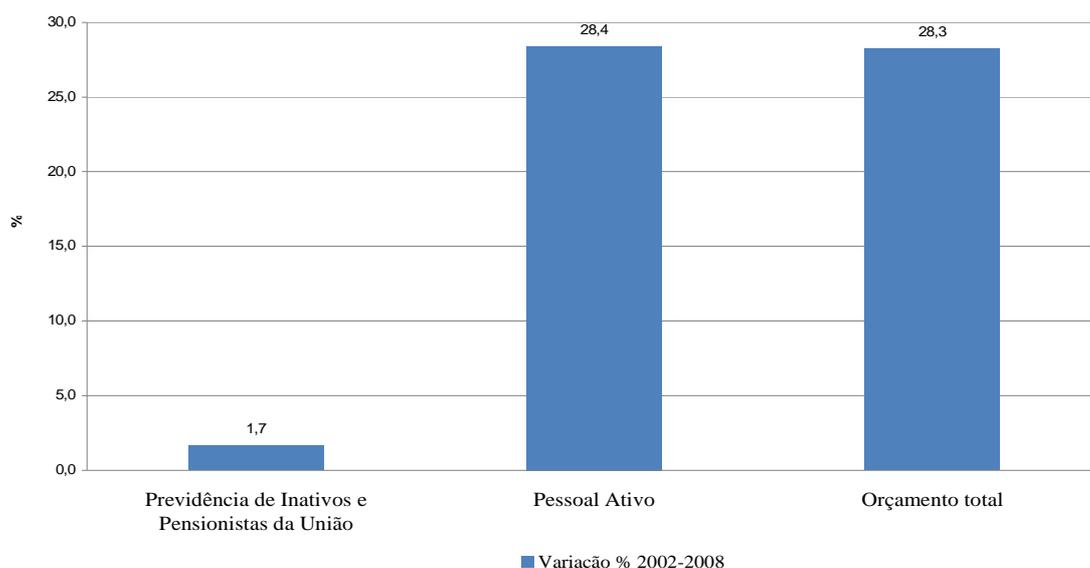
Notas: *Os valores empenhados foram corrigidos pela inflação aferida pelo IPCA/IBGE, para valores em R\$ de dezembro de 2008.

**No cálculo só foi considerado o Grupo Nacional de Despesa "1" referente ao pagamento de folha de pessoal.

Observa-se que há uma diminuição do percentual da execução orçamentária relativa ao pessoal ativo na execução orçamentária total do Ministério até 2005, com recuperação a partir deste ano. Já a participação dos gastos com a previdência de inativos e pensionistas na execução orçamentária total do Ministério cai continuamente no período.

A figura 2.6 mostra que, no período de 2002 a 2008, a variação percentual da execução orçamentária referente ao pessoal ativo teve crescimento expressivo (28,4%) e bem próximo ao crescimento total no orçamento do Ministério da Saúde (28,3%), enquanto o grupo de pagamento de inativos e pensionistas aumentou somente 1,7%.

Figura 2.6: Variação percentual da execução orçamentária com pessoal ativo, previdência de inativos e pensionistas e total do Ministério da Saúde, de 2002 a 2008



Fonte: Dados do SIGA Brasil - Senado Federal (2008). Elaboração própria.

Notas: *Os valores empenhados foram corrigidos pela inflação aferida pelo IPCA/IBGE, para valores em R\$ de dez. de 2008.

**No cálculo só foi considerado o Grupo Nacional de Despesa "1" referente ao pagamento de folha de pessoal.

No período de 2002 a 2008, tanto o orçamento total quanto o gasto com pessoal ativo aumentaram em 28,3% e 28,4%, respectivamente. Estes valores aproximam-se aos 5% de aumento anual do PIB ocorridos até 2004. Já os gastos com previdência e inativos tiveram variações de apenas 1,7% no mesmo período.

Além da análise agrupada dos gastos do Ministério da Saúde, é importante considerar separadamente as unidades orçamentárias do Ministério. A tabela 2.5 apresenta a execução orçamentária com pessoal ativo e a tabela 2.6 demonstra os valores empenhados relativos a inativos e pensionistas separadamente pelas seguintes unidades orçamentárias: Ministério da Saúde (Fundo Nacional de Saúde), ANVISA, ANS, FIOCRUZ e FUNASA.

Tabela 2.5: Execução orçamentária com pessoal ativo segundo unidades orçamentárias do Ministério da Saúde, em valores ajustados pela inflação (para R\$ de dezembro de 2008), de 2002 a 2008

Unidade	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	VAR. % 2002-2008
Ministério da Saúde (Fundo Nacional de Saúde)	2.312.788.093	1.994.963.501	2.175.295.509	1.749.702.581	2.718.387.037	2.484.265.793	2.599.341.690	12,3
ANVISA	89.285.447	78.096.011	95.617.601	137.237.637	160.456.771	200.181.917	250.172.994	180,1
ANS	25.715.578	31.181.831	31.641.387	35.009.480	40.371.182	44.978.383	69.360.984	169,7
FIOCRUZ	261.347.502	240.032.571	259.361.753	236.123.150	361.551.657	400.479.903	494.686.755	89,2
FUNASA	1.311.319.300	1.193.737.127	1.281.094.482	1.051.115.272	1.276.926.186	1.380.514.584	1.723.306.901	31,4
TOTAL GERAL	4.000.455.921	3.538.011.041	3.843.010.732	3.209.188.119	4.557.692.833	4.510.420.580	5.136.869.324	28,4

Fonte: Dados do SIGA Brasil - Senado Federal (2008). Elaboração própria.

Notas: *os valores empenhados foram corrigidos pela inflação aferida pelo IPCA/IBGE, para valores em R\$ de dez. de 2008.

**No cálculo só foi considerado o Grupo Nacional de Despesa "1" referente ao pagamento de folha de pessoal.

Tabela 2.6: Execução orçamentária com inativos e pensionistas segundo unidades orçamentárias do Ministério da Saúde, em valores ajustados pela inflação (para R\$ de dezembro de 2008), de 2002 a 2008

Unidade	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	VAR.% 2002-2008
Ministério da Saúde (Fundo Nacional de Saúde)	3.025.694.837	2.753.844.404	3.001.616.657	2.974.360.379	2.908.467.696	3.026.808.457	3.050.522.970	0,8
ANVISA	1.648.095	2.599.852	3.928.584	6.487.566	7.695.420	9.552.499	13.037.030	691,0
ANS	0	0	0	0	0	0	73.599	100,0
FIOCRUZ	60.004.228	60.411.835	64.314.566	62.420.960	75.640.282	74.293.336	83.322.684	38,9
FUNASA	630.176.593	594.342.797	612.171.370	615.428.403	586.619.100	598.849.147	554.735.362	-12,0
TOTAL	3.717.523.753	3.411.198.888	3.682.031.177	3.658.697.309	3.578.422.498	3.709.503.439	3.779.012.169	1,7

Fonte: Sistema SIGA Brasil - Senado Federal (2008). Elaboração própria.

Notas: *os valores empenhados foram corrigidos pela inflação aferida pelo IPCA/IBGE, para valores em R\$ de dezembro de 2008.

**No cálculo só foi considerado o Grupo Nacional de Despesa "1" referente ao pagamento de folha de pessoal.

No que diz respeito à execução orçamentária do Ministério da Saúde com pessoal ativo (Tabela 2.5), no período de 2002 a 2008, verifica-se evolução positiva em todas as unidades orçamentárias analisadas, sendo as de maior crescimento a ANVISA e a ANS, variando, respectivamente, 180,1% e 169,7% no período. Essas agências reguladoras são as unidades mais recentes do Ministério da Saúde, pois foram criadas no final de 1999 e início dos anos 2000, e necessitaram, portanto, de investimentos mais expressivos para compor um quadro de trabalhadores para dar conta de suas funções.

Já os valores destinados ao pagamento de inativos e pensionistas também variaram positivamente. O maior deles, direcionado a Anvisa, variou em 691% entre 2002 e 2008. Tal fato pode ser justificado pela especificidade da entidade, que conta com um grande número de servidores advindos da antiga Secretaria de Vigilância Sanitária, em fase de aposentadoria. A situação da Fiocruz também é preocupante, pois esta organização conta com um grande número de profissionais muito qualificados e, no período, os valores empenhados para pagamento de inativos e pensionistas dessa entidade aumentaram em 38,9%, acarretando um crescimento expressivo das aposentadorias.

A situação do quadro de trabalhadores do Ministério da Saúde e entidades vinculadas nos anos 2000 será analisada mais detalhadamente nos capítulos seguintes.

Capítulo 3 - O Ministério da Saúde: mudanças institucionais e situação dos trabalhadores nos anos 2000

3.1. Antecedentes: breve histórico do Ministério da Saúde

No Brasil, a saúde surge como “questão social” no contexto do desenvolvimento da economia capitalista exportadora cafeeira, podendo ser percebida em dois níveis: como reflexo do avanço da divisão do trabalho _ contido nesta fase e vinculado à emergência do trabalho assalariado _ e como política social, ainda que de forma embrionária no âmbito público (BRAGA e PAULA, 1981).

As precárias condições de saúde da população brasileira na Primeira República desencadearam, segundo Hochman e Fonseca (1999), dois importantes momentos no movimento sanitarista deste período. O primeiro referiu-se à gestão de Oswaldo Cruz à frente dos serviços federais de saúde entre 1903 e 1909, em prol do saneamento urbano da cidade do Rio de Janeiro e do combate às epidemias, na tentativa de livrar o país dos prejuízos causados ao comércio exterior pelas péssimas condições sanitárias da capital federal e de seu porto. O segundo momento ocorreu entre 1910 e 1920, com o saneamento rural, considerado como principal desafio para que o Brasil fosse efetivamente uma nação. Nesse mesmo período, a Liga Pró-Saneamento, criada em 1918 por representantes das elites políticas e intelectuais, pressionou o Estado em direção à ampliação de seu poder de intervenção no campo de saúde pública, resultando posteriormente na criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), em dezembro de 1919.

Destaque-se um novo esforço de fortalecimento da saúde, ocorrido em 1923, com a reforma Carlos Chagas. Segundo Braga e Paula (1981), tenta-se, por parte do poder central, ampliar substancialmente o atendimento à saúde, por meio do estabelecimento de novas atribuições ao DNSP, principalmente quanto ao saneamento rural e urbano, à higiene infantil, industrial e profissional, às atividades de supervisão e fiscalização, à saúde dos portos e do Distrito Federal, e ao combate às endemias rurais. Porém, estas novas funções do Estado não vigoram e os problemas continuam sob responsabilidade local.

Ainda segundo os autores, somente em 1930, com o governo Vargas surge uma política nacional de saúde, mesmo que de caráter “restrito”, e instalam-se instrumentos necessários à sua efetivação. Apesar desta restrição, a política de saúde caracteriza-se

nacionalmente e organiza-se em dois subsectores: o da saúde pública e o da medicina previdenciária⁵².

Nesse governo, cria-se o Ministério de Educação e Saúde (MESP), que inicialmente incorporou o já existente Departamento Nacional de Saúde Pública, não significando nenhuma alteração para a saúde pública. O novo ministério era composto por dois Departamentos Nacionais _ um de Educação e outro de Saúde _ e ficou responsável pela prestação de serviços para aqueles identificados como pré-cidadãos, ou seja, todos aqueles que não faziam parte das caixas e dos institutos previdenciários (LIMA, FONSECA e HOCHMAN, 2005).

Os autores acrescentam que a partir de 1937, na gestão de Gustavo Capanema, ocorre a reforma do MESP, com a reformulação e consolidação de sua estrutura administrativa. Em especial, no campo da saúde pública, verifica-se a criação de delegacias federais de saúde, de serviços nacionais e de conferências nacionais de saúde⁵³.

Braga e Paula (1981) relatam que em 1941 houve outra reforma no Ministério de Educação e Saúde, com a reorganização do Departamento Nacional de Saúde (DNS)⁵⁴ e a incorporação de vários serviços de combate a endemias por este departamento; o controle da formação de técnicos em saúde pública; e a institucionalização das campanhas sanitárias⁵⁵. A política de saúde desse período baseou-se numa gestão que combinava centralização normativa e descentralização executiva. Também delegava a gerência dos

⁵² Segundo Braga e Paula (1981), a política nacional de saúde foi considerada “restrita” por sua limitação na cobertura populacional e nos aspectos técnicos e financeiros da estrutura organizacional. Em relação à saúde pública, os programas foram criados para gerar condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, mesmo que restritamente, para as do campo. Já a medicina previdenciária surgiu de fato no Brasil com a criação dos Institutos de Aposentados e Pensões (IAPs) e relacionou-se com a concessão da assistência à saúde para os trabalhadores que contribuía individualmente neste sistema.

⁵³ Segundo Hochman e Fonseca (1999), as delegacias tinham como função a supervisão das atividades necessárias à colaboração da União com os serviços locais de saúde pública e assistência médico-social e a inspeção dos serviços federais de saúde. Já as conferências nacionais de saúde eram responsáveis por reunir delegações de todos os estados em um fórum nacional, de caráter oficial para discutir temas de saúde pública.

⁵⁴ O Departamento Nacional de Saúde (DNS) substituiu em 1937 o DNSP, que era o principal órgão do Ministério de Educação e Saúde, responsável pela execução de saúde pública em todo o país (LIMA, FONSECA e HOCHMAN, 2005).

⁵⁵ Após a reorganização do Ministério da Educação e Saúde, o Departamento Nacional de Saúde passou a compreender os Serviços Nacionais de Tuberculose, de Peste, de Malária (unificando os serviços regionais), de Lepre, de Câncer e de Doenças Mentais; incorporou também os serviços já criados: Serviço Nacional de Febre Amarela (1937), Departamento Nacional da Criança (1940), Serviço Nacional de Educação Sanitária (1941), Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina, Serviço Federal de Bioestatística e Serviço Federal de Biometria Médica (BRAGA e PAULA, 1981).

serviços públicos de saúde às instâncias administrativas estaduais. Tal base foi a utilizada pelo Ministério da Saúde (MS), que surgiria em 1953.

O Ministério da Saúde foi criado em julho de 1953⁵⁶ no governo de Getúlio e incorporou todos os órgãos e serviços do antigo Ministério da Educação e Saúde, relativos à saúde e à criança. O novo ministério manteve basicamente a mesma estrutura do extinto Departamento Nacional de Saúde, ampliando, no entanto, sua abrangência quanto ao quadro de enfermidades sob seus cuidados (BRAGA e PAULA, 1981).

Os autores ainda afirmam que a criação do Ministério da Saúde evidenciou, por um lado, a relativa importância da Saúde Pública na política estatal da saúde, que inovou pelo deslocamento das discussões e do processo decisório para o legislativo e para a esfera política. Porém, demonstrou também sua posição secundária no conjunto de prioridades políticas do Estado brasileiro. Na partilha do espólio do antigo Ministério de Educação e Saúde, coube ao setor saúde a menor fração do orçamento.

Segundo Lima, Fonseca e Hochman (2005), o governo brasileiro, na década de 50, incrementou as ações e programas de saúde voltados para o combate às doenças endêmicas e criou, em 1956, o Departamento Nacional de Endemias Rurais, que absorveu estruturas e atribuições de alguns serviços nacionais criados em 1941 e responsabilizou-se pela organização e execução do combate às principais endemias do país.

No que diz respeito à vertente previdenciária, os anos 1960 foram marcados pela unificação de todas as instituições previdenciárias setoriais brasileiras, por meio da criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966⁵⁷. Este processo significou para a saúde previdenciária a consolidação da tendência de contratação de produtores de serviços de saúde privados, como forma de ampliar a oferta de serviços, e o aumento dos

⁵⁶ O Ministério da Saúde foi criado pela Lei 1.920 em 25 de julho de 1953 e seu regulamento foi aprovado pelo Decreto nº 34.596 em 16/11/1953. O ministério possuía a seguinte configuração: Gabinete do Ministro; Conselho Nacional de Saúde; Comissão Nacional de Alimentação; Seção de Segurança Nacional; Serviço de Documentação; Serviço de Estatística da Saúde; Departamento de Administração; Departamento Nacional de Saúde _ Divisão de Organização Hospitalar, Divisão de Organização Sanitária, Serviços de Administração, de Biométrica Médica, Federal de Bioestatística, Nacional de Doenças Mentais, Nacional Educação Sanitária, Nacional de Febre Amarela, Nacional de Fiscalização da Medicina, Nacional de Lepra, Nacional de Malária, Nacional de Peste, Nacional de Tuberculose, Saúde dos Portos, Nacional de Câncer, Delegacias Federais de Saúde e Curso do Departamento Nacional de Saúde; Departamento Nacional da Criança; e Instituto Oswaldo Cruz (BRASIL, 1953).

⁵⁷ Os Institutos de Aposentadorias e Pensões criados entre os anos 1930 e 1950, e que ofereciam assistência médica às categorias de trabalhadores formais urbanas seguradas, foram unificados no INPS, que passou a ser responsável pela assistência médica previdenciária (CARVALHO, 1999).

custos do sistema, decorrentes da opção da medicina curativa e da incorporação tecnológica (CARVALHO, 1999).

O autor ainda ressalta que a expansão da cobertura desse sistema na década de 70 realizou-se por duas formas. A primeira foi pela inserção de novos grupos ocupacionais ao sistema previdenciário _ empregadas domésticas, trabalhadores autônomos e trabalhadores rurais. A segunda ocorreu pela extensão da oferta de serviços à população não previdenciária. Essa demanda crescente por serviços de saúde acontece no contexto de um processo político de tentativa de legitimação do regime militar que, principalmente a partir de 1974, implementou um esforço de inclusão da dimensão social ao seu projeto de desenvolvimento econômico, com o II Plano Nacional de Desenvolvimento.

Outro momento importante nesse período, analisado por Carvalho (1999), foi a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), em 1977, com a pretensão de ser o braço assistencial do sistema de saúde⁵⁸. Já, em relação ao Ministério da Saúde, apesar de este ser, na prática, o responsável pela formulação de políticas de saúde, era o Ministério da Previdência e Assistência Social que prevalecia na definição da política setorial, pois possuía a maior parte dos recursos públicos voltados à área de saúde.

Nos anos 1980, no contexto de democratização e de crise do Estado, houve uma série de mudanças políticas e institucionais relacionadas ao movimento sanitário e à luta pela expansão do direito à saúde (NORONHA e LEVCOVITZ, 1994).

Machado (2007) aponta que, os anos 1980 foram configurados pela grande fragmentação institucional no setor saúde, representada não só pela divisão de responsabilidades entre os Ministérios da Saúde e da Previdência, mas também pelos outros órgãos e entidades de diferentes vinculações e formas jurídicas, tais como o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), a Fundação Serviços de

⁵⁸ O Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) surge dentro de um contexto de aguçamento das contradições do sistema previdenciário, cada vez mais forçado pela crescente ampliação da cobertura e pelas dificuldades de redução dos custos da atenção médica. Quanto ao Sistema Nacional de Saúde, este fora criado formalmente pela Lei 6.229/75, com foco na superação da descoordenação que existia no campo das ações em saúde. Esta lei também confere ao Ministério da Saúde a formulação da política, a promoção ou execução das ações voltadas ao atendimento de interesses coletivos e concede ao Ministério da Previdência e Assistência Social, por meio do INPS (depois INAMPS), a responsabilidade pelas ações médico-assistenciais individualizadas (CARVALHO, 1999).

Saúde Pública, a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública, a Central de Medicamentos e a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).

Destaca ainda que uma das principais questões levantadas pelo movimento da reforma sanitária nesse período foi a mudança do modelo de atenção à saúde, de maneira que as políticas fossem orientadas pela concepção de saúde abrangente e pelas necessidades de saúde da população, amparadas na noção de saúde como direito social de cidadania⁵⁹.

A promulgação da nova Constituição Federal de 1988 representou um avanço nesse sentido, ao instituir o Sistema Único de Saúde e consagrar a saúde como direito de todos, de cunho universal, igualitário e solidário. Segundo Carvalho (1999), a instauração do SUS representou a requalificação do direito à saúde, que deixou de ser privilégio dos contribuintes da Previdência e se estendeu a todos os cidadãos. O Estado passou da condição de mera agência de seguro social em saúde, para ser o responsável pela garantia de saúde a todos os cidadãos⁶⁰.

Nesse contexto, Machado (2007) evidencia a ocorrência de importantes mudanças organizacionais na condução da política de saúde no Brasil, representadas por dois movimentos simultâneos. O primeiro refere-se à configuração do comando único dado ao Ministério da Saúde na condução da política nacional de saúde, por meio da incorporação do INAMPS em 1990 e sua posterior extinção em 1993. O segundo trata da descentralização político-administrativa, com a distribuição vertical de poder e o fortalecimento de milhares de entidades sanitárias no país, representadas pelas secretarias estaduais e municipais de saúde.

O Ministério da Saúde é um órgão da administração direta que, com a implantação SUS, passou a ser a nova autoridade sanitária nacional e, segundo Machado (2007), assumiu a responsabilidade de elaborar políticas de saúde, regular o sistema de saúde e financiar o provimento dos serviços, de forma solidária com os entes estaduais e municipais.

⁵⁹ Segundo Carvalho (1999), coube a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, o papel de sistematizar e disseminar politicamente um projeto democrático de Reforma Sanitária voltado à universalização do acesso, equidade no atendimento, integralidade da atenção, unificação institucional do sistema, descentralização, regionalização e hierarquização da rede de serviços, e participação da comunidade.

⁶⁰ Apesar do Sistema Único de Saúde instituir-se em 1988, sua regulamentação e formatação só aconteceram a partir dos anos 1990, com a promulgação da Lei 8.080/90 que dispôs sobre a organização dos serviços, com ênfase na descentralização político-administrativa, da Lei 8.142/90 que abordou a participação comunitária e o financiamento do sistema e com a elaboração de diversas Normas Operacionais Básicas nos anos 1991, 1993 e 1996 (CARVALHO, 1999).

Para responder às novas atribuições o Ministério foi modificando sua configuração ao longo do tempo. A autora identifica quatro diferentes momentos no processo de reordenamento institucional vinculado ao comando nacional do SUS, no período de 1990 a 2002.

O primeiro momento, situado entre 1990 e 1992, é considerado como de *formação inicial* do novo Ministério da Saúde, que teve como principais marcos: a incorporação do INAMPS “vivo” ao Ministério da Saúde, mantendo atribuições importantes de normatização e financiamento, e a constituição da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), através da incorporação da Fundação Serviços de Saúde Pública e da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública, passando a dirigir nacionalmente as ações de controle de endemias e epidemias.

O segundo é relativo ao período de 1993 a 1996, onde se observa a *reestruturação organizacional pró-unificação*, caracterizada pela extinção do INAMPS e pelo progressivo fortalecimento da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS). A SAS passa a comandar diversas ações do INAMPS e fica responsável pela gestão de políticas e programas que abarcam 90% dos gastos federais de saúde.

Posteriormente em 1997, verifica-se um momento considerado pela autora como de *enxugamento e fragmentação institucional*, pois reflete tanto a agenda geral de reforma de Estado, como a visão dos dirigentes federais, em relação às funções do Ministério da Saúde. Há como exemplos deste período a extinção do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição e a inativação da Central de Medicamentos, que são incorporados pelo Ministério da Saúde de forma fragmentada, por meio de diversos programas e em diferentes órgãos deste Ministério. Além disso, o processo de fragmentação é acentuado pela tentativa de enfraquecimento da Secretaria de Assistência à Saúde, com a criação da Secretaria de Políticas de Saúde (SPS) e transferência de algumas responsabilidades da SAS para a recém-criada SPS.

O quarto momento, de 1998 a 2002 é representado pelo aprofundamento da fragmentação institucional e pela ampliação das atividades do Ministério da Saúde. Machado (2007) denomina este período como de *diversificação de ações e fragmentação institucional* e assinala como principais modificações na estrutura administrativa do Ministério da Saúde nesse período: a criação de duas agências reguladoras da saúde _ a

Agência Nacional de Vigilância Sanitária e a Agência Nacional de Saúde Suplementar _ e o surgimento de novos departamentos _ incluindo o Departamento de Atenção Básica _ com redivisão das funções entre a Secretaria de Assistência à Saúde e a Secretaria de Políticas de Saúde, o que agrava ainda mais a fragmentação institucional.

3.2. Configuração institucional do Ministério da Saúde nos anos 2000

Na análise da estrutura do Ministério da Saúde no período compreendido entre 2000 e 2008, percebem-se alterações pontuais nos anos 2001 e 2006 e modificações mais significativas no ano de 2003. O Quadro 3.1 compara as principais secretarias e departamentos existentes no Ministério, segundo as estruturas regimentais vigentes nos anos de 2000, 2003 e 2006.

Quadro 3.1: Secretarias e departamentos do Ministério da Saúde, no período de 2000 a 2006

2000	2003	2006
Secretaria-Executiva	Secretaria-Executiva	Secretaria-Executiva
1. Subsecretaria de Assuntos Administrativos	1. Subsecretaria de Assuntos Administrativos	1. Subsecretaria de Assuntos Administrativos
2. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento	2. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento	2. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento
3. Depto de Informática do SUS (DATASUS)	3. Depto de Informática do SUS (DATASUS)	3. Depto de Informática do SUS (DATASUS)
4. Diretoria de Adm. do Fundo Nacional de Saúde	4. Diretoria-Executiva do Fundo Nacional de Saúde	4. Diretoria-Executiva do Fundo Nacional de Saúde
5. Unidades Descentralizadas (Núcleos Estaduais)	5. Depto de Apoio à Descentralização	5. Depto de Apoio à Descentralização
Depto Nacional de Auditoria do SUS	6. Unidades Descentralizadas (Núcleos Estaduais)	6. Unidades Descentralizadas (Núcleos Estaduais)
Consultoria Jurídica	Departamento Nacional de Auditoria do SUS	Consultoria Jurídica
Secretaria de Assistência à Saúde	Consultoria Jurídica	Secretaria de Atenção à Saúde
1. Depto de Sistemas e Redes Assistenciais	Secretaria de Atenção à Saúde	1. Depto de Atenção Básica
2. Depto de Desc. da Gestão da Assistência	1. Depto de Atenção Básica	2. Depto de Atenção Especializada
3. Depto de Controle e Avaliação de Sistemas	2. Depto de Atenção Especializada	3. Depto de Ações Programáticas Estratégicas
4. Instituto Nacional de Câncer	3. Depto de Ações Programáticas Estratégicas	4. Depto de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas
Secretaria de Políticas de Saúde	4. Depto de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas	5. Depto de Gestão Hospitalar no Estado do Rio de Janeiro
1. Depto de Atenção Básica	5. Instituto Nacional de Câncer	6. Instituto Nacional de Câncer
2. Depto de Ações Programáticas Estratégicas	Secretaria de Gestão do Trab. e da Educação na Saúde	Secretaria de Gestão do Trab. e da Educ. na Saúde
3. Depto de Ciência e Tecnologia em Saúde	1. Depto de Gestão da Educação na Saúde	1. Depto de Gestão da Educação na Saúde
Secretaria de Gestão de Inv. em Saúde	2. Depto de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde	2. Depto de Gestão e da Regulação do Trab. em Saúde
1. Depto de Projetos de Investimentos	Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos	Secretaria de Ciência, Tecnologia e Ins. Estratégicos
2. Depto de Gerenciamento de Investimentos	1. Depto de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos	1. Depto de Assistência Farmacêutica e Ins. Estratégicos
	2. Depto de Ciência e Tecnologia	2. Depto de Ciência e Tecnologia
	3. Depto de Economia da Saúde	3. Depto de Economia da Saúde
	Secretaria de Gestão Participativa	Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
	1. Depto de Articulação e Acompanh. da Reforma Sanitária	1. Depto de Apoio à Gestão Participativa
	2. Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS	2. Depto de Monitoramento e Aval. da Gestão do SUS
	Secretaria de Vigilância em Saúde	3. Depto de Ouvidoria-Geral do SUS
	1. Depto de Vigilância Epidemiológica	4. Depto Nacional de Auditoria do SUS
	2. Depto de Análise de Situação de Saúde	Secretaria de Vigilância em Saúde
		1. Depto de Vigilância Epidemiológica
		2. Depto de Análise de Situação de Saúde

Fonte: Elaboração própria, a partir dos decretos referentes à estrutura do Ministério da Saúde nos anos 2000, 2003 e 2006.

O ano de 2001 foi marcado por mudanças pontuais em duas secretarias. Na Secretaria Executiva cria-se uma estrutura para os programas e projetos estratégicos de abrangência nacional. Já na Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde é realizada a promoção das áreas de projetos e gerenciamento de investimentos em saúde, que passam da condição de Departamentos para Diretorias, porém mantêm as mesmas atribuições (BRASIL, 2001).

Em 2003, primeiro ano do Governo Lula, ocorre uma grande reestruturação do Ministério da Saúde. Observa-se uma tentativa de fortalecer a coordenação das ações de descentralização, com a transferência do Departamento de Apoio à Descentralização para a Secretaria Executiva. Há também a criação de uma nova Secretaria de Atenção à Saúde, decorrente da unificação das secretarias de Assistência à Saúde (antiga SAS) e de Políticas de Saúde (SPS). A nova secretaria passa a abranger os Departamentos de Atenção Básica e de Ações Programáticas Estratégicas (antes na SPS); os Departamentos de Atenção Especializada e de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (que incorporam as funções do Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais e de Controle e Avaliação de Sistemas, da antiga SAS); e o Instituto Nacional de Câncer.

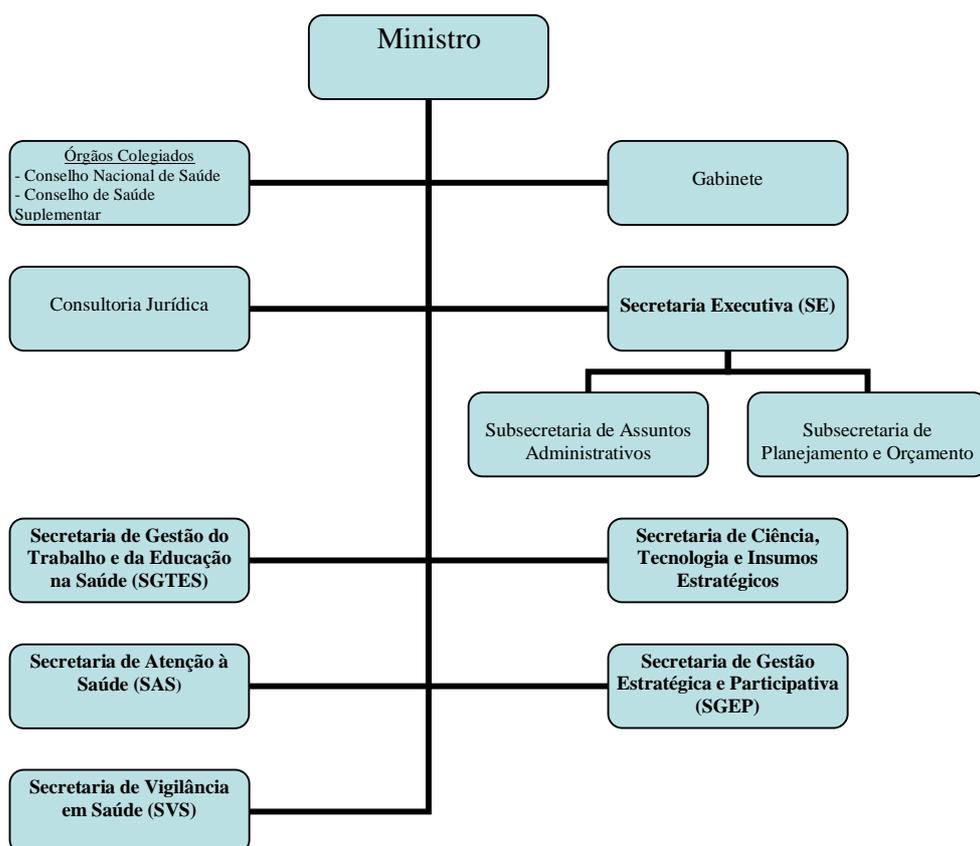
Salienta-se ainda a formação de quatro novas secretarias: a de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos; a de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; a de Vigilância em Saúde; e a de Gestão Participativa. Para Viana e Machado (2008), as duas primeiras secretarias surgiram com objetivo de preencher duas lacunas deixadas nos anos 1990, em campos considerados estratégicos – o de insumos e o de recursos humanos. A criação da Secretaria de Vigilância em Saúde representou a transferência para a administração direta do Ministério da Saúde, do comando nacional das políticas de vigilância epidemiológica, que até então estava sob a gestão da FUNASA. Já a Secretaria de Gestão Participativa foi estabelecida para viabilizar o desenvolvimento da gestão democrática do SUS, por meio do apoio aos Conselhos e Conferências de Saúde e relações diretas com movimentos sociais.

Segundo as autoras, essas modificações na estrutura do Ministério da Saúde, ocorridas em 2003, representaram passos importantes na tentativa de redução da fragmentação e delineamento de um novo desenho institucional mais condizente com as atribuições do ministério nos diversos campos de atenção à saúde, mesmo que o problema da fragmentação interna ainda não tivesse sido resolvido.

O Ministério da Saúde passou por uma nova reestruturação em 2006, de caráter mais incremental e pontual, decorrente de dois movimentos. O primeiro deles foi a criação do Departamento de Gestão Hospitalar no Estado do Rio de Janeiro, buscando melhorar a gestão das unidades assistenciais que se encontravam sob responsabilidade do Ministério da Saúde. O segundo referiu-se à concessão de novas atribuições à renomeada Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (BRASIL, 2006).

Em 2008, o Ministério da Saúde possuía a estrutura regimental demonstrada na figura 3.1.

Figura 3.1: Estrutura regimental do Ministério da Saúde em 2008



Fonte: Síntese Temática do MPOG referente a dezembro de 2008.

Em resposta às exigências e aos desafios impostos ao Ministério da Saúde, sua estrutura em 2008 é muito diferente daquela utilizada em 2000. Atualmente, o ministério conta com seis secretarias que são responsáveis por uma diversidade de funções na política de saúde. A Secretaria Executiva auxilia o Ministro de Estado na supervisão das atividades das demais Secretarias do Ministério da Saúde, coordena as atividades de organização e modernização administrativa, financeira, de recursos humanos, da informação, informática, de serviços gerais e de descentralização do SUS.

A Secretaria de Atenção à Saúde possui como principais ações a formulação e a implementação das políticas de atenção básica e especializada (BRASIL, 2006).

Já a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde foi criada em 2003, com a responsabilidade de formular políticas orientadas à gestão, formação, qualificação e regulação dos trabalhadores da saúde no Brasil. As principais iniciativas e ações conduzidas por esta secretaria desde então, voltaram-se para: (a) a desprecarização e regulação do trabalho, a qualificação da gestão, o aprimoramento do sistema de informações e o desenvolvimento da Rede de Observatórios de Recursos Humanos em Saúde⁶¹ _ na vertente da gestão do trabalho; (b) a formulação de estratégias, muitas em parceria com o Ministério da Educação, para incentivar as mudanças nos currículos de graduação, a formação em serviço e a regulamentação das residências multiprofissionais _ na vertente da educação na saúde (BRASIL, 2006).

A Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos é responsável pela Política Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde e da Política Nacional de Assistência Farmacêutica e de Medicamentos, articulando-se com organizações governamentais e não governamentais para o desenvolvimento científico e tecnológico em saúde (BRASIL, 2006).

A criação da Secretaria de Vigilância em Saúde em junho de 2003 reforçou a área de Vigilância Epidemiológica, considerada extremamente estratégica para o Ministério. A secretaria incorporou as atividades do extinto Centro Nacional de Epidemiologia e da

⁶¹ A Rede de Observatório de Recursos Humanos em Saúde foi uma iniciativa do Ministério da Saúde, em conjunto com o Programa de Cooperação Técnica da Representação da OPAS/OMS no Brasil. A Rede é coordenada pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e atualmente, compõe um projeto de âmbito continental, já implantado em 16 países da América Latina (MS, 2009).

Fundação Nacional de Saúde, além de reunir em sua estrutura todas as ações nacionais de prevenção e controle de doenças (BRASIL, 2003).

A Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, após a reestruturação do Ministério da Saúde em 2006, ganhou uma abrangência maior em suas competências, as quais incluem: o fortalecimento da participação social; a formulação e implementação da política de gestão democrática e participativa do SUS; a articulação das ações do Ministério da Saúde (referentes à gestão estratégica e participativa, com os diversos setores governamentais e não governamentais, relacionados aos condicionantes e determinantes da área de saúde); o apoio ao processo de controle social do SUS (para o fortalecimento da ação dos conselhos de saúde); a promoção (em parceria com o Conselho Nacional de Saúde); e a realização das Conferências de Saúde e das Plenárias dos Conselhos de Saúde (com o apoio dos demais órgãos do ministério) _ (BRASIL, 2006).

Além das secretarias, o Ministério da Saúde possui em sua estrutura oito entidades vinculadas⁶², conforme quadro 3.2.

Quadro 3.2: Entidades vinculadas ao Ministério da Saúde em 2008

AUTARQUIAS	Agência Nacional de Vigilância Sanitária	Agência Nacional de Saúde Suplementar	
FUNDAÇÕES PÚBLICAS	Fundação Nacional de Saúde	Fundação Oswaldo Cruz	
SOCIEDADES DE ECONOMIA MISTA	Hospital N ^a . S ^a . da Conceição S/A	Hospital Fêmina S/A	Hospital Cristo Redentor S/A
EMPRESA PÚBLICA	Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia		

Fonte: Síntese temática do MPOG referente a dez de 2008.

⁶² A situação do quadro de trabalhadores da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, da Agência Nacional de Saúde Suplementar e da Fundação Oswaldo Cruz será analisada nos capítulos 4 e 5. As demais entidades vinculadas ao Ministério da Saúde não serão abordadas neste estudo.

3.3. Os trabalhadores do Ministério da Saúde do nível central

Após a Constituição de 1988 e a Lei Orgânica de 1990, com a instituição do Sistema Único de Saúde e com a incorporação e posterior extinção do INAMPS, o Ministério da Saúde assume um novo papel e necessita de um quadro de trabalhadores condizente com as novas atribuições.

Desde sua constituição, o quadro de pessoal do Ministério da Saúde é composto por diferentes tipos de vínculos e por servidores advindos de órgãos extintos. Segundo Silva (2006), inicialmente o ministério incorporou parte dos servidores do Departamento de Administração do antigo Ministério da Educação e Saúde e a partir dos anos 1990 absorveu servidores do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social; da Fundação das Pioneiras Sociais; da Central de Medicamentos; e do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. Além disso, contou com um expressivo número de servidores redistribuídos da Legião Brasileira de Assistência e da Fundação para a Criança, Infância e Adolescência, antiga Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor.

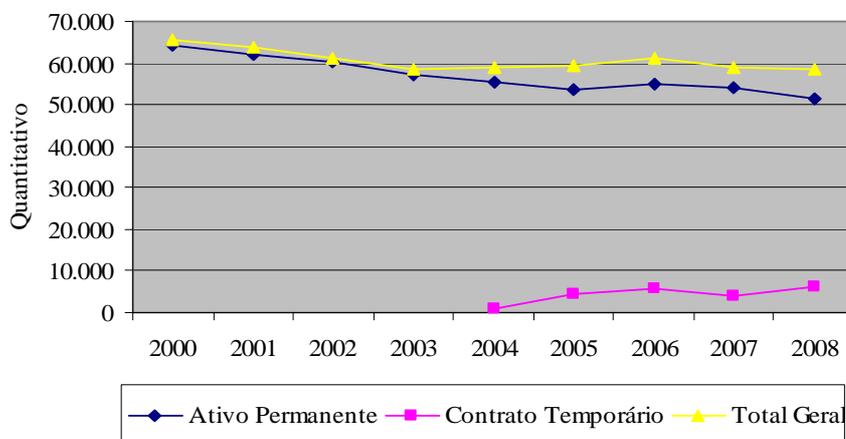
Dos anos 1990 até o início dos anos 2000, o quadro de trabalhadores do ministério foi impactado pelas medidas do governo Collor e principalmente pela Reforma de Estado durante o governo de Fernando Henrique Cardoso, que não priorizou as carreiras vinculadas às políticas sociais, entre as quais a da saúde. Segundo estudo da UNB (2004), este período é marcado pela redução de 47 mil servidores, representando 38% do quadro de servidores ativos do Ministério da Saúde. Este cenário é resultante da aposentadoria de um grande número de servidores procedentes do extinto INAMPS, da Administração do Ministério da Saúde e da Fundação Nacional de Saúde aliada à realização de apenas um concurso público em 1995, voltado unicamente ao preenchimento de 1406 vagas nos hospitais do Rio de Janeiro. Neste período, o ministério da Saúde, quando comparado aos outros ministérios, foi o que proporcionalmente mais diminuiu seu quadro de servidores ativos.

Esse contexto levou à configuração de um quadro de pessoal híbrido no Ministério da Saúde, com a utilização de trabalhadores de vínculos alternativos para atender às demandas da saúde. Atualmente o quadro de pessoal do ministério é composto por

servidores efetivos, requisitados, nomeados sem vínculo, em exercício descentralizado, contratos temporários, consultores e terceirizados.

Os trabalhadores do Ministério da Saúde estão distribuídos na sede localizada no Distrito Federal, nos núcleos estaduais, no Centro de Referência Prof. Hélio Fraga, no Instituto Evandro Chagas, no Centro Nacional de Primatas, nos hospitais federais do Rio de Janeiro e cedidos às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e Hospitais Universitários (MS, 2007). Para um mapeamento inicial, foram utilizados dados relativos à evolução total de funcionários do Ministério da Saúde no período de 2000 a 2008, extraídos da síntese temática do Ministério do Planejamento, resumidos na Figura 3.2 e na Tabela 3.1. Ressalte-se que esses dados incluem todos os servidores federais da saúde concursados e os contratos temporários (os da sede em Brasília, os dos núcleos estaduais, dos hospitais, dos centros e institutos), porém não incluem os consultores e terceirizados.

Figura 3.2: Evolução dos servidores do Ministério da Saúde, de 2000 a 2008



Fonte: Síntese Temática do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG), dezembro/08.

Tabela 3.1: Evolução do quadro de trabalhadores do Ministério da Saúde, de 2000 a 2008

Vínculo	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Anistiado ADCT CF *	2	1	1	0	0	0	0	0	0
Ativo por Lei 8.878/94 **	358	347	9	0	0	0	0	0	0
Ativo permanente	63.716	61.786	60.284	57.263	55.162	53.618	54.936	53.934	51.601
Tot Ativo Permanente	64.076	62.134	60.294	57.263	55.162	53.618	54.936	53.934	51.601
Cedido	1179	1308	710	712	753	766	471	449	447
CLT ANS dec. judicial ***							2	4	5
Excedente à Lotação ****	27	32	32	7	8	8	6	8	8
Exercício desc. de carreira	42	50	56	48	58	58	78	70	65
Lotação Provisória	0	1	1	2	1	1	0	0	1
Natureza Especial*****	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Redistribuído	63	48	1	1	0	0	0	0	0
Requisitado de outros órgãos	12	11	10	14	15	11	26	42	49
Requisitado	163	159	147	179	176	187	187	159	137
Requisitado Militar	0	0	0	0	0	1	1	0	0
Total de Servidores	65.563	63.744	61.252	58.227	58.174	54.651	55.708	54.667	52.314
Celetista *****	66	68	71	67	50	48	45	42	38
Contrato temporário	0	0	0	0	745	4527	5565	4132	6179
TOTAL GERAL	65.629	63.812	61.323	58.294	58.969	59.226	61.318	58.841	58.531

Fonte: Síntese Temática do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG), dezembro/08.

Notas: * Anistiado ADCT CF: anistiado na situação de estável, segundo os termos do art. 8º, do ADCT, da CF/88.

** Ativo por Lei 8.878/94: anistiado não estável.

***CLT ANS dec. judicial: anistiado inserido como celetista.

****Excedente à lotação: reintegrado ao Ministério da Saúde em cargo já extinto.

*****Natureza especial é o Ministro da Saúde.

*****Celetista: servidor inserido no ministério como CLT por decisão judicial.

No geral, considerando os servidores permanentes e os contratos temporários no período, há uma diminuição de 10,8% do contingente de trabalhadores do Ministério da Saúde. Observa-se um decréscimo significativo do número de servidores ativos permanentes do Ministério, que passa de 64.076, em 2000, para 51.601, em 2008, representando uma diminuição de 19,4% no período. Já o número de profissionais dos contratos temporários da União aumenta substancialmente a partir de 2004, de um total de 745, em 2000, para 6.179, em 2008. Vale ressaltar que, apesar do aumento desta modalidade, os contratados não substituem os servidores efetivos, pois estes últimos são os que podem propiciar, ao longo do tempo, uma continuidade real às políticas de saúde.

Os servidores do Ministério da Saúde, segundo Nogueira, Vianna e Piola (2006), integram dois planos de carreira: o Plano de Classificação de Cargos (PCC) e o Plano de Carreira da Seguridade Social e do Trabalho. O PCC foi criado em 1970 e surgiu inicialmente como uma maneira de agrupar os servidores em classes, mas recebeu posteriormente algumas características de carreira. Já o Plano de Carreira da Seguridade e do Trabalho originou-se em 2002, com o objetivo igualmente limitado de classificar os servidores da administração federal que ocupavam cargos isolados, ou seja, que não faziam parte de qualquer tipo de carreira. O grupo especial de sanitaristas concursados no final dos anos 1970 foi inserido nesta carreira, que na atualidade é a que abarca a maior parte dos servidores do ministério⁶³.

Salienta-se também que, segundo dados do Ministério da Saúde em 2008, apesar de a maioria dos servidores possuírem nível superior, 78,8 % dos servidores ativos do ministério estão oficialmente enquadrados na carreira em cargos de nível intermediário.

Em que pese a relevância da análise da evolução geral acima descrita, para efeitos deste estudo optou-se por analisar em maior profundidade somente o quadro de trabalhadores do Ministério da Saúde lotados na sede em Brasília⁶⁴. Essa opção se deve, em primeiro lugar, à responsabilidade estratégica do núcleo central do Ministério no delineamento de diretrizes e formulação das políticas de saúde no Brasil. Em segundo lugar, à necessidade de focalizar mais a pesquisa de campo, com vistas ao levantamento de dados primários sobre o quantitativo de trabalhadores com vínculos de outros tipos (terceirizados, consultores), não disponíveis nos boletins do MPOG.

Para tanto, foram coletados dados diretamente no Ministério da Saúde. Obteve-se o quantitativo dos trabalhadores lotados no núcleo central referente ao ano de 2007, bem como sua distribuição por tipos de vínculos e áreas do Ministério⁶⁵. Além disso, foram levantadas informações sobre outras variáveis, como distribuição dos trabalhadores por sexo, faixa etária, escolaridade, remuneração e ocorrência de concurso público.

⁶³ Silva (2006) sinaliza a necessidade de elaboração de uma carreira própria à saúde que contemple suas especificidades e reorganize os padrões da carreira do Ministério da Saúde, pois 88% dos servidores encontram-se no último padrão de seus cargos, não possibilitando promoções.

⁶⁴ Além disso, nos capítulos seguintes (4 e 5) é apresentada e discutida a situação dos trabalhadores das agências reguladoras da saúde e da FIOCRUZ.

⁶⁵ Não foi possível a obtenção das informações detalhadas por tipo de vínculo para outros anos.

Em relação ao quadro de trabalhadores do núcleo central do Ministério, verifica-se uma força de trabalho composta por servidores, contratos temporários, consultores e terceirizados (Tabela 3.2). A tabela não inclui os servidores requisitados, nomeados sem vínculo e em exercício descentralizado.

Tabela 3.2: Distribuição dos trabalhadores do núcleo central do Ministério da Saúde em 2007

Servidor Efetivo		Contrato Temporário		Consultor		Terceirizado		Total
n	%	n	%	n	%	N	%	N
1.054	26	168	4	1.305	32	1.513	38	4.040

Fonte: elaboração própria baseada em dados de 2007 fornecidos pelo o Ministério da Saúde.

Em 2007, do total de trabalhadores que atuavam na sede do Ministério da Saúde os menores percentuais eram de servidores efetivos (26%) e de contratos temporários (4%). Em contrapartida, existia um expressivo número de terceirizados (38%) e de consultores (32%), que juntos representavam 70% do total do quadro de trabalhadores do ministério.

Um dos maiores problemas dessa situação, segundo Nogueira, Vianna e Piola (2006), é a carência de servidores efetivos para a execução de atividades que atualmente são exercidas por consultores e terceirizados. Os consultores atuam no planejamento estratégico, direção de programas nacionais, vigilância em saúde, assessoram questões de modelos assistenciais, dentre outras atividades⁶⁶. Já os terceirizados trabalham em funções administrativas.

Outro problema refere-se à remuneração dos trabalhadores que integram o quadro de pessoal, lotado na sede do ministério. Levantamentos internos sugerem que os consultores possuem uma faixa salarial muito acima da recebida pelos servidores efetivos. Além disso, os terceirizados de nível intermediário e superior também podem receber valores superiores àqueles pagos aos profissionais de carreira, o que pode gerar problemas e constrangimentos no trabalho. A Tabela 3.3 ilustra a remuneração média mensal dos

⁶⁶ Nogueira, Vianna e Piola (2006) relatam que, de acordo com a concepção originária das iniciativas de Reforma do Estado nos anos 1990, as atividades mais especializadas na saúde deveriam ser exercidas por servidores da carreira do Ciclo de Gestão, sobretudo pelos Especialistas em Políticas Públicas e Gestão Governamental, que atualmente integram todos os ministérios. Todavia, há uma grande lacuna desses servidores no que se refere ao conhecimento especializado no campo das disciplinas da saúde coletiva (incluindo a epidemiologia). Segundo os autores, neste campo seriam necessários profissionais de carreira com um perfil de funções técnicas abrangentes, como as que antigamente eram exercidas pelos sanitaristas.

servidores, aposentados, consultores e terceirizados vinculados às empresas Workime e CTIS, lotados na sede do Ministério da Saúde no ano de 2006.

Tabela 3.3: Remuneração mensal em R(\$) dos trabalhadores do Ministério da Saúde em 2006

VÍNCULO	NÍVEL AUXILIAR	NÍVEL INTERMEDIÁRIO	NÍVEL SUPERIOR
Servidor Ativo, última ref. da CSST	1.002,47	1.423,08	2.102,65
Aposentados e Pens. última ref. da CSST		925,02	1.312,65
Consultores/MS-Sede			De 2.500 a 6.100 (média de 4.000,00)
Workime/MS-Sede Empresa terceirizada	400,00 a 800,00	900,00 a 2.000,00	1.800,00 a 4.000,00
CTIS-Empresa terceirizada		965,00 a 1.931,00	2.172,00 a 4.224,00

Fonte: Silva (2006).

Nogueira, Vianna e Piola (2006) apontam a necessidade de uma carreira mais moderna, que contemple e valorize de forma efetiva os servidores do Ministério da Saúde, principalmente os do núcleo central. Contudo, salientam que para uma composição ideal desta estrutura de cargos não seria preciso criar uma carreira única para o Ministério da Saúde, pois poderia combinar cargos transversais da administração pública federal com cargos específicos de gestão e conhecimento em saúde.

Em entrevista à publicação oficial do Ministério da Saúde, a coordenadora geral de recursos humanos do Ministério (Espírito Santo, 2009) afirma que a solução definitiva para o preenchimento de vagas com servidores de nível superior e formação mais especializada seria resolvida pela aprovação do Projeto de Lei que está em tramitação no Congresso Nacional. Este projeto prevê a criação da Carreira de Desenvolvimento de Políticas Sociais, composta por 2400 cargos de Analista Técnico de Políticas Sociais, de nível superior⁶⁷.

A tabela 3.4 apresenta a distribuição interna dos trabalhadores do núcleo central do ministério por áreas de lotação (secretarias, departamentos, órgãos de assessoria) e

⁶⁷ O Projeto de Lei que cria a Carreira de Desenvolvimento de Políticas Sociais foi assinado por Paulo Bernardo Silva e expõe como justificativa a possibilidade da administração pública federal poder recrutar servidores com alto nível de qualificação para execução de atribuições técnicas especializadas em programas e projetos no campo social (BRASIL, 2008).

conforme os tipos de vínculos (servidores efetivos, requisitados, nomeados sem vínculo, em exercício descentralizado, contratos temporários, consultores e terceirizados).

Tabela 3.4: Distribuição dos trabalhadores do núcleo central do Ministério da Saúde em 2007

UNIDADE	VÍNCULOS PERMANENTES			VÍNCULOS A SUBSTITUIR			TOTAL TRAB.	% VINC PERM/TOTAL	
	SERV. EFET.	REQ./NOM. ₁	EXERC. DESC. ²	CONT. TEMP.	CONSULT. ³	TERC.			
CONS.NAC. DE SAÚDE	4	3	0	0	0	20	27	25,9	
GAB DO MINISTRO	105	49	0	1	0	72	227	67,8	
CONSULT. JURIDICA	16	19	21	0	0	28	84	66,6	
SE	DIR.SEC EXEC.	61	19	2	18	238	439	18,6	
	SUBSEC ASSUNT ADMINIST	424	62	4	9	0	335	834	58,7
	SUBSEC PLANEJ E ORÇAM	25	33	9	0	0	15	82	81,7
	DEPTO DE INFORMÁTICA DO SUS	19	2	0	20	241	155	437	4,8
	DIRET EXEC DO FUNDO NAC. SAÚDE	51	15	3	17	14	111	211	32,7
	DEPTO DE APOIO A DESCENT	10	7	1	0	37	0	55	32,7
SEC. DE GESTÃO TRAB. E EDUC EM SAÚDE	30	21	0	19	55	55	180	28,3	
SEC. DE ATENÇÃO A SAÚDE	110	60	4	33	101	101	409	42,5	
SEC. DE C. T. E INS. ESTRATÉGICOS	13	20	10	23	103	38	207	20,7	
SGEP	SEC. GESTAO ESTRAT. E PARTICIPATIVA	19	34	1	4	0	248	306	17,6
	DEPART. NAC DE AUDIT DO SUS	57	0	0	0	0	57	57	100
SEC. DE VIGILÂNCIA EM SAUDE	110	23	0	24	516	234	907	14,6	
TOTAIS	1054	367	55	168	1305	1513	4462	33	
	1476			2986					

Fonte: Dados fornecidos pelo Ministério da Saúde, referentes a junho de 2007.

Notas: (1) Servidores Requisitados de outros órgãos ou Nomeados sem vínculo.

(2) Exercício Descentralizado são servidores de Carreiras do MPOG, em exercício nas Unidades do Ministério da Saúde e servidores da Advocacia Geral da União na Consultoria Jurídica.

(3) Os consultores são pagos pela cooperação técnica internacional e estão listados com base na Unidade que é Gestora do Projeto.

Observa-se que o total de servidores permanentes representava apenas 33% do quadro de trabalhadores que atuavam nas unidades do nível central do Ministério da Saúde em 2007. As áreas com maior proporção de servidores no total de trabalhadores eram o Departamento de Auditoria do SUS (100%) e a Subsecretaria de Planejamento e Orçamento

(81,7%). No entanto, estas duas unidades possuem poucos trabalhadores em números absolutos.

As outras áreas que apresentam mais de 50% de servidores são: o Gabinete do Ministro, a Consultoria Jurídica e a Subsecretaria de Assuntos Administrativos.

O Departamento de Informática do SUS (4,8%), a Secretaria de Vigilância em Saúde (14,6%) e a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (17,6%) são as áreas com os menores percentuais de servidores.

Ao se analisar a Secretaria Executiva, verifica-se que somente na Subsecretaria de Assuntos Administrativos e na Subsecretaria de Planejamento e Orçamento os servidores permanentes ultrapassam a 50% do quadro. A Diretoria da Secretaria Executiva e o Departamento de Informática do SUS utilizam um grande quantitativo de consultores. A existência de 55% de consultores no quadro do Departamento de Informática do SUS chamou atenção, assim como o alto índice de contratados por terceiros nessa unidade.

Salienta-se que, dentre os vínculos alternativos, o maior número absoluto (516) e o maior percentual de consultores (56%) é encontrado na Secretaria de Vigilância em Saúde. Já a maior proporção de terceirizados é observada na Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (81%).

O quadro de trabalhadores da Secretaria de Atenção à Saúde, unidade cujas políticas são responsáveis pela maior parte da execução orçamentária do Ministério da Saúde, compreende 42% de servidores permanentes. Isso pode ter relação com a trajetória mais antiga dessa área. Ainda assim, observa-se um alto percentual de consultores e de terceirizados (cerca de 25% cada), o que é preocupante em uma área tão estratégica, que requer conhecimento técnico especializado e mobiliza um volume expressivo de recursos.

Em síntese, no exame geral do quadro de trabalhadores do nível central do Ministério, destaca-se a carência de servidores permanentes concursados. Segundo a Coordenadora de Recursos Humanos do Ministério, esse problema perpassa todas as áreas. Porém, se fosse necessário priorizar algumas delas, a dirigente escolheria a de Promoção e Atenção à Saúde, a de Compras de Insumos Estratégicos e a de Fundo Nacional de Saúde, pois o funcionamento atual dessas áreas é altamente dependente dos consultores e dos terceirizados, o que torna a relação profissional precária e, muitas vezes, leva a descontinuidade das políticas para a saúde (ESPÍRITO SANTO, 2009).

Dos anos 2000 a 2005, o Ministério da Saúde não conseguiu ter prioridade na realização de concursos públicos. Os primeiros concursos nos anos 2000 só ocorreram em 2006 e 2007, para atender às necessidades mais prementes dos hospitais federais. Ao todo, foram 4.806 vagas, mas ainda permaneceram as lacunas na área de gestão e finalística (MPOG, 2008).

A escassez de concursos, aliada ao perfil dos servidores do ministério, agrava ainda mais essa situação. Segundo dados do Ministério da Saúde relativos a 2008, 61% dos servidores ativos possuíam mais de 50 anos de idade e 52% eram do sexo feminino. Ao realizar a previsão de aposentadoria dos servidores⁶⁸, o ministério inferiu que em cinco anos 17.942 servidores poderiam se aposentar, o que representava 29% do total. Em dez anos este número seria mais que o dobro, ou seja, 26.079 servidores se aposentariam, significando a perda de 57% do total de servidores ativos do ministério.

O quadro de trabalhadores do Ministério da Saúde pode ter se configurado dessa forma, segundo Nogueira, Vianna e Piola (2006), em parte devido à função de expansão e consolidação do SUS que, no esforço de realizar a descentralização da gestão da saúde e de desconcentrar os recursos, cedeu aos estados e municípios um enorme quantitativo de servidores públicos, o que resultou na não disponibilidade de um adequado número de servidores efetivos para a execução de suas atividades mais peculiares.

Porém, conforme reconhecido pela coordenadora de recursos humanos do ministério, a partir de 2008 há uma nova tendência na direção de recompor o quadro de pessoal do Ministério da Saúde, inclusive para o nível central (ESPÍRITO SANTO, 2009). Primeiramente, em 2008, foram disponibilizadas 1000 vagas para o cargo de agente administrativo. Destas, 600 seriam direcionadas à sede do ministério. Além disso, a partir de 2009, surge a perspectiva de substituir os terceirizados _ em consonância ao acordo firmado entre a União e o Ministério Público do Trabalho _ e de contratar técnicos com formação superior que foram aprovados por processo seletivo simplificado.

⁶⁸ Considerou-se o tempo mínimo para aposentadoria previsto em lei: para os homens, 60 anos de idade e 35 anos de contribuição; para as mulheres, 55 anos de idade e 30 anos de contribuição.

Capítulo 4 - As agências reguladoras da saúde e seus trabalhadores

4.1. Contexto de conformação e papel das agências reguladoras na saúde

No entendimento de vários autores (CASTOR, 2000; MARQUES, 2003), a “regulação” consiste na intervenção e restrição pelo poder público da escolha ancorada em interesses públicos; portanto uma função do Estado que trata do firmamento das regras do jogo⁶⁹.

A regulação de mercados pode ser vista como uma atribuição inerente ao Estado moderno, que assumiu diversas formas, segundo seu contexto histórico. Dentre as ações regulatórias do Estado na economia, há o exemplo da regulação pública com regime de propriedade privada, tipicamente espelhada no modelo americano, fundamentada em um tipo institucional peculiar de agência regulatória, favorecida por graus não triviais de autonomia. Este tipo de configuração difundiu-se enormemente no período pós-privatização na Europa e na América Latina, buscando construir um aparato administrativo racional e despolitizado (MELO, 2001).

Segundo o autor, foi essencial, para obtenção desse resultado, resguardar a independência das agências, de forma a retirá-las da influência de fatores políticos de curto prazo. Para isso, criaram-se dispositivos institucionais para despolitizar a administração da coisa pública, insulando as “policies da politics”. Um dos pressupostos básicos dessa argumentação era que o ambiente democrático colocava em risco a racionalidade econômica.

Outro ponto que ancorou a criação das agências regulatórias em alguns países foi a necessidade de garantir credibilidade a um novo contexto que se conformava, associado às privatizações de empresas de utilidade pública. A delegação de poder decisório a essas agências diminuía a probabilidade de “expropriação administrativa” de rendas e esteve fortemente condicionada a uma governança regulatória mais ampla dos países.

⁶⁹ Segundo Boyer (1990), reconhecido como um dos principais autores da Escola Francesa de Regulação, entende-se por regulação o processo dinâmico de adaptação da produção e da demanda social, ou seja, um encontro de ajustamentos econômicos combinados a uma configuração das relações sociais, formas institucionais e estruturais assumidas em um determinado período histórico, contribuindo para um equilíbrio da ordem, que está incessantemente sendo colocada em questão. Neste sentido, o modo de produção capitalista surge como uma totalidade estruturada e dinâmica, levando a uma substituição do conceito de equilíbrio de mercados _ regulador universal de comportamentos individuais _ para o conceito de reprodução, que condensa um conjunto de práticas essenciais ao aprofundamento da relação social constitutiva da forma de produção, traduzindo o capitalismo numa linguagem das estruturas.

No entanto, o autor salienta a existência de um ponto controverso no que diz respeito à delegação e à responsabilização dessas agências regulatórias, consideradas como dois pólos de uma tensão não resolvida no funcionamento das comunidades democráticas, cuja autonomia decisória e delegação implicam crescente déficit democrático e insuficiente responsabilização de seus dirigentes⁷⁰.

No Brasil, a iniciativa de criação das agências reguladoras fez parte de um contexto mais amplo de uma política de reforma regulatória e expressa uma dada perspectiva histórica. Dessa forma, compreende-se melhor a persistência de algumas características presentes nos esforços de reforma da administração brasileira, evidenciados pela trajetória política e atuação de seus atores (PECI, 2007).

Segundo a autora, o Brasil entrou, nos anos 1970, num processo de crise de Estado de cunho estrutural e conjuntural, principalmente em relação à estrutura burocrática e ao setor produtivo. Com o advento das reformas de cunho neoliberal, o país centrou sua estratégia na desestatização, passando o eixo da economia brasileira de produção e acumulação para o setor privado, sem a ocorrência de uma prévia discussão com a sociedade civil, pouco considerando a relação entre o Estado e a comunidade.

Acrescente-se a isso que os motivos que estimularam a criação de estruturas regulatórias no Brasil, nos anos 1990, diferenciaram-se daqueles ocorridos em outros países. Em nosso país, esta função regulatória sempre existiu através das estruturas diretas de ação do Estado. Porém, no período pós-privatização, esta atribuição ganhou mais força dentro do novo cenário, onde a participação privada tornou-se crucial para os setores públicos, que até então possuíam características de monopólio natural.

A função regulatória também teve como fundamentos a necessidade de delegação do Executivo na criação de credibilidade regulatória e na quebra da rigidez do modelo burocrático consagrado pela Constituição de 1988. No Brasil, o debate centrou-se em ter “mais ou menos” governo, política, burocracia e controles burocráticos (PACHECO, 2006).

⁷⁰ Dois argumentos são normalmente utilizados para justificar a independência e a autonomia das agências quando estas são fortemente criticadas. O primeiro defende que as perdas decorrentes da delegação são pouco significativas e que em relação à falta de controle e responsabilização existem formas indiretas de controle operando. O segundo afirma que a delegação foi uma escolha racional de governantes num contexto econômico de globalização (MELO, 2001).

Segundo Nogueira (2002), as agências reguladoras, criadas a partir de 1996, resultaram de uma confluência ocasionada entre a reforma do aparelho do Estado e a execução de desestatização da economia brasileira, no governo de FHC.

Este Governo tinha como proposta de Reforma a descentralização da prestação de serviços públicos para esferas subnacionais e para o setor público não estatal, na tentativa de tornarem-se mais “parecidos” com o mercado, flexibilizando a gestão pública (PACHECO, 2006).

Além disso, pautou-se no fortalecimento do núcleo estratégico do Estado, que seria o responsável pela elaboração de políticas públicas e pelas novas funções de regulação. Para tanto, o modelo previa a atuação de entes independentes e autônomos para o desempenho das atividades exclusivas do Estado, tais como regulação e fiscalização⁷¹.

No entanto, o cenário modificou-se com a extinção do MARE, em 1998, descontinuando os projetos propostos no Plano Diretor⁷². Enquanto o Programa Nacional de Desestatização ganhava força no governo e o setor privado crescia em diversas áreas de infra-estrutura, a reforma gerencial fracassava relativamente e perdia força pela falta de apoio do governo e pela incapacidade de sobrepor-se ao predomínio econômico (PECI, 2007).

Pacheco (2006) salienta que as agências reguladoras surgiram nas áreas de infra-estrutura e na área social. A maioria das agências de infraestrutura nasceu associada ao processo de privatização, no intuito de intervir nos monopólios naturais. Nesses setores, a regulação visava promover a universalização do acesso aos serviços e a competição dessas áreas que anteriormente eram de monopólios naturais, corrigindo falhas de mercados. São exemplos dessas agências de infraestrutura: a Agência Nacional de Telecomunicações; a Agência Nacional de Energia Elétrica; a Agência Nacional de Petróleo; a Agência Nacional

⁷¹ A questão da independência dos entes reguladores foi vista como uma das premissas-chave do modelo e também como objeto de controvérsia (PECI, 2007). Outro aspecto importante pontuado por Pacheco (2006) referiu-se a não apresentação de uma proposta específica para a criação dos entes regulatórios no Plano Diretor, sendo inserido nas demais atividades exclusivas de Estado, dentro da proposta de “agências autônomas”.

⁷² A criação das agências reguladoras não teve o MARE como lócus de formação, e sim a Casa Civil. Apesar de a iniciativa ter sido do Poder Executivo, considerou-se que coube ao Poder Legislativo trazer para a agenda a discussão do grau de autonomia dos entes reguladores. Além do Poder Legislativo, outro ator relevante para a criação das agências foi o Conselho de Reforma do Estado, órgão de assessoria do presidente da República, composto por intelectuais (PACHECO, 2006).

de Transportes Aquaviários; a Agência Nacional de Transportes Terrestres; e a Agência Nacional de Água.

Já na área social, a regulação abrangia os direitos dos usuários e a qualidade dos serviços. A natureza de suas atividades parecia estar mais relacionada a uma atuação de fiscalização do Estado, do que de regulação de mercados ou de promoção da concorrência. Mesmo assim, a autora enfatiza a necessidade de regulação, em decorrência das falhas de mercados relacionadas à grande assimetria de informação (pró-firmas), externalidades negativas, risco moral e seleção adversa. Nesse âmbito, são exemplos as seguintes agências: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Agência Nacional de Saúde Suplementar e Agência Nacional do Cinema.

Porém, Pacheco (2006) relata que, na área social, não seriam necessárias agências reguladoras independentes, pois suas tarefas poderiam ser atribuídas aos órgãos de defesa da concorrência e a uma agência de administração indireta, que verificasse a qualidade dos serviços realmente prestados e o respeito aos direitos dos usuários. Segundo o Plano Diretor (BRASIL, 1995), o modelo mais adequado para órgãos voltados à fiscalização e ao fomento seria o das agências executivas, com atribuições no exercício de poder de Estado.

Nesta linha, Nogueira (2002) observou a prevalência de uma interpretação equivocada, que considerava que todas as agências estariam voltadas para uma regulação de relações econômicas. O autor defendeu a idéia de que o referido modelo não se aplicaria às duas agências da saúde, ou seja, a ANVISA e a ANS, pois estas possuiriam funções primordiais no campo da política social. Tal situação obrigaria o poder de regulação dessas agências a examinares os princípios e diretrizes peculiares às mesmas, de forma a promoverem a saúde como um direito social de cidadania, tal como foi estabelecido pela Constituição.

De acordo com Pacheco (2006), a ANS e ANVISA foram criadas pelo forte empenho do então ministro da Saúde, José Serra, o que pareceu mais uma busca de autonomia para alavancar o desempenho institucional. Em 2003, o novo governo de Lula considerou que as agências gozavam de autonomia excessiva e que o modelo dessas agências reguladoras deveria ser revisto. Porém, o projeto de lei que modificava dispositivos da legislação manteve as agências reguladoras existentes e ainda promoveu uma maior uniformização institucional entre elas.

As agências reguladoras da área social nos seus primeiros anos de funcionamento passaram por problemas financeiros, administrativos e principalmente de pessoal, o que resultou na deficiência de composição de um quadro próprio de servidores e, em especial, de um corpo técnico⁷³ (PECI, 2007).

Tal situação foi agravada por mais duas medidas: instauração de liminar _ que suspendeu a validade de alguns artigos da Lei das Agências, dificultando a realização de concursos e obrigando as Agências a contratarem profissionais temporários, o que gerou um alto índice de rotatividade de pessoal _ e utilização de outros tipos de profissionais _ como servidores cedidos por outros órgãos, cargos comissionados, em exercício de subordinação administrativa, e consultores.

A análise relativa às agências reguladoras da saúde será aprofundada nos próximos tópicos da dissertação. Primeiramente será abordada a situação do quadro de trabalhadores da ANVISA e, posteriormente, a dos trabalhadores da ANS, no período de 2000 a 2008.

4.2. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária e seus trabalhadores

Segundo Piovesan (2002), a preocupação com o controle sanitário no Brasil vem desde os tempos do Império, destacando-se o controle dos portos e, posteriormente, o controle das moléstias transmissíveis comuns naquela época, tais como: febre amarela, cólera, peste, difteria, escarlatina e sarampo.

O termo “vigilância sanitária” começou a ser utilizado na denominação do campo da saúde pública responsável pela proteção da saúde, por meio da erradicação ou diminuição do risco envolvido no uso e consumo de tecnologias referentes a produtos e serviços e nas condições ambientais (LUCCHESI, 2001).

As políticas sanitárias brasileiras foram constituindo-se por um mosaico de normas, traduzidas por preocupações políticas, econômicas e sanitárias de cada período, num

⁷³ Este acontecimento foi decorrente em parte da impugnação pelo Supremo Tribunal Federal da composição do quadro próprio, através de uma Ação Direta de Inconstitucionalidade direcionada à Lei das Agências nº 9.986/2000, proposta pelo Partido Comunista do Brasil e pelo Partido dos Trabalhadores. Esta Lei dispunha sobre o quadro próprio de servidores e sua contestação ancorou-se no argumento de que a mesma estivesse em desacordo com a Emenda Constitucional nº 19, que estabelecia as funções de fiscalização e regulação como atividades típicas de Estado (PECI, 2007).

processo de avanços e regressões, de desenvolvimento instável e eficiência aquém da grande complexidade produtiva e social⁷⁴ (PIOVESAN, 2002).

Some-se a isso que sua trajetória histórica foi delineada por fatos político-institucionais importantes, ressaltando-se aqui somente os considerados mais relevantes. Com a criação do Ministério da Educação e Saúde em 1937, no governo Vargas, inicia-se a definição do espaço institucional do campo de atuação da vigilância sanitária, através do controle sanitário de mercadorias, que foi integrado ao Serviço de Saúde dos Portos.

Na década de 70, houve uma reestruturação do Ministério da Saúde, a qual compreendeu: a criação da Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária, em que o controle sanitário foi estendido aos produtos e serviços; a transferência do Laboratório Central de Controle de Drogas e Medicamentos para Fiocruz, transformando-se, em 1981, no Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde; e a promulgação de importantes leis de controle sanitário, em vigor até os dias atuais⁷⁵.

De acordo com Costa (2001), no final dos anos 80 ocorreu a promulgação da Constituição Federal, proclamando a saúde como direito de todos e destacando a importância da proteção da saúde no âmbito sanitário e a necessidade de proteção ao consumidor. A Lei Orgânica da Saúde de 1990, que dispunha sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, incluiu no campo de atuação do SUS a vigilância sanitária e a definiu como:

“... um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

I – o controle de bens de consumo que, direta e indiretamente, se relacionam com a saúde, compreendendo todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e

II – o consumo da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde” (BRASIL, 1990, p.2).

⁷⁴ Piovesan (2002) enfatiza que essa debilidade foi atribuída à própria história da Saúde Pública, representada pelas limitações ao exercício das responsabilidades do Ministério da Saúde, expressas pela carência de recursos financeiros e pelo seu pequeno poder político de intervenção.

⁷⁵ Porém, cabe salientar que nos anos 70 os municípios não foram contemplados com atribuições de vigilância sanitária e somente após a criação do SUS e sua regulamentação pela Lei 8.080/90, os municípios adquiriram formalmente suas funções na área (LUCCHESI, 2001)

Verifica Lucchesi (2001) que a vigilância sanitária, com essa legislação, passou a abranger formalmente a regulamentação e o controle de produtos, serviços e meio ambiente, incluindo o ambiente de trabalho. Outra mudança significativa desta legislação foi a designação da esfera municipal como coordenadora e executora preferencial de ações de saúde, inclusive das ações de vigilância sanitária.

Além disso, a vigilância sanitária no SUS pode representar um influente meio para articular poderes e níveis de poderes governamentais, para impulsionar atitudes de participação social e para aperfeiçoar as relações sociais, tendo em vista o papel que exerce na regulamentação e fiscalização das relações entre produção, comercialização, prestação ou dispensação, prescrição e consumo⁷⁶.

O autor ainda ratifica que uma plena estruturação da vigilância sanitária seria requisito essencial para a implantação do SUS, em virtude de seu poder normativo e fiscalizador dos serviços contratados, da qualidade dos insumos terapêuticos que estes consomem, e por ser um dos braços operacionais na busca da realização do direito social. Um dos maiores desafios desta área seria a avaliação do risco das novas tecnologias.

Ademais, com a democratização e o aumento da liberdade de expressão, tornou-se pública certa permeabilidade da área de Vigilância Sanitária aos interesses privados e a necessidade de mudanças começou a ser sentida com grande intensidade. As alterações neste setor ocorrem paulatinamente com a Reforma Sanitária e com a incorporação do INAMPS pelo Ministério da Saúde em 1990. Tal acontecimento gerou uma transformação política, jurídica e institucional importante, na medida em que significativos recursos de poder foram direcionados ao novo Ministério⁷⁷ (PIOVESAN, 2002).

No que concerne ao cenário mais geral, os anos 1990 foram marcados por grandes acontecimentos econômicos relacionados à globalização. Costa (2001) aponta que se configurou um novo quadro de desafios para a ação do Estado na área da Vigilância, decorrente do aumento do comércio internacional, das modificações na estrutura de

⁷⁶ Segundo Lucchesi (2001), a vigilância sanitária é uma das instâncias da administração pública com poder de polícia, determinada por um ordenamento jurídico de cunho sanitário, representado pelos regulamentos e infrações e estabelece as respectivas sanções para as transgressões. No mundo ocidental, a vigilância sanitária foi um dos setores que se convencionou chamar de funções típicas de Estado.

⁷⁷ Além disso, em 1991 alguns técnicos vinculados à Secretaria, articulados com outros órgãos estaduais de vigilância sanitária, elaboraram uma verdadeira proposta de reformulação da vigilância no Brasil, conhecida como “Contribuição para a reorganização da vigilância sanitária à luz de novas bases legais”. No entanto, este projeto não foi à frente, pela falta de articulação dos órgãos nos diferentes níveis e pelo contexto adverso (PIOVESAN, 2002).

produção e dos processos internacionais de regulamentação. Além disso, as exigências sanitárias foram percebidas como barreiras não alfandegárias à livre circulação de produtos. Os requerimentos da recém fundada Organização Internacional do Comércio e dos blocos regionais de integração econômica, como o MERCOSUL, exigiam que a legislação brasileira se moldasse às regras destes organismos. Uma profunda crise da Vigilância Sanitária se instalou, por sua precária autonomia e poder de regulação, descontinuidade administrativa e deficiente capacidade técnica.

Segundo Lucchesi (2001), neste período de abertura econômica e de globalização, as interferências externas, representadas por grandiosas corporações, foram mais recorrentes e influentes nas decisões políticas da agenda pública brasileira. Dessa forma, a organização da vigilância sanitária esteve mais permeável aos *“acordos, convenções, protocolos regulamentações e outros processos normativos pactuados e realizados em foros internacionais”* (p.xiv).

Neste contexto, os desdobramentos político-econômicos do governo brasileiro tiveram grande influência para as políticas de vigilância sanitária. O governo implementou políticas de melhoria da qualidade no parque industrial, formulando o Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade. Costa (2001) relata que o governo Collor criou um Programa correspondente na Vigilância Sanitária, denominado Projeto Inovar. Segundo o autor, esse projeto foi um retrocesso na Vigilância Sanitária Federal, já que _ mesmo utilizando o discurso da qualidade e agilidade _ esteve mais ajustado ao processo desregulamentador e facilitador dos interesses empresariais. Este período resultou em sérias consequências para o órgão federal: serviços organizados foram desmantelados, arquivos perdidos, técnicos de carreira afastados, e um grande quantitativo de registros de produtos foram concedidos sem as devidas análises técnicas.

Em meados dos anos 1990, intensifica-se a preocupação dos dirigentes técnicos setoriais com o modelo de atenção à saúde, ou seja, com a reorganização das práticas de saúde nos diversos níveis do sistema, incluindo em seu escopo a vigilância sanitária. A Norma Operacional Básica do SUS 01/96 incorporou tal anseio e estabeleceu estímulos financeiros aos municípios que se responsabilizassem pela implementação das ações de vigilância sanitária, tais como: controle da água e dos alimentos, controle da

comercialização de medicamentos, e fiscalização dos estabelecimentos de saúde, dentre outros (COSTA, 2008).

A conscientização política sobre a questão da Vigilância ganha mais espaço no Governo Fernando Henrique Cardoso, com o então ministro Adib Jatene. Este governo deu um enfoque mais estratégico ao setor e identificou algumas variáveis que seriam necessárias: autonomia financeira e decisória; diminuição da interferência privada; quadro de pessoal técnico compatível com as atividades executadas; e capacidade de regulação ajustada aos padrões técnicos internacionais⁷⁸ (PIOVESAN, 2002). A melhoria na condição de atuação da Vigilância passa a ser integrada à idéia de constituição de uma agência executiva nesta área. Este tipo de entidade constava no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, conferindo aos órgãos com atividades exclusivas de Estado maior autonomia administrativa. Porém, essa iniciativa não foi adiante, devido à grave crise financeira que atingiu o SUS neste período e pelas divergências do presidente com o ministro Jatene.

Conforme Machado (2007), algumas situações ocorridas dentre os anos 1996 e 1998 _ como incertezas referentes à vigilância sanitária em negociações, visibilidade de falsificações de medicamentos e fraudes _ evidenciaram a fragilidade política e técnica da área e a pressionaram em direção a uma reestruturação.

Em 1998, a questão é retomada na gestão do ministro José Serra, considerado o principal ator político do processo decisório de criação da ANVISA, e quem, juntamente com o segmento produtivo, identificou a criação de uma agência reguladora como a melhor opção de resposta ao setor. O processo de criação da agência foi relativamente rápido, porém o custo desta oportunidade levou a um empobrecimento de debate sobre o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, formalizado na mesma legislação que criou a agência (LUCCHESI, 2001).

⁷⁸ Segundo Lucchesi (2001), a situação da vigilância sanitária federal era dramática, principalmente em relação à falta de estrutura. A amplitude de responsabilidade da SVS/MS era maior do que sua estrutura, faltando, em especial, pessoal qualificado. Este problema tornava-se complexo em um ambiente de redução do Estado e de corte dos gastos públicos, dominante na administração pública desde os anos 80.

A fundação da ANVISA deu-se por Medida Provisória⁷⁹ sob a prerrogativa de urgência na aprovação das taxas de Vigilância Sanitária em 1998, para que pudessem ser recolhidas em 1999, de acordo com as regras da anuidade fiscal. Algumas alterações introduzidas foram importantes na garantia de integração da ANVISA ao SUS, na redistribuição dos funcionários da Secretaria de Vigilância Sanitária e na redução de taxas de Vigilância para as pequenas empresas do setor.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVS) foi criada por lei em 1999 e conformou-se como uma autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde. Em 2000 teve sua sigla modificada de ANVS para ANVISA e distinguiu-se pela independência administrativa, estabilidade de seus dirigentes e autonomia financeira. Suas metas e objetivos anuais foram estabelecidos pelo contrato de gestão firmado com o Ministério da Saúde sob concordância dos Ministros da Fazenda e do Planejamento, Orçamento e Gestão (LUCCHESI, 2001).

Entretanto, a nova agência reguladora teve que se acoplar a um arranjo sistêmico e federativo de vigilância sanitária já existente, embora com fragilidades. A existência prévia de competências legalmente estabelecidas para as três esferas de governo e de serviços descentralizados não deram à agência total autonomia, pois era evidente que suas atribuições seriam interdependentes daquelas dos estados e municípios.

Segundo Costa (2001), a ANVISA teria como finalidade a proteção da saúde da população, por meio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços sujeitos à Vigilância Sanitária, incluindo os ambientes, processos, insumos e tecnologias a eles integrados, assim como, o controle dos portos, aeroportos e fronteiras. Além disso, caberia à ANVISA coordenar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária⁸⁰, o Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados⁸¹ e o Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Hospitalares.

⁷⁹ Medida Provisória nº 1.791/98 aprovada em 13/01/1999, originando a Lei nº 9.782/99, de criação da ANVISA, promulgada em 26/01/1999 e regulamentada pelo Decreto nº 3.029 em 16/04/1999. Alguns acordos resultaram numa nova medida de nº 1.814/99, que foi a primeira de uma sequência de 27 medidas provisórias ocorridas nos dois primeiros anos de existência da agência (PIOVESAN, 2002).

⁸⁰ O SNVS é formado pelas Vigilâncias Sanitárias do Distrito Federal, dos estados e dos municípios, além de vários outros órgãos de apoio técnico, como os Laboratórios Centrais de Saúde Pública e o Instituto Nacional de Controle e Qualidade em Saúde (ANVISA, 2007).

⁸¹ Posteriormente, com as mudanças na estrutura do Ministério e com a criação da Hemobrás, há mudanças em relação às responsabilidades sobre a política de sangue e hemoderivados, com divisão de atribuições entre áreas distintas.

A autora ainda salienta que nenhum documento anterior deixou tão claro que a proteção à saúde seria finalidade última da tarefa institucional, abrindo espaço para o entendimento da noção de vigilância sanitária para além da concepção controlista, repressiva e penalizadora. Este processo foi evidenciado por sua missão institucional: *“proteger e promover a saúde da população garantindo a segurança sanitária de produtos e serviços e participando da construção de seu acesso”* (p.7).

Além disso, o componente federal do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária foi completamente reestruturado com a criação da ANVISA, em substituição à antiga Secretaria de Vigilância Sanitária. A nova forma jurídica como autarquia especial trouxe a possibilidade de fortalecimento da ação federal, permitindo maior capacidade de execução de suas competências e de coordenação do Sistema, de comunicação nas unidades federadas e, eventualmente, nos municípios, de maneira mais organizada (LUCCHESI, 2001).

No mês posterior à criação da Agência, foi instaurada a lei dos medicamentos genéricos e lançada uma medida provisória que modificava aspectos importantes na lei de criação da ANVISA, a saber: *“a competência da agência para monitorar preços de medicamentos e outros insumos; a prioridade para registro dos genéricos; a prerrogativa de isentar de taxas alguns produtos e serviços de alta relevância; entre outros”* (MACHADO, 2007, p.301).

A ANVISA constituiu-se por uma Diretoria Colegiada, auxiliada pela Procuradoria, Corregedoria, Ouvidoria e Conselho Consultivo⁸². Esta Diretoria foi formada por cinco diretores, sendo um deles o diretor-presidente – indicado e nomeado pelo Presidente da República, com aprovação do Senado Federal, podendo ser reconduzidos uma única vez por três anos (PIOVESAN, 2002).

Acrescente-se a isso que as fontes de receita da ANVISA advêm dos recursos orçamentários federais, do exercício de seu poder de polícia, por meio de cobrança de taxas, receitas e multas resultantes de ação fiscalizadora e da execução da dívida ativa. O

⁸² A Procuradoria vinculada à Advocacia Geral da União exerce os encargos de natureza jurídica da ANVISA, a Corregedoria fiscaliza a legalidade de suas atividades, a Ouvidoria recebe, analisa e propõe medidas para atender as reclamações e sugestões dos setores regulados, usuários e consumidores e o Conselho Consultivo acompanha e aprecia o desenvolvimento das atividades da agência (PIOVESAN, 2002).

controle por parte da sociedade é realizado pelas audiências públicas e pelo Conselho Consultivo, que a princípio intermedia os interesses e a participação do setor.

Piovesan (2002) afirma que a mudança realizada com a instauração da ANVISA trouxe à Vigilância Sanitária uma característica e uma racionalidade de sujeito da ação e não mais de objeto submetido a carências e impedimentos, dispondo de orçamento muito superior ao praticado anteriormente. Além disso, permitiu condições favoráveis ao redirecionamento do arranjo da vigilância sanitária no Brasil e a possibilidade de responder às demandas das demais esferas de governo.

O autor também aponta algumas singularidades da ANVISA em relação às outras agências, em função de sua natureza e dos objetos com os quais trabalha. Por exemplo: sua área de atuação engloba tanto a regulação econômica do mercado quanto a regulação sanitária. A ANVISA deve desempenhar, desta forma, uma intermediação entre os produtores e consumidores, pois a utilização de produtos, bens e serviços por ela regulados pode causar graves problemas à saúde da população. É necessário conhecer amplamente a realidade social e sanitária na qual aquele produto ou serviço está inserido.

Em continuidade à reestruturação iniciada pela antiga Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária, a Agência estabeleceu alguns marcos de gestão, tais como: melhoria do desempenho técnico, avaliação e revisão de padrões de qualidade e novos esquemas de trabalho, com o aperfeiçoamento de suas atividades.

Ressalte-se que o trabalhador da vigilância sanitária, quando comparado a outros trabalhadores da saúde, apresenta distinções por lidar com um objeto tão complexo e por ser detentor do poder de polícia. Como agente deste poder de autoridade do Estado, este profissional não pode inserir-se nos setores regulados, sendo necessária a prática da dedicação exclusiva, excetuando-se somente o exercício de docência e pesquisa (COSTA, 2008).

Sua atuação profissional requer uma demanda crescente por informação e conhecimentos científicos atualizados, saberes oriundos de diversos ramos do conhecimento humano, e saberes específicos, que muitas vezes não estão incluídos nos cursos de formação do profissional. Dessa maneira, o exercício profissional em vigilância sanitária engloba e ultrapassa os limites da fiscalização.

Lucchesi (2001) alega que, de maneira geral, as questões de insuficiência de recursos humanos, dos tipos de contratos de trabalhadores e de seus salários observados na vigilância sanitária coadunam com o problema de pessoal da administração pública. Porém, a vigilância sanitária precisa ser inserida diferencialmente, com cargos específicos e explícitos em tempo integral e com dedicação exclusiva, com salários ajustados à sua importância.⁸³

Em relação ao quadro de trabalhadores, a ANVISA não possuía base legal para utilizar um quadro de pessoal composto por servidores próprios quando se iniciaram suas atividades em 1999⁸⁴. Por isso, requisitou servidores de outros órgãos da administração pública, contou com profissionais contratados por organismos internacionais, utilizou serviços de terceirizados e recebeu, em 2000, servidores redistribuídos da extinta Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério, incorporados no Plano Especial de Cargos da Vigilância Sanitária⁸⁵ (ANVISA, 2007).

Some-se ao supracitado que, entre 1999 e 2002, ocorreu a melhoria das condições estruturais e do influxo financeiro da agência, proporcionando o desenvolvimento de um grande leque de atividades de normatização e padronização técnica em diversos setores específicos, com a produção de um considerável quantitativo de documentos técnicos, estabelecimento de parcerias com entidades acadêmicas para pesquisa e incentivo à formação e capacitação de recursos humanos dessa área, representando uma real ampliação e diversificação de suas atribuições.

Em 2004, a ANVISA realizou o primeiro concurso público para provimento do seu quadro efetivo de servidores, com a oferta de 580 vagas. Em 2005, promoveu dois cursos

⁸³ Lucchesi (2001) ressalta que esse problema é ainda mais grave nos municípios e estados, que com a descentralização passaram a ser executores importantes das atividades de saúde no plano individual e no coletivo. Em relação ao quadro de trabalhadores dos subsistemas estaduais da vigilância sanitária referente ao ano de 2001, o autor relata que estes possuíam baixa qualificação e salários, instabilidade dos não servidores, carência de um plano específico à área e desmotivação. Já o quadro de trabalhadores dos municípios apresenta como principais problemas a deficiente capacitação de pessoal, a diversidade de vínculos numa mesma prefeitura e a grande variabilidade de salários.

⁸⁴ O plano de carreira para os trabalhadores da Agência estava presente na proposta inicial, porém foi retirado da Medida Provisória aprovada pelo Congresso Nacional, gerando problemas na vinculação dos funcionários pelo Regime Jurídico Único. Posteriormente, promulgou-se a Lei nº 9.986/00, que instituiu o plano de carreira para as agências reguladoras e definiu o regime celetista de contratação. Contudo esta lei sofreu uma liminar de ação direta de inconstitucionalidade pelo Supremo Tribunal Federal, que suspendeu temporariamente a possibilidade de contratação de trabalhadores temporários para a agência (ANVISA, 2006).

⁸⁵ Segundo a RDC 102/2006, que trata da gestão de recursos humanos da Anvisa, os servidores redistribuídos da extinta Secretaria de Vigilância Sanitária foram integrados à Agência pela Lei 10.884/2004, na forma de “Quadro Específico”.

de formação para o ingresso dos profissionais na agência, com aprovação no primeiro curso de 442 especialistas em regulação e 118 analistas administrativos; já no segundo, foram efetivados 26 especialistas e 22 analistas. No mesmo ano, o primeiro relatório de atividades da ANVISA é oficialmente divulgado, com a finalidade de prestar contas e apresentar como são constituídas e estruturadas suas atividades de vigilância sanitária no âmbito federal. Seus dirigentes sinalizam que a agência, neste período, teria superado as expectativas da sociedade e passado a ser reconhecida como um órgão de respeito e credibilidade – percepção bastante diferenciada da época de sua criação.

A estrutura organizacional da ANVISA foi aperfeiçoada em 2006, ficando mais enxuta e passando a constituir-se por um diretor-presidente, quatro diretores (que compõem a Diretoria Colegiada), oito órgãos de assistência direta ao diretor-presidente, quatro núcleos, um centro, três gerências-gerais de gestão operacional, onze gerências-gerais de processos organizacionais e duas gerências de vínculo direto, além da Ouvidoria e do Conselho Consultivo.

Segundo os dados do relatório da ANVISA (2006), considerando-se os aspectos técnicos, ocorrem, neste período, avanços em níveis diversos: na regulamentação do setor; no monitoramento de produtos presentes no mercado; na intervenção em momentos de crises; e no engajamento com entes da sociedade, proporcionando a ampliação da atuação e do controle de mercadorias e de doenças em portos, aeroportos e fronteiras.

Quanto ao aspecto estrutural, o ano de 2006 foi marcado por uma nova fase de consolidação, com foco no aprimoramento administrativo, organizacional e financeiro. Os destaques do período foram a realocação de recursos financeiros, a readequação da estrutura e do regimento interno da casa – visando à modernização dos procedimentos, ao aperfeiçoamento do seu quadro de pessoal e à realização da primeira Pesquisa de Clima Organizacional da agência⁸⁶.

No aspecto político, ocorre a transição do modelo de pactuação chamado de Termo de Ajuste e Metas para o do Pacto pela Saúde, calcado na responsabilização dos três níveis de governo.

⁸⁶ Essa Pesquisa de Clima Organizacional foi realizada com o objetivo de verificar a percepção dos servidores sobre a instituição. Os resultados apurados indicaram que os funcionários identificavam-se com a instituição, sentiam-se motivados para o trabalho, externavam orgulho em trabalhar na ANVISA, mas percebiam deficiências nos aspectos mais específicos, tais como infraestrutura, segurança e modelo de gestão (ANVISA, 2006).

No que diz respeito às políticas de pessoal, vale destacar que, a partir de 2004, foram autorizadas pelo MPOG vagas para inserção de servidores concursados na carreira própria da ANVISA.

De acordo com documentos oficiais, a área ganhou novo impulso no ano de 2006, por meio de qualificação e desenvolvimento dos servidores, melhoria da gestão de pessoal e conquistas em termos de remuneração. Além disso, ocorreu a assinatura do Termo de Acordo e Conduta com o Ministério Público, com vistas à realização de concurso público para 100 cargos de técnico administrativo de nível médio e futura incorporação de 150 servidores de nível médio, em 2008, e de 130, em 2009, buscando a substituição gradual dos profissionais terceirizados da agência.

No mesmo ano de 2006 foi promulgada a redistribuição de 372 servidores que estavam cedidos e realizados processos internos de remoção, com objetivo de melhor alocar os servidores, democratizando as possibilidades de mudança de local de trabalho. Em 2007, a ANVISA contava com um quadro de servidores estáveis e especializados, reforçado pela entrada de mais 100 técnicos administrativos por concurso (ANVISA, 2007).

Em síntese, a ANVISA vem estruturando seu quadro efetivo de servidores desde 2004, com a realização de concursos públicos, sendo este quadro ainda integrado, como já mencionado anteriormente, por servidores provenientes da extinta Secretaria de Vigilância Sanitária e de outros órgãos. A agência também tem se utilizado de outros tipos de vínculos, existentes desde sua criação. A Tabela 4.1 demonstra essa evolução do quantitativo de trabalhadores da ANVISA, no período de 2000 a 2008. Já a Tabela 4.2 apresenta o quantitativo de servidores tidos como de carreira e os do quadro específico, que são aqueles advindos da extinta Secretaria de Vigilância Sanitária.

Tabela 4.1: Evolução do quadro de trabalhadores da ANVISA, de 2000 a 2008

VÍNCULOS	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Ativo por Lei 8.878/94 *	11	14	0	0	0	0	0	0	0
Ativo permanente **	931	1089	1095	1048	1004	1495	1862	2190	2166
Total de Ativos Permanentes	942	1103	1095	1048	1004	1495	1862	2190	2166
Cargo Comissionado sem Vínculo	28	34	50	42	66	73	62	51	48
Requisitados de outros Órgãos	6	33	65	8	6	6	11	6	4
Requisitados	180	324	428	555	518	519	110	92	48
Natureza Especial	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Total de Servidores	1157	1494	1638	1653	1594	2093	2045	2339	2266
Celetista***	1	1	1	0	0	0	0	0	0
Contrato temp.****	57	94	100	113	188	184	120	39	0
TOTAL GERAL	1215	1589	1739	1766	1782	2277	2165	2378	2536

Fonte: Síntese Temática do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, dezembro de 2008.

Notas: *Ativo por Lei 8.878/94: trabalhador anistiado não estável.

**Ativo permanente: servidor do quadro próprio, englobando-se os pertencentes à antiga Secretaria de Vigilância Sanitária e os novos concursados, incorporados a partir de 2006.

***Celetista: aquele inserido por decisão judicial como servidor na CLT.

****Contrato Temporário: refere-se ao contratado por processo seletivo, conforme a Lei 8.745/93.

Tabela 4.2: Quantitativo de servidores da ANVISA por tipo de carreira, de 2004 a 2008

Vínculo	2004	2005	2006	2007	2008
Especialista em Regulação de Vigilância Sanitária	0	424	451	670	651
Analista Administrativo	0	97	108	152	141
Técnico Administrativo	0	0	0	100	77
Total de carreira	0	521	559	922	869
Quadro Específico (redistribuídos da SVS)	1.014	982	1.330	1.297	1.251
Total Geral	1.014	1.503	1.889	2.219	2.120

Fonte: Relatórios da ANVISA dos anos 2007 e 2008.

Ressalte-se que, apesar da autorização do primeiro concurso para a ANVISA ter ocorrido em 2004, somente em 2005 os servidores concursados começam a tomar posse. Verifica-se também que em apenas quatro anos o número de servidores admitidos por concurso próprio chega a 2/3 do quantitativo de servidores do quadro específico.

A conformação e o crescimento do quadro próprio da ANVISA a partir de 2005 sugerem a tendência de fortalecimento de sua força de trabalho. No entanto, para os dirigentes da agência, este quantitativo de pessoal ainda é insuficiente. Muitos servidores

do quadro efetivo desligaram-se, por vacância ou exoneração, para assumir outros cargos, ao passo que vários servidores do quadro específico, provenientes da Secretaria de Vigilância Sanitária, aposentaram-se. Sendo assim, a agência estava negociando com o Ministério do Planejamento, em 2008, a liberação de novas vagas em concursos públicos para suprir as lacunas resultantes desses desligamentos (ANVISA, 2008).

Quanto à alocação dos trabalhadores na ANVISA por área de atuação, pôde-se observar que, no mesmo ano de 2008, a grande maioria dos servidores permanentes estava lotada no setor de Regulação, Fiscalização e Monitoramento.

A análise das variáveis sexo, faixa etária, escolaridade e remuneração do quadro de trabalhadores da ANVISA, no período de 2000 a 2008, só foi possível em relação ao quadro próprio de servidores, pois os relatórios da agência não possuíam tal grau de detalhamento. Para obter tais informações, demonstradas na Tabela 4.3, foi utilizado o Boletim de Pessoal e a Síntese Temática do Ministério de Planejamento, ambos referentes a dezembro de 2008.

Tabela 4.3: Distribuição por faixa etária e sexo dos servidores da ANVISA em 2008

Servidores	Faixa Etária (%)					Sexo (%)	
	Até 30	De 31 a 40	De 41 a 50	De 51 a 60	Acima de 60	Masc	Fem
Carreira	42,1	43,3	11,4	3,0	0,2	38,3	61,7
Plano Especial	0,0	2,6	38,7	48,1	10,5	52,0	48,0

Fonte: Boletim estatístico de Pessoal do MPOG referente a dez/2008.

Constatou-se que dentre os servidores do quadro próprio, denominados como “de carreira”, 61,7% eram do sexo feminino, e que em 2008 a maioria destes estava na faixa etária de até 40 anos de idade e possuía nível superior. Entre os enquadrados no Plano Especial de Cargos, 52% eram do sexo masculino; a grande maioria possuía mais de 50 anos de idade e nível superior. A remuneração desses servidores baseia-se num plano específico de cargos e salários para esse grupo da ANVISA. Os valores de remuneração inicial e final previstos para os diferentes cargos são apresentados na tabela 4.4.

Tabela 4.4: Demonstrativo de cargos e salários dos servidores da ANVISA em 2008

CARGO	Valor Inicial (R\$)	Valor Final (R\$)
Especialista em Regulação e Vigilância Sanitária- NS	9.552,00	14.740,00
Analista Administrativo – NS	9.552,00	14.740,00
Plano Especial de Cargos da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Médico 40 h – NS	4.044,91	6.136,47
Plano Especial de Cargos da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Médico 20 h - NS	2.052,39	3.098,17
Plano Especial de Cargos da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - NS	4.729,60	9.552,00
Plano Especial de Cargos da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - NI	2.999,96	5.488,31
Técnico Administrativo – NI	4.693,37	6.705,55
Técnico em Regulação e Vigilância Sanitária - NI	4.708,07	6.692,01
Plano Especial de Cargos da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - NA	2.159,55	2.257,95

Fonte: Boletim de Pessoal ano 2009 referente aos dados de dezembro de 2008, SRH/MP.

Notas: NS - Nível Superior / NI - Nível Intermediário

Inicial - É o vencimento básico correspondente a classe e padrão inicial de cada cargo público.

Final - É o limite máximo do maior vencimento fixado no art. 1º da EC nº 41, de 19.12.2003 e CF art.37 inciso XI.

A remuneração foi dividida em nove tipos de cargos, considerando-se os servidores de carreira e os do Plano Especial de Cargos, sendo cinco de nível superior, três de nível médio e um de nível auxiliar. Ao considerar somente os valores do vencimento básico, constata-se uma grande diferença desses valores entre esses dois grupos de servidores. O valor do vencimento básico dos servidores “de carreira” é o dobro daquele dos servidores do Plano Especial⁸⁷.

No período compreendido entre 2005 e 2007, observa-se que, dentro dos Programas de Governo, o gasto da ANVISA com o Programa de Apoio Administrativo, que inclui o

⁸⁷ Segundo a RDC 102/2006 da ANVISA, a remuneração é a soma dos vencimentos com os adicionais de caráter individual e demais vantagens. A remuneração do quadro de pessoal específico constitui-se de vencimento básico e gratificação de desempenho de atividade técnico-administrativa (GDATA). Já em relação ao quadro efetivo, ela é composta pelo vencimento básico, gratificação de desempenho de atividade de regulação _ GDAR para os cargos de especialista em regulação e técnicos em regulação, até o limite de 35% sobre o vencimento básico do servidor, decorrente da avaliação individual e de 40% sobre o maior vencimento básico do cargo, referente à avaliação institucional. Os analistas administrativos e técnicos administrativos recebem o vencimento básico, mais a gratificação de desempenho de atividade técnico-administrativa em regulação (GDATR), no limite de até 20% do vencimento básico do servidor, referente ao desempenho individual e até 15% sobre o maior vencimento básico do cargo, em decorrência da avaliação institucional. Além disso, os especialistas em regulação e os analistas administrativos recebem uma gratificação de qualificação, nos percentuais de 10% ou 20% do maior vencimento básico do cargo.

pagamento de pessoal, aumentou consideravelmente, provavelmente motivado pela admissão dos novos profissionais de nível superior e médio para o quadro efetivo da agência, como demonstrado na tabela 4.5.

Tabela 4.5: Execução financeira da ANVISA por programa de governo, de 2005 a 2007

Programa de Governo	2005 (R\$)	2006 (R\$)	2007 (R\$)
Gestão de Política de Saúde	1.222.245,14	1.985.286,25	1.627.754,55
Previdência de Inativos e Pensionistas da União	5.685.423,21	7.026.071,70	9.039.199,97
Apoio Administrativo	214.827.540,81	225.248.762,07	265.151.319,49
Vigilância Sanitária de Produtos, Serviços e Ambientes	101.206.394,69	112.458.496,66	112.369.428,48
Segurança Transfusional e Qualidade do Sangue	5.599.999,79	4.996.182,60	4.363.974,39
TOTAL	328.541.603,64	351.714.799,28	392.551.676,88

Fonte: Relatório de Atividades da ANVISA de 2007.

Quanto ao gasto com pessoal no período de 2000 a 2008, verificou-se um aumento expressivo, pois o gasto, em 2002, era de R\$ 60.477.932,95 e a previsão da dotação orçamentária, em 2008, era de R\$ 235.606.914,00 (Tabela 4.6). A evolução dos gastos com pessoal, com aumento expressivo a partir de 2005, acompanhou a trajetória de incorporação de novos servidores para o quadro próprio da ANVISA.

Tabela 4.6: Evolução do gasto com pessoal ativo da ANVISA, de 2002 a 2008

ANO	GASTO COM PESSOAL (R\$)
2002	60.477.932,95
2003	62.074.546,31
2004	77.188.364,24
2005	124.911.379,68
2006	153.054.612,63
2007	195.814.133,92
2008 *	235.606.914,00

Fonte: Relatório de atividades da ANVISA de 2008.

*O ano de 2008 representa a dotação orçamentária.

Em síntese, identificam-se alguns marcos na trajetória da ANVISA, no período de 2000 a 2008. O ano de criação da agência foi um momento de estruturação física,

financeira, de recursos humanos e o de tentativa de consolidação dos processos de trabalho. No período de 2001 a 2005, buscou-se a redução do tempo de análise dos processos de concessão de registro, realizou-se o primeiro concurso público (para preenchimento do quadro próprio de servidores), e enfatizou-se a formulação estratégica, por meio da identidade organizacional, do fortalecimento do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, da Ouvidoria e das gestões participativas.

De 2006 a 2009, priorizaram-se as alterações no contrato de gestão, amparadas pela utilização dos critérios do Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização do MPOG e pela incorporação dos instrumentos de qualificação de indicadores da rede interagerencial de Informações para a Saúde, visando à institucionalização da gestão do conhecimento.

Especificamente em relação ao quadro de trabalhadores da ANVISA no período de 2000 a 2008, percebe-se uma significativa mudança em sua configuração. No ano de sua criação, a agência não possuía quadro próprio, dependendo de servidores cedidos, cargos comissionados, terceirizados, consultores e contratos temporários. Nos oito primeiros anos de funcionamento da ANVISA, entre 2000 e 2008, houve um aumento de 109% no total de profissionais atuantes da agência.

Podem-se registrar algumas mudanças em relação ao quantitativo de trabalhadores da agência no período estudado: redução drástica dos profissionais de contratos temporários a partir de 2006, levando à inexistência desta modalidade em 2008; diminuição expressiva dos servidores requisitados, a partir de 2006; aumento no quantitativo de cargos comissionados sem vínculo; saída em 2004 do único profissional celetista; e extinção, a partir de 2002, dos servidores ativos permanentes enquadrados pela Lei 8.878/94 (anistiados).

Observa-se que os servidores do Plano Especial de Cargos da Vigilância Sanitária, advindos da antiga Secretaria de Vigilância Sanitária, possuem um perfil totalmente diferente dos novos concursados, incorporados a partir de 2005. Apesar de não fazer parte do escopo do trabalho, cabe aqui uma indagação que poderá ser instrumento para estudos posteriores: Será que as diferenças de idade, sexo, remuneração e experiência entre essas duas categorias de servidores dentro de uma mesma entidade afetam o processo e as relações de trabalho da agência?

Atualmente existe um grande movimento de aposentadoria dos servidores do Plano Especial de Cargos, fazendo com que a ANVISA negocie vagas em concursos para preenchimento das atuais e futuras lacunas deixadas por estes servidores. A análise dos anos estudados mostra que, na medida em que os novos servidores tomavam posse após concurso, o número de profissionais inseridos nas outras categorias de vínculos diminuía. Seriam necessários, entretanto, novos ingressos por concurso não só para substituir os trabalhadores inseridos com outros vínculos, como também para preencher vagas de servidores que se aposentassem ou se exonerassem.

De uma maneira geral, a criação da ANVISA possibilitou o fortalecimento da ação federal na vigilância sanitária, favorecido por maior autonomia administrativa, recursos orçamentários, capacidade técnica e incorporação de recursos humanos. Essas mudanças representaram passos importantes para o aumento da capacidade do Estado e para a construção do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, fundamental à consolidação do SUS. Não obstante, ainda persiste relativa segmentação das políticas de saúde em relação à vigilância sanitária⁸⁸ e profundas deficiências nessa área, as quais atingem todas as esferas de governo.

4.3. A Agência Nacional de Saúde Suplementar e seus trabalhadores

O sistema de saúde brasileiro conformou-se historicamente por organismos públicos e privados que se complementaram na cobertura de ações voltadas à prevenção, ao coletivo e à assistência médico-hospitalar individualizada. Desde o início do século, formou-se uma alternativa híbrida de coletivo/privada no âmbito das empresas e entidades mutuais. Em face dos riscos do trabalho para o processo de industrialização, foram criados sistemas fechados de proteção social diante das concepções liberais de não intervenção estatal, nas relações entre trabalhadores e empresários (BAHIA, 2001).

A partir dos anos 1920, o desenvolvimento das políticas de previdência e de saúde pública ocorreu de forma paralela, sem pontos de contato. Houve, em consequência, um

⁸⁸ Paim (2008) sinaliza que alguns novos modelos de atenção à saúde vêm sendo desenvolvidos no Brasil, em uma perspectiva mais integradora. Um deles seria a “Vigilância da Saúde” que incluiria o fortalecimento das ações de vigilância, epidemiológica e sanitária; a introdução de ações de vigilância nutricional voltadas a grupos de risco; a vigilância na área de saúde do trabalhador, considerando os ambientes de trabalho e os riscos ocupacionais; a vigilância ambiental em determinadas áreas de risco epidemiológico; além da necessidade de reorientação das ações de prevenção de riscos e da própria assistência médico-ambulatorial, laboratorial e hospitalar.

enorme crescimento da assistência médica previdenciária e o acanhamento político e institucional da saúde pública (HOCHMAN e FONSECA, 1999).

A evolução da assistência médica previdenciária revela que alguns Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) usaram desde cedo a estratégia de compra de serviços de médicos e de estabelecimentos hospitalares para a expansão da oferta de ações para as categorias profissionais seguradas⁸⁹.

Em 1967, há a unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). A partir deste acontecimento, foi observado o incitamento ao empresariamento da medicina, seja pelo estímulo à construção e credenciamento de provedores privados para o atendimento às demandas mais universalizadas, ou por meio do financiamento na transformação de grupos de médicos em empresas médicas, que até então eram incipientes (BAHIA, 2001).

A autora evidencia que o primeiro instrumento legal sobre a comercialização de planos e seguros-saúde deu-se em 1966⁹⁰, muito em função das divergências entre as entidades médicas e empresas de medicina de grupo. Porém, esta legislação não abrangeu as empresas de medicina de grupo “não lucrativas” e cooperativas médicas que operaram no mercado sem nenhuma regulamentação específica.

Além disso, a autora observou que nos anos 70 existiam quatro alternativas assistenciais contratadas coletivamente: as empresas de planos próprios; a rede de serviços próprios e credenciados pelo INPS; os serviços próprios e credenciados das empresas médicas; e os credenciados para atender aos profissionais rurais.

Bahia ainda acrescenta que, durante a década posterior, consolidaram-se as características dos atuais planos e seguros de saúde, mediante o surgimento de demandas

⁸⁹ A Previdência Social surge no Brasil em 1923, com a Lei Eloy Chaves. Origina-se a primeira Caixa de Aposentadoria e Pensões destinada aos ferroviários, mas com o tempo a legislação previdenciária vai alcançando outras categorias. As CAP's eram organizadas por empresas, administradas e financiadas por empresários e trabalhadores (HOCHMAN e FONSECA, 1999). Nos anos 30, houve a formação dos primeiros Institutos de Aposentadoria e Pensões, por meio da incorporação de categorias profissionais em âmbito nacional. Entretanto, a possibilidade de acesso continuou limitada aos trabalhadores inseridos nas ocupações definidas em lei e que contribuam para a Previdência. (CARVALHO, 1999). A Lei Orgânica da Previdência Social, em 1960 promoveu a uniformização dos benefícios, porém não significou a unificação dos Institutos e nem a universalização da atenção à saúde para toda a população.

⁹⁰ Pelo Decreto-lei nº 73 de 1966 que dispunha sobre a conformação do sistema nacional de seguro (BAHIA, 2001).

provenientes principalmente de trabalhadores autônomos, de profissionais vinculados a empresas sem assistência médica suplementar _ mas que dispunham de renda para pagá-los _ e de funcionários públicos, cujos esquemas assistenciais _ representados por ambulatórios médicos localizados no próprio ambiente de trabalho _ eram pouco especializados e com baixa concentração de tecnologia.

A autora também destaca a existência, no final dos anos 80, de dois movimentos: o primeiro, de consolidação das grandes empresas de assistência suplementar de abrangência nacional; o segundo, de crescimento de pequenas empresas, especialmente as medicinas de grupo e as cooperativas médicas em cidades interioranas. Nas camadas médias a utilização complementar de serviços de saúde públicos tornou-se quase que exclusivamente mediada pela oferta de empresas de assistência médica suplementar.

Nesse mesmo período, ocorreu a entrada de grandes seguradoras no mercado de planos e de seguros de saúde, o que desencadeou uma expansão de clientes de planos e seguros privados, e com esta uma enxurrada de queixas quanto à interrupção de atendimento, aumento de preços e negativas de coberturas para determinados procedimentos.

A instituição do SUS pela Constituição de 1988 baseou-se na universalidade e na lógica de Seguridade Social, o que representou uma mudança relevante na história da proteção social em saúde no Brasil. Contudo, apesar dos avanços na área da saúde, houve a persistência de iniquidades, principalmente nas relações público-privadas, pois ao mesmo tempo em que o sistema público se fortalecia e expandia-se, verificava-se a consolidação de mercados privados de saúde mais dinâmicos e vigorosos (VIANA e MACHADO, 2008).

Ao analisar a trajetória da saúde brasileira, Menicucci (2007) classifica o formato da assistência à saúde no Brasil como um sistema dual. Por um lado, há o público-estatal com acesso universal, gratuito e igualitário; por outro, o segmento privado, cujo acesso dá-se pelo poder de compra ou pela inserção privilegiada no mercado de trabalho. Acrescente-se a isso que a rede assistencial do SUS compõe-se de entidades públicas e privadas, constituída por uma grande quantidade de formas de contratação de pessoal, equipamentos, serviços e procedimentos.

Para a autora, a dupla trajetória da assistência à saúde no Brasil consolidou-se no final da década de 90, com o firmamento da política regulatória voltada para o segmento

privado. A adoção do instrumento de regulação na forma de uma agência reguladora, ou seja, pela criação (em 2000) da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)⁹¹, formalizou esta dualidade do ponto de vista legal, normativo e institucional na área da saúde (MENICUCCI, 2007).

Já Bahia (2008) ressalta que praticamente inexitem os tipos puros (público ou privado) de um único empreendimento, pois mesmo que um estabelecimento se defina como um ou outro não significa, necessariamente, que seus serviços sejam “próprios”, pois estas entidades de saúde podem contratar terceiros para a execução de diversas atividades.

A regulação na área da saúde suplementar representou, para o Ministério da Saúde, uma área totalmente nova de atuação (MACHADO, 2007), visto que os esforços de regulação desse mercado, mesmo que restritos anteriormente às seguradoras, eram realizados pela Superintendência de Seguros Privados do Ministério da Fazenda.

A criação de agências na área da saúde, conforme enfatizado por Machado, tornou-se prioridade na agenda do governo, a partir de 1998, com a entrada do Ministro da Saúde, José Serra. Do ponto de vista administrativo, a ANS assemelhou-se às outras agências reguladoras já instauradas, e em particular à ANVISA. Percebem-se, porém, diferenças importantes entre as duas, decorrentes da trajetória histórica do Ministério da Saúde nessas áreas.

A ANS foi criada para organizar um campo novo de atuação do Estado, incorporando todo um rol de atribuições inéditas ao perfil histórico do Ministério da Saúde (MACHADO, 2007). Já a criação da ANVISA se deu a partir de um legado político-institucional representado pela trajetória prévia do Estado na regulação sanitária. Isso porque a atuação estatal no campo da vigilância sanitária, ainda que com limitações, ocorria desde os anos 70 por meio da antiga Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde e, mais recentemente, mediante a participação de estados e municípios.

Essas diferenças se expressaram, de certo modo, nas leis de criação das duas agências. A lei da ANS somente definiu as atribuições e a estrutura da própria agência, sem dar ênfase ao papel do Ministério da Saúde na formulação e direcionamento da política e sem designar atribuições específicas para os estados e municípios. Já a lei de criação da ANVISA explicitou o papel do Ministério da Saúde na formulação e no direcionamento da

⁹¹ A criação da ANS foi realizada pela promulgação da Lei 9.961, em janeiro de 2000 (ANS, 2000).

política nacional, e definiu a existência de um sistema nacional de vigilância que deveria contar com a participação de estados e municípios (MACHADO, 2007).

A ANS, como agência reguladora vinculada ao Ministério da Saúde, possui as macrofunções de regulação, normatização, controle e fiscalização na sua área de atuação. Como autarquia sob regime especial, adquiriu autonomia administrativa, financeira, patrimonial, de gestão de recursos humanos⁹² e poderes administrativos na efetivação de suas resoluções (ANS, 2004).

Nogueira (2002) argumenta, no entanto, que a definição das funções da ANS e a regulamentação dos planos e seguros privados de saúde não corresponderam corretamente à proposta constitucional peculiar do setor de saúde. A crítica do autor baseia-se no entendimento de que a atuação da agência, se pautada pelas diretrizes constitucionais, deveria subordinar a lógica da concorrência, do controle de preços e da defesa do consumidor à lógica mais geral da saúde como direito de cidadania.

O modelo organizacional e decisório da ANS foi estabelecido no capítulo I da lei de criação da Agência, que definiu para sua direção uma Diretoria Colegiada constituída por cinco diretores, dentre eles: um Diretor-Presidente, que contaria com uma Câmara de Saúde Suplementar; um Procurador; um Corregedor e um Ouvidor, incluindo também unidades especializadas responsáveis por diferentes funções, em consonância com o Regimento Interno (BRASIL, 2000).

Em conformidade com seu Regimento Interno, a ANS organizou-se inicialmente em cinco grandes áreas de atuação, conforme o quadro 4.1.

⁹² A ANS tem um tipo de modelo que, por um lado, permite-lhe maior flexibilidade tanto administrativa, pela sua estrutura de recursos humanos e organização, quanto na área financeira, representada pelas taxas específicas arrecadadas diretamente; por outro lado, proporciona ao governo maior controle, via contratos de gestão e relatórios. Além do mais, possui também o controle social pelo legislativo, pela aprovação dos dirigentes, e pelo TCU, com sua atuação especializada (ANS, 2000).

Quadro 4.1: Áreas de atuações e funções da ANS em 2000

Diretorias	Funções
Normas e Habilitação das Operadoras (DIOPE)	- normatiza, registra e monitora o funcionamento das operadoras, incluindo os processos de intervenção e liquidação.
Normas e Habilitação de Produtos (DIPRO)	- normatiza, registra e monitora os produtos, inclusive de reajuste de contratos individuais e familiares.
Fiscalização (DIFIS)	- fiscaliza todo o processo, tanto os aspectos econômico-financeiros quanto os aspectos médico-assistenciais, além de apoiar o consumidor e articular-se com os órgãos de defesa do consumidor.
Desenvolvimento Setorial (DIDES)	- responsável pelo sistema de ressarcimento ao SUS e pelo desenvolvimento de instrumentos que possibilitem a melhoria da qualidade e o aumento da competitividade do setor.
Gestão (DIGES)	- gerencia os recursos financeiros, recursos humanos, suprimentos, informática e informação.

Fonte: Relatório de Gestão da ANS ano 2000.

A atuação da ANS nos primeiros três anos baseou-se em geral pelas grandes discussões incluídas na Lei 9665/98 e pelas regulamentações posteriores⁹³. Na prática, foram identificadas cinco principais linhas de atuação da agência:

“o levantamento, organização e sistematização de informações sobre o segmento de planos e seguros de saúde; o estabelecimento de regras para elaboração de novos contratos e a adaptação de contratos antigos; o estabelecimento de limites de variação de preços dos planos por faixa etária, e de limites para reajustes periódicos de preços; o estabelecimento de normas referentes ao patrimônio e segurança financeira das empresas de planos e seguros de saúde; e a implementação de mecanismos de ressarcimento ao SUS” (MACHADO, 2007, p. 286-287).

No início, a agência passou por diversas dificuldades. As mais relevantes foram a ausência de informações econômico-financeiras _ estruturadas sobre o setor de Saúde Suplementar _ e a composição de seu quadro próprio de trabalhadores.

Num primeiro momento, a Agência priorizou o planejamento de curto prazo, por meio do Plano de Ação Imediata visando estruturar, instalar e atingir aos objetivos e metas firmados no Contrato de Gestão⁹⁴. Para tanto, criou uma central de atendimento,

⁹³ Vários outros instrumentos legais e normativos, a partir de 1998 alteraram parcialmente o modelo de regulação da área de assistência médica suplementar. Porém, um detalhamento dessa questão foge ao escopo deste trabalho.

⁹⁴ A Lei nº 9.961/2000, de criação da ANS, especificou em seu artigo nº 14, que o Contrato de Gestão acordado entre o Diretor-Presidente e o Ministro de Estado da Saúde, reconhecido pelo Conselho de Saúde

estabeleceu um sistema de arrecadação, implementou um banco de dados corporativo e contratou profissionais temporários, que fizeram treinamentos introdutórios (ANS, 2006).

A ANS ainda empreendeu esforços na instalação e funcionamento de dois Núcleos Regionais de Atendimento e Fiscalização (NURAF) em Brasília/DF e São Paulo/SP⁹⁵ (ANS, 2000).

A contratação dos profissionais temporários, assim como a requisição de servidores de outros órgãos e dos demais tipos de vínculos, foi amparada pela Lei de criação da ANS, conforme destacado abaixo (grifo nosso):

“Art.26. A ANS poderá contratar especialmente especialistas para execução de trabalhos nas áreas técnica, científica, administrativa, econômica e jurídica, por projetos ou prazos, observada a legislação em vigor.

Art. 27. A ANS poderá requisitar, com ônus e para ocupação de cargos comissionados, servidores e empregados de órgãos e entidades integrantes da Administração Pública Federal.

Parágrafo único. Durante os primeiros trinta e seis meses subsequentes à sua instalação, a ANS poderá:

I – requisitar servidores e empregados de órgãos e entidades públicos, independentemente da função ou atividade a ser exercida;

Art. 28. Nos termos do inciso IX do art. 37 da Constituição Federal, é a ANS autorizada a efetuar contratação temporária por prazo não excedente a trinta e seis meses, a contar de sua instalação.

§ 1º Para os fins do disposto no caput deste artigo são consideradas necessidades temporárias de excepcional interesse público, as atividades relativas à implementação, ao acompanhamento e à avaliação de atividades, projetos e programas de caráter finalístico na área de regulação da saúde suplementar, suporte administrativo e jurídico imprescindíveis à implantação da ANS.

Suplementar, fosse o instrumento de avaliação objetiva do desempenho administrativo e da atuação da Agência Nacional de Saúde Suplementar e de seus administradores (ANS, 2001).

⁹⁵ Os NURAFs estão ligados à *Diretoria de Fiscalização*, responsável pelas atividades de fiscalização assistencial e econômico-financeira das operadoras, bem como pela aplicação de penalidades, pelo descumprimento dos dispositivos legais, além do apoio ao consumidor e articulações com os órgãos de defesa do consumidor. Para cumprir plenamente suas funções e atender às demandas dos consumidores de planos de saúde, a Diretoria possui esses Núcleos Regionais de Atendimento e Fiscalização (ANS, 2000).

*§ 2º A contratação de **peçoal temporário** poderá ser efetivada à vista de **notória capacidade técnica ou científica do profissional, mediante análise do curriculum vitae.***

*§ 3º As **contratações temporárias** serão feitas por tempo determinado e observando o prazo máximo de doze meses, podendo ser prorrogadas desde que sua duração não ultrapasse o termo final da autorização de que trata o caput” (ANS, 2000, p.9).*

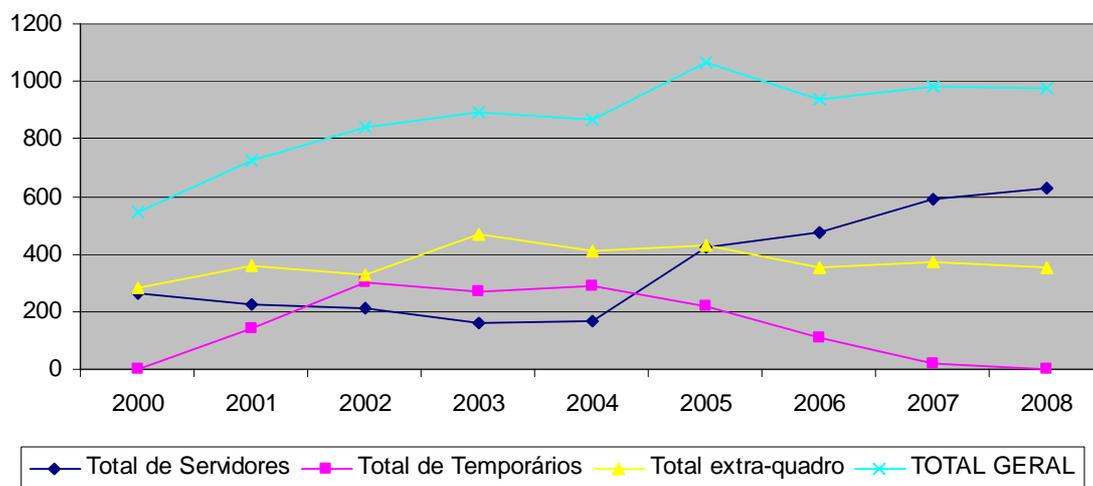
A dificuldade de estruturação de carreira própria de peçoal, enfrentada nos primeiros anos de existência da ANS, em parte decorreu da suspensão da realização periódica de concursos públicos para composição de quadro permanente, efetuada pelo Supremo Tribunal Federal em resposta à ação impetrada pelo Partido dos Trabalhadores. Outro agravante foi a proibição de contratação imediata de trabalhadores temporários, imposta no ano de 2000 pela legislação eleitoral⁹⁶ (ANS, 2000).

Nesta fase de estruturação, a agência contou com servidores requisitados, cedidos, peçoal oriundo de contratação temporária e consultores _ estes últimos viabilizados pelos acordos de cooperação técnica internacional. Em busca de uma estruturação no controle administrativo dos profissionais que atuavam na agência, foi criada a Gerência de Administração de Peçoal, em junho de 2000.

Pode-se dizer que, com o passar dos anos, a ANS foi estruturando-se física e tecnologicamente. Em relação ao quadro de peçoal da agência, ocorreram mudanças relevantes em seu quantitativo, tipos de vínculos e gastos, no período de 2000 a 2008. A figura 4.1 mostra a evolução dos diferentes tipos de vínculos da ANS no período e a tabela 4.7 apresenta esses números de forma detalhada.

⁹⁶ Neste período foram publicados editais de seleção de peçoal, analisados 3000 currículos e realizadas 75 entrevistas, porém a perspectiva dessas contratações seria somente para o início de 2001. Além dos problemas relativos aos recursos humanos, a Agência também sofreu contratemplos na área financeira, pois somente em julho de 2000 ocorreram transferências de recursos do Ministério da Saúde (ANS, 2000).

Figura 4.1: Evolução do total de trabalhadores da ANS, por tipo de vínculo, de 2000 a 2008



Fonte: Relatório da ANS de 2008.

Tabela 4.7: Evolução do quadro de trabalhadores da ANS, de 2000 a 2008

VÍNCULOS	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Especialista em Regulação de Saúde Suplementar	-	-	-	-	-	157	200	290	322
Técnico em Regulação	-	-	-	-	-	-	-	31	39
Analista Administrativo	-	-	-	-	-	45	68	74	70
Técnico Administrativo	-	-	-	-	-	65	64	57	52
Servidor Redistribuído	-	-	-	-	-	-	23	24	23
Aposentado	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Total de Ativos Permanentes	-	-	-	-	-	267	355	476	507
Comissionados sem Vínculo	28	39	47	43	44	43	41	39	38
Comissionados/Efetivos/ Procurador - Federal	0	0	0	4	11	11	11	11	11
Comissionados/Servidores Efetivos (**)	-	-	-	-	-	3	24	28	55
Comissionados/Requisitados da Adm. Pública	54	69	75	75	78	79	42	41	46
Comissionados/Servidores Redistribuídos (***)	-	-	-	-	-	-	18	15	10
Total Comissionados	82	108	122	122	133	136	136	134	160
Requisitados sem Comissionamento	3	9	6	15	11	6	0	0	0
Exercício Descentralizado de Carreira ****	-	-	-	-	-	-	-	1	2
Em Exercício - Subordinação Administrativa *****	180	105	73	11	10	7	6	6	0
Efetivos – Procuradores Federais/Advogados AGU (*)	0	0	9	15	24	24	31	28	33
Total de Servidores	265	222	210	159	167	426	475	591	626
Temporário – Nível Superior	0	123	271	240	210	162	81	0	0
Temporário Acordo Internacional – NS	0	0	0	0	49	36	28	22	0
Temporário – Nível médio	0	18	32	27	27	17	0	0	0
Total de Temporários	0	141	303	267	286	215	109	22	0
Consultores	282	219	129	114	31	81	28	32	14
Terceirizados Informática							77	85	103
Terceirizados – Apoio Administrativo	0	140	169	353	381	345	322	255	233
Total extraquadro	282	359	325	467	412	429	350	372	350
TOTAL GERAL	547	722	838	893	865	1067	934	985	976

Fonte: Relatório da ANS de 2008.

Notas: (*) Inclui 11 procuradores ocupantes de cargo comissionado

(**) Inclui 28 servidores efetivos ocupantes de cargo comissionado

(***) Inclui 15 servidores redistribuídos ocupantes de cargo comissionado

(****) Exercício Descentralizado de Carreira

(*****) Servidor requisitado e pago pelo órgão de origem - Ministério da Saúde

Observa-se no conjunto do período um aumento expressivo no total de trabalhadores atuantes na ANS, além de mudanças no perfil dos vínculos dos trabalhadores. Enquanto nos primeiros anos predominaram os vínculos temporários, a partir de 2005 destaca-se o aumento progressivo de servidores permanentes admitidos por concurso público para atuar na agência, com queda no número e proporção dos trabalhadores temporários.

Em 2001, iniciou-se a incorporação de trabalhadores temporários, com o privilegiamento da absorção de profissionais de nível superior. O relatório de gestão da ANS de 2002 ressaltou que, apesar do início da implantação de uma série de ações relativas ao mercado de saúde suplementar, a agência apresentava, naquele momento, uma quantidade inadequada de recursos humanos decorrentes do atraso na inclusão dos trabalhadores temporários e do impedimento de composição do seu quadro permanente, que continuava sem solução.

Assim, apesar de a ANS contar em 2003 com 267 trabalhadores temporários, existia um déficit de 170 profissionais de nível superior e 33 de nível intermediário, quando comparado ao estabelecido pela Medida Provisória⁹⁷, que dispunha sobre a criação e organização de cargos efetivos das agências reguladoras. Na perspectiva de conseguir uma solução definitiva quanto à composição do quadro de pessoal próprio da ANS, propôs-se que esta organizasse concursos públicos para o preenchimento do quadro efetivo, conforme estimativa apresentada na tabela 4.8.

Tabela 4.8: Total de vagas estabelecidas para o quadro efetivo da ANS em 2003

CARGO	QUANTITATIVO
Especialista em Regulação de Saúde Suplementar	340
Técnico em Regulação de Saúde Suplementar	50
Analista Administrativo	100
Técnico Administrativo	70
TOTAL	560

Fonte: relatório da ANS de 2003.

⁹⁷ Segundo a Medida Provisória nº 155, de 23/12/2003, que dispõe sobre a criação e organização de cargos efetivos das agências reguladoras (ANS, 2003).

Devido a não previsão na estrutura regimental da ANS quanto à utilização de mão de obra na área de informática e nas atividades apoio administrativo, a agência precisou executar licitações públicas para incorporação desses profissionais por contratos (ANS, 2003).

No ano de 2004, no intuito de aumentar a comunicação com seu público-alvo⁹⁸, a Agência aperfeiçoou e desenvolveu ferramentas de disseminação de informações, implantou quatro novos núcleos regionais⁹⁹ e priorizou as seguintes medidas: ampliação da fiscalização e do monitoramento das operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde, implantação do sistema de ressarcimento ao SUS e treinamento de 673 servidores públicos federais para qualificá-los. Ademais, nesse ano foram empreendidas diversas ações para a execução de concurso público e admissão de servidores efetivos para o primeiro semestre de 2005 (ANS, 2004).

A realização do concurso para preenchimento de 310 vagas do quadro de pessoal da ANS foi então autorizada¹⁰⁰ e as vagas, assim distribuídas: 188 especialistas, 28 técnicos, 55 analistas administrativos e 39 técnicos administrativos. Além disso, ocorreu a promulgação da Lei que autorizava mudanças nas estruturas dos cargos comissionados da ANS, contanto que estas alterações não gerassem aumentos nas despesas destes cargos¹⁰¹ (ANS, 2004).

A configuração da força de trabalho da ANS começou a modificar-se a partir de 2005, com a nomeação de 267 concursados, sendo 157 especialistas, 45 analistas e 65 técnicos. Nesse período, o quadro de pessoal também era composto por 136 comissionados (sendo 3 servidores efetivos que recebiam também o cargo comissionado), 6 requisitados sem remuneração, 7 em exercício de subordinação administrativa (servidores pagos pelo

⁹⁸ A ANS possui como público-alvo direto os beneficiários de planos privados de atenção, operadoras de saúde suplementares e prestadoras de serviços de saúde, e indiretamente toda a população brasileira englobada pelo SUS (ANS, 2004).

⁹⁹ Os novos núcleos foram implantados em Salvador/BA, Porto Alegre/RS, Belém/PA e Fortaleza/CE.

¹⁰⁰ A realização do concurso foi viabilizada pela autorização do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, por meio da Lei n.º 10.871, de 20 de maio de 2004, publicada no Diário Oficial da União, em 21 de maio de 2004. Esta Lei dispunha sobre a criação das carreiras e da organização dos quadros efetivos das Agências Reguladoras, instituindo as condições necessárias ao exercício das atribuições da ANS (ANS, 2007).

¹⁰¹ Em 7 de outubro de 2004 foi publicada a Portaria n.º 272, que autorizava o concurso público para ANS e em 09/11/2004 ocorreu a retificação desta Portaria, unificando no Cargo de Técnico Administrativo os cargos de Técnico em Regulação de Saúde Suplementar e Técnico Administrativo. A possibilidade de mudança na estrutura dos cargos comissionados deu-se pela Lei n.º 9.986, de 18/07/2004 (ANS, 2004).

órgão de origem - Ministério da Saúde), 24 Procuradores Federais/Advogados AGU, totalizando 426 servidores. Além disso, a agência contava com profissionais temporários, consultores e terceirizados, sendo seu quantitativo total, nesse período, de 1.067 profissionais (ANS, 2006).

Segundo relatório oficial, em 2006 a ANS procurou trabalhar de forma mais integrada com outros órgãos do Ministério da Saúde, concentrou esforços na cobrança de débitos junto às operadoras de planos privados de assistência à saúde e iniciou o processo de alteração da legislação, no sentido de conceder maior autonomia aos núcleos regionais¹⁰² (ANS, 2006).

No ano seguinte, a agência procurou avançar no processo de desenvolvimento da gestão institucional, porém algumas dificuldades foram relatadas, destacando-se: o panorama político-institucional adverso (decorrente das lacunas no quadro de diretores durante seis meses, comprometendo o processo decisório); os entraves burocráticos no estabelecimento de parcerias e convênios; a pulverização do espaço físico (visto que a sede, localizada no Rio de Janeiro, estava distribuída em quatro imóveis alugados); e a deficiência de Recursos Humanos (embora a ocorrência de dois concursos não tenha preenchido a totalidade de vagas previstas).

Outros aspectos críticos também foram apontados em relação aos recursos humanos. O primeiro baseou-se na rotatividade dos servidores, a qual dificultava a realização de visitas técnicas e gerava o acúmulo de processos. O segundo relacionou-se à capacitação dos novos concursados, a qual, por falta de tempo suficiente, não os preparava para responder às demandas e especificidades institucionais.

Segundo anunciado pelo relatório, a ANS já teria conseguido alcançar em 2008 um grau de maturidade bastante elevado em relação à regulação dos aspectos econômico-financeiros das operadoras e à consolidação dos aspectos técnicos assistenciais. Algumas iniciativas destacadas no relatório foram o incentivo ao desenvolvimento de programas de promoção à saúde e da prevenção de doenças, além de uma série de regulamentos que teriam propiciado uma considerável qualificação da saúde suplementar, visando integrar-se ao SUS (ANS, 2008).

¹⁰² Em 2007, existiam os seguintes núcleos regionais: Bahia, Ceará, Distrito Federal, Mato Grosso, Minas Gerais, Pará, Paraná, Pernambuco, Ribeirão Preto/SP, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e São Paulo/SP (ANS, 2007).

No aspecto do aprimoramento dos seus servidores, a ANS intensificou o processo de qualificação por meio de diversos cursos. Este desenvolvimento fez-se necessário devido à especificidade da área de atuação destes trabalhadores, o que exige conhecimentos multidisciplinares e grande grau de qualificação.

Quanto à alocação dos recursos humanos na ANS, tomando-se por base a área de atuação, pôde-se observar que cerca de 68% do total de profissionais dedicavam-se à ação de Regulação, Fiscalização e Monitoramento, enquanto 30% atuavam na ação de Gestão e Administração do Programa (GAP). As ações de Capacitação e de Publicidade utilizavam de 1-2% do total de pessoal, sendo estes trabalhadores também participantes da ação da GAP.

Em relação à abordagem das variáveis sexo, faixa etária, escolaridade e remuneração do quadro de trabalhadores da ANS, só foi possível a análise do quadro próprio de servidores, pois os relatórios da Agência não possuíam tamanho grau de detalhamento. Para obter tais informações, foi utilizado o boletim de pessoal do Ministério de Planejamento referente a dezembro de 2008.

Constatou-se que a maioria dos servidores da ANS era do sexo masculino, apresentava até 40 anos de idade, nível superior e remuneração baseada num plano de cargos e salários específico para esta categoria¹⁰³. Estes resultados estão representados nas tabelas 4.9 e 4.10.

Tabela 4.9: Distribuição por faixa etária e sexo dos servidores da ANS em 2008

Faixa Etária (%)					Sexo (%)		Servidores
Até 30	De 30 a 40	De 41 a 50	De 51 a 60	Acima de 60	Masc.	Fem.	
41,2	39,5	14,9	3,9	0,4	81,6*	35,4	
Total							483

Fonte: Boletim estatístico de Pessoal do MPOG ref. a dez/2008.

Nota: *Influenciado pela concentração de 322 homens no cargo de Especialista em Regulação de Saúde Suplementar, do total de 483 servidores.

¹⁰³ Quanto à remuneração, esta foi dividida em quatro tipos de cargos, sendo dois de nível superior, dois de nível médio, valores iniciais e finais, de acordo com o Plano de Carreira do órgão, que é o instrumento que delinea as regras para promoção e progressão desta categoria (MPOG, 2008).

Tabela 4.10: Demonstrativo de cargos e salários dos servidores da ANS em 2008

Cargo	Valor Inicial (R\$)	Valor Final (R\$)
Especialista em Regulação de Saúde Suplementar- NS	9.552,00	14.740,00
Analista Administrativo – NS	9.552,00	14.740,00
Técnico em Regulação de Saúde Suplementar – NI	4.708,07	6.692,01
Técnico Administrativo – NI	4.693,37	6.705,55

Fonte: Boletim de Pessoal ano 2009 referente aos dados de dezembro de 2008, SRH/MP.

Notas: NS - Nível Superior / NI - Nível Intermediário

Inicial - é o vencimento básico correspondente a classe e padrão inicial de cada cargo público.

Final - é o limite máximo do maior vencimento fixado no art. 1º da EC nº 41, de 19.12.2003 e CF art.37 inciso XI.

Quanto ao gasto com pessoal, verificou-se um crescimento expressivo de R\$ 2.378.407,69 para R\$ 60.173.624,88 no período de 2000 a 2008 (Tabela 4.11). A evolução dos gastos com pessoal acompanhou o percurso de acontecimentos da ANS. O primeiro ano retratou a carência de recursos da agência, decorrentes do repasse tardio do Ministério da Saúde, que só ocorreu em 2001. Entre 2002 e 2005, ocorrem aumentos progressivos, porém discretos, nos gastos com pessoal. O aumento mais expressivo nos gastos entre 2005 e 2006 resultou da posse dos novos concursados. Já o aumento significativo registrado em 2008 é decorrente da conquista de aumento salarial dos servidores da agência neste ano (ANS, 2008).

Tabela 4.11: Evolução de gasto com pessoal ativo da ANS, de 2000 a 2008

ANO	GASTO COM PESSOAL**	
	Mês Dez (R\$)	Total Anual (R\$)
2000	336.661,04	2.378.407,69
2001	880.188,91	8.907.428,77
2002	1.471.751,21	15.643.889,82
2003	1.584.819,94	18.713.428,18
2004	1.862.029,07	21.225.959,56
2005	2.350.645,94	22.828.909,74
2006	4.487.996,67	32.252.716,72
2007	3.524.619,18	37.396.542,71
2008 (*)	6.183.024,83	60.173.624,88

Fonte: Relatórios dos anos 2000 a 2008 da ANS.

Notas: (*) Refere-se ao pagamento do aumento salarial (Medida Provisória nº 441), relativo aos meses de agosto e setembro.

(**) Os valores são referentes às despesas com pessoal e encargos sociais extraídos do Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos – SIAPE, considerando-se somente os contratados temporários e servidores (ANS, 2006).

Em síntese, podem-se identificar dois momentos importantes na trajetória da ANS, entre 2000 e 2008. Até 2004 considera-se um momento inicial de estruturação física, financeira e de recursos humanos. No primeiro ano de existência, a agência não possuía servidores próprios em seu quadro de trabalhadores e utilizava-se de servidores cedidos, cargos comissionados, terceirizados, consultores e contratos temporários. De 2004 a 2008 identifica-se um movimento de profissionalização por meio da ampliação das funções da agência e das iniciativas de capacitação dos trabalhadores. No que se refere ao quadro de pessoal, o principal avanço é a nomeação de 507 novos concursados para compor o quadro próprio da ANS, representando um aumento de 40% desse grupo e aproximando-se do número ideal de servidores projetados em sua criação, que seria de 515.

Portanto, o quadro de trabalhadores da ANS evoluiu de 547 profissionais, em 2000, para 976, em 2008, representando um aumento total de 78%. Nesse período, observam-se as seguintes mudanças no que diz respeito ao perfil do quadro: redução progressiva dos profissionais de contratos temporários e aumento dos servidores concursados a partir de 2005; redução no quantitativo de consultores; aumento no quantitativo de servidores que recebem cargos comissionados; redução dos servidores requisitados sem comissionamento, com ônus para a ANS; existência de um número expressivo de trabalhadores terceirizados nas áreas de apoio administrativo e de informática (ANS, 2008).

Enfim, pode-se dizer que, ao longo do período estudado, a ANS avançou no sentido de criar um quadro próprio de servidores efetivos, valendo-se da realização de concursos públicos e da substituição de parte dos trabalhadores temporários e consultores. Ao final de 2008, os servidores representavam 64% dos trabalhadores da agência (sendo 52% ativos permanentes e 12% com cargos comissionados) e somente cerca de 36% dos trabalhadores apresentavam outros tipos de vínculo (em sua maioria, terceirizados da área de apoio).

Capítulo 5 – A Fundação Oswaldo Cruz e seus trabalhadores

A história da Fundação Oswaldo Cruz remonta aos anos 1900, com a criação do Instituto Soroterápico Federal, que surge com o objetivo de fabricar soros e vacinas contra a peste bubônica. O primeiro cargo de diretor geral do instituto foi ocupado por Barão de Pedro Afonso e o primeiro de diretor técnico foi dado ao jovem bacteriologista Oswaldo Cruz, que em 1902 assumiu a direção geral do instituto. Ele ampliou as atividades do instituto e incluiu a pesquisa básica aplicada e a formação de recursos humanos no rol de suas atribuições, dando início à diversificação das funções da FIOCRUZ (FIOCRUZ, 2009).

No ano seguinte, Oswaldo Cruz foi nomeado Diretor Geral de Saúde Pública, cargo correspondente ao de Ministro da Saúde nos dias atuais, e utilizou o Instituto Soroterápico Federal como base de apoio técnico-científico para a realização de campanhas de saneamento.

Em 1908, ocorreram dois eventos na trajetória do instituto. O primeiro foi a mudança de nome do Instituto Soroterápico Federal, que passou a ser denominado Instituto Oswaldo Cruz (IOC). O segundo foi a chegada das campanhas de saneamento ao interior do Brasil, o que propiciou estudos sobre as condições de vida das populações do interior. Os conhecimentos adquiridos nessas expedições foram fundamentais para a construção das bases do Departamento Nacional de Saúde Pública, criado em 1920.

Segundo dados históricos, a crise da República Velha _ inflação e recessão econômica _ atingiu o Instituto Oswaldo Cruz, impossibilitando que avanços alcançados nas ciências biomédicas ocorridos após a 1ª Guerra Mundial fossem utilizados pelo instituto e que a infraestrutura tecnológica de Manguinhos se atualizasse. Os recursos humanos também sofreram os impactos dessa crise, os salários dos trabalhadores diminuíram e a prática do duplo emprego tornou-se usual no IOC.

Após a Revolução de 1930, no governo de Getúlio Vargas, o instituto foi transferido para o recém-criado Ministério da Educação e Saúde Pública, o que embora significasse maior disponibilidade de recursos federais, resultou na perda de autonomia e de parte de seu pessoal. Muitos cientistas insatisfeitos deixaram a instituição e optaram pela carreira universitária e nesse período o instituto ficou mais vulnerável às interferências de políticas externas.

Após a Reforma Administrativa de 1967, o instituto passou à condição de Fundação e, portanto, foi incluído como Administração Indireta. Segundo Lamarca (2009) esta mudança objetivou o desenvolvimento do instituto nos campos da saúde, educação e ciência e tecnologia; e a concessão de maior autonomia e flexibilidade na gestão.

A Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) é uma entidade jurídica de direito público, vinculada ao Ministério da Saúde e atualmente, segundo Mello (2007), destaca-se como uma das principais instituições de ciência e tecnologia em saúde da América Latina, sendo essencial na formação e qualificação dos recursos humanos da saúde.

Desde sua concepção, a Fiocruz manteve-se nos campos científicos da pesquisa e desenvolvimento tecnológico em prol da saúde e, segundo Lamarca (2009), caracterizou-se durante toda sua história por ser uma instituição “híbrida”, direcionada tanto pela lógica acadêmica e tecnológica quanto pelo preceito das políticas de saúde.

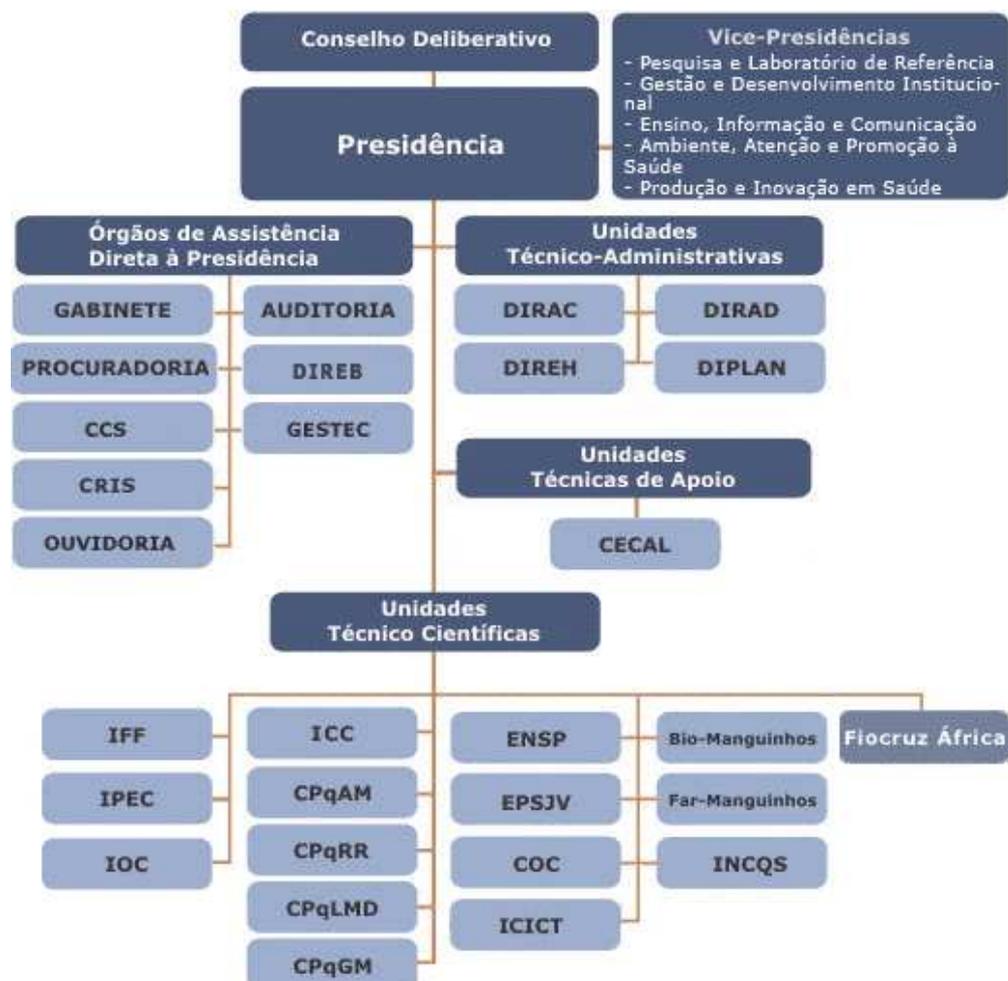
Porém, ainda segundo a autora, nos anos 1990 ocorre a tentativa de fragmentação da FIOCRUZ. O governo de Fernando Henrique Cardoso lança o Plano Diretor que define quais funções seriam típicas de Estado. No entanto, por sua complexidade, a FIOCRUZ não se enquadra integralmente no modelo utilizado como referência. Daí cogitou-se dividir a Fundação, de acordo com as funções específicas que esta executava. Contudo, a reforma administrativa perdeu força com o tempo e o projeto destinado à FIOCRUZ não foi executado.

Esse hibridismo repercute na diversidade de funções e na estrutura organizacional da Fundação, atualmente fomentadora, segundo Mello (2007), de atividades que incluem: o desenvolvimento de pesquisas; a prestação de serviços hospitalares e ambulatoriais de referência em saúde; a fabricação de vacinas, medicamentos, reagentes e kits de diagnóstico; o ensino e a formação de recursos humanos; a informação e a comunicação em saúde, ciência e tecnologia; o controle da qualidade de produtos e serviços; e a implementação de programas sociais.

A estrutura organizacional da FIOCRUZ também evidencia sua peculiaridade, pois é composta por quinze unidades técnico-científicas, uma unidade de apoio, um Escritório Internacional localizado em Maputo (África) e quatro unidades de apoio técnico-

administrativas¹⁰⁴, que atuam em diferentes áreas e possuem características distintas entre elas, conforme demonstram a Figura 5.1 e os Quadros 5.1 e 5.2.

Figura 5.1: Organograma da Fiocruz



Fonte: portal fiocruz em 2009.

¹⁰⁴ Além das unidades técnico-científicas, de apoio e técnico-administrativas, a Fiocruz possui na estrutura organizacional uma presidência que abriga cinco vice-presidências, um Conselho Deliberativo e órgãos de assistência direta à presidência _ Gabinete, Procuradoria, Coordenadoria de Comunicação Social, Centro de Relações Internacionais em Saúde, Ouvidoria, Auditoria interna, Diretoria Regional de Brasília e Coordenação de Gestão Tecnológica (FIOCRUZ, 2009).

Quadro 5.1: Unidades da FIOCRUZ no Rio de Janeiro

UNIDADES	FOCO	COMENTÁRIO/HISTÓRICO
Instituto Oswaldo Cruz (IOC)	Pesquisa	O IOC foi a primeira unidade da Fiocruz a atuar em pesquisa biomédica. Atualmente realiza pesquisas sobre AIDS, cólera, doença de chagas, esquistossomose, febre amarela, hepatites, malárias, meningites, tuberculose, entre outras. Destaca-se como um dos mais avançados institutos em biotecnologia do país e é responsável pela edição da mais antiga publicação científica na área biomédica da América Latina – Memórias do Instituto Oswaldo Cruz.
Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP)	Ensino e Pesquisa	A ENSP foi criada em 1954, e possui como mola-mestra a formação de recursos humanos qualificados, com cursos de especialização, mestrado e doutorado em saúde pública. Atua também no campo da pesquisa – sobretudo em estudos de saúde coletiva - e na prestação de serviços em saúde, por meio do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria, que mantém atividades de promoção e assistência à saúde.
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV)	Ensino	A EPSJV é um órgão de referência na formação de recursos humanos e possui como principal objetivo promover, em âmbito nacional, a educação profissional de nível básico e técnico em Saúde, com prioridade para os trabalhadores de nível médio do Sistema Único de Saúde (SUS).
Instituto de Tecnologia em Fármacos (FARMANGUINHOS)	Produção	Originário do antigo Serviço de Medicamentos do Departamento Nacional de Endemias Rurais, criado em 1956 pelo Ministério da Saúde. Farmanguinhos integrou-se à Fiocruz em 1976, exercendo um relevante papel na pesquisa e no desenvolvimento tecnológico de medicamentos essenciais, distribuídos gratuitamente à população pelo SUS.
Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos (BIOMANGUINHOS)	Produção	Criado em 1976, o instituto passou a ter papel estratégico a partir dos anos 1990, na busca da auto-suficiência na produção de alguns imunobiológicos. Biomanguinhos fabrica diversas vacinas, buscando atender às demandas epidemiológicas do país.
Instituto Fernandes Figueira (IFF)	Assistência	O IFF foi fundado em 1924 e incorporado à Fiocruz em 1970. O instituto realiza atividades de pesquisa, ensino e assistência à saúde da mulher, da criança e do adolescente. Além disso, é referência em diversas áreas e destaca-se pelo reconhecimento nacional de seu banco de leite humano.
Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas (IPEC)	Assistência	O instituto foi idealizado por Oswaldo Cruz e começou a ser construído em 1912, com o nome de Hospital Oswaldo Cruz. O IPEC possui a missão de estudar doenças infecciosas e parasitárias de alto impacto na sociedade e abriga em sua estrutura três centros de referências nacionais: em leishmaniose tegumentar, em micoses e para o diagnóstico histopatológico em doenças infecciosas.
Instituto Nacional de Controle e Qualidade em Saúde (INCQS)	Controle de Qualidade	O INCQS foi criado a partir do Laboratório Central de Controle de Drogas, Medicamentos e Alimentos e integra o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária como Laboratório de Referência Nacional para as questões técnico-científicas no que se refere à qualidade de alimentos; medicamentos; produtos biológicos (soros e vacinas, entre outros); saneantes domissanitários; conjuntos, reagentes e insumos diagnósticos; cosméticos; artigos e insumos para a saúde e diálise; sangue e hemoderivados; ambientes; e serviços relativos à saúde da população.
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT)	Informação	O ICICT desenvolve estratégias e executa ações para ampliar o campo da comunicação e informação científica em saúde, visando atender às demandas sociais e do SUS.
Casa Oswaldo Cruz (COC)	História e Informação	A COC foi criada em 1986 e dedica-se à preservação da memória e do patrimônio da Fiocruz e executa atividades de pesquisa, ensino, documentação e divulgação da história da saúde pública e das ciências biomédicas no Brasil. Além disso, é responsável pelo Museu da Vida que é um complexo multimídia de educação e lazer.

Fonte: Relatório de Atividades da Fiocruz 2007.

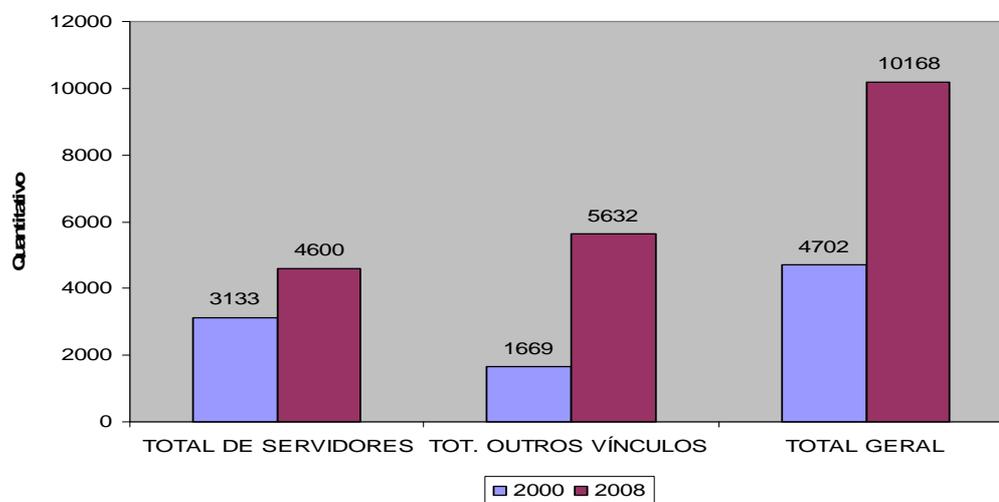
Quadro 5.2: Outros Campi da FIOCRUZ

UNIDADES	FOCO	COMENTÁRIO/HISTÓRICO
Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães (CPqAM)	Pesquisa	O Centro de Pesquisas foi fundado em 1950, no Recife, e integrou a Fiocruz em 1970. O centro atua em atividades científicas para o enfrentamento de problemas socio sanitários no nordeste brasileiro, principalmente contra a peste, hantavírus e tuberculose. Atua também, como uma plataforma de desenvolvimento de vacinas e produtos de diagnóstico para doenças de caráter prioritário para o Ministério da Saúde.
Centro de Pesquisa Renné Rachou (CPqRR)	Pesquisa	O centro foi originário da filial de Manguinhos em Belo Horizonte, fundada em 1907. O CPqRR estudada a doença de Chagas, as helmintoses intestinais, a esquistossomose, as leishmanioses, a malária e a epidemiologia e antropologia do envelhecimento.
Centro de Pesquisa Gonçalo Moniz (CPqGM)	Pesquisa	O CPqGM localiza-se em Salvador e destaca-se nas áreas de patologia, imunopatologia, biologia molecular, parasitologia, ecologia e controle de doenças infecto-parasitárias. Além disso, o seu Laboratório Avançado de Saúde Pública é credenciado como centro de referência para isolamento e caracterização do HIV-1 no Brasil.
Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane (CPqLMD)	Pesquisa	O CPqLMD localiza-se em Manaus e possui como foco a melhoria da qualidade de vida das populações amazônicas, por meio da investigação das situações de risco para essas populações, o que vem permitindo estudos específicos sobre as comunidades indígenas e ribeirinhas, periferias urbanas, entre outros.
Instituto Carlos Chagas (ICC)	Pesquisa	Fundado em março de 2008, o ICC teve sua origem em 1999, com a criação do Instituto de Biologia Molecular do Paraná. O instituto manipula agentes altamente patogênicos e possui laboratórios para o cultivo de bactérias, parasitos, células saudáveis e infectadas por vírus. Mais recentemente incorporou o trabalho com células-tronco e lentivírus.
Fiocruz África	Cooperação Internacional	Criada em 2008, a “Fiocruz África” é o primeiro escritório internacional de representação da Fundação no exterior. O novo escritório internacional da Fiocruz é regional e está localizado em Maputo, Moçambique. Tem como finalidade articular, acompanhar e avaliar os programas de cooperação em saúde desenvolvidos pelas unidades da Fiocruz com os países africanos, incluindo o Programa de Cooperação Interinstitucional com o Ministério da Saúde da República de Moçambique.

Fonte: Relatório de Atividades da Fiocruz 2007 e Portal da Fiocruz 2009.

A Figura 5.2 apresenta o quantitativo de servidores efetivos; o total de servidores (incluindo os cedidos, celetistas, nomeados para cargo em comissão e requisitados); o total dos trabalhadores inseridos nas outras modalidades; e o total geral dos trabalhadores da FIOCRUZ, nos anos 2000 e 2008.

Figura 5.2: Evolução do quadro de trabalhadores da FIOCRUZ, de 2000 a 2008



Fonte: Elaboração própria a partir de dados obtidos pelo SEINFO/DIREH em 2008.

O quadro de trabalhadores da FIOCRUZ no período de 2000 a 2008 é detalhado na Tabela 5.1, que apresenta os servidores efetivos, cedidos, celetistas, nomeados para cargo em comissão, requisitados, trabalhadores contratados por empresa terceirizada, cooperativados, autônomos e participantes de programas sociais.

Tabela 5.1: Quantitativo do quadro de trabalhadores da FIOCRUZ, por vínculo, de 2000 a 2008

MODALIDADE	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	% VAR. 2000-2008
SERVIDOR EFETIVO	3002	3015	3318	3283	3287	3248	4056	4108	4505	50,1
CECIDO	24	28	23	26	28	26	27	27	25	4,2
CELETISTA	7	7	6	6	6	6	6	6	6	-14,3
NOMEADO P/CARGO COMISSÃO	75	60	64	66	57	50	44	47	52	-30,7
REQUISITADO	25	19	18	12	13	12	15	14	12	-52,0
TOTAL SERVIDORES	3133	3129	3429	3393	3391	3342	4148	4202	4600	46,8
EMPRESA TERCEIRIZADA	933	1619	2234	1590	2070	2934	4458	5223	5295	467,5
COOPERATIVA	210	1319	1774	2080	1500	443	271	36	57	-72,9
AUTÔNOMO	273	356	224	411	105	115	10	11	0	-100,0
PROGRAMA SOCIAL	153	171	178	169	177	1150	198	209	216	41,2
TOT. OUTROS VÍNCULOS	1669	3544	4492	4328	3922	4704	4996	5540	5632	237,4
TOTAL GERAL	4702	6594	7839	7643	7243	7984	9085	9681	10168	116,2
% SERV. DA FIOCRUZ	64,5	46,3	42,7	43,4	45,9	41,1	45,0	42,8	44,6	---
% OUTROS VÍNCULOS	35,5	53,7	57,3	56,6	54,1	58,9	55,0	57,2	55,4	---

Fonte: Tabela elaborada pelo SEINFO/DIREH, baseada na fita espelho SIAPE/SGA-RH – ref. a dez/2008.

Nota: Segundo dirigentes da DIREH, as informações sobre terceirizados passam a ser mais confiáveis a partir de 2005.

Ao considerar o total geral do quadro de trabalhadores da FIOCRUZ, observa-se um aumento de 116,2% no período estudado, visto que em 2000 eram 4.702 profissionais e em 2008 esse número passou para 10.168. Tal resultado foi influenciado principalmente pelo aumento do quantitativo de servidores efetivos e de terceirizados.

O quantitativo total de servidores efetivos em 2000 era de 3.022 e em 2008 passou para 4.505. Esse aumento de 50% foi o reflexo da concessão pelo MPOG de três concursos públicos à FIOCRUZ, realizados nos anos de 2002, 2004 e 2006¹⁰⁵. Ao todo foram

¹⁰⁵ Um dado importante refere-se à vinculação formal dos servidores da FioCruz ao Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal/MPOG. Isso faz com que parte da gestão de pessoal fique fora da esfera de decisão da FioCruz, devendo se submeter a um conjunto de regras estabelecidas, tanto no aspecto da estrutura de seu quadro de pessoal efetivo, quanto no esquema de remuneração, dentre outros aspectos. Esta situação requer uma habilidade de negociação, para que se obtenham avanços no âmbito do quadro de pessoal junto ao

liberadas 1.872 vagas, direcionadas primordialmente às áreas de assistência, pesquisa e ensino. O IFF e o IOC receberam os maiores percentuais dessas vagas, 16,2% e 11,1%, respectivamente.

Sabe-se que, segundo Lamarca (2009), desde os anos 1990 as restrições das políticas de recursos humanos dificultaram a reposição de servidores. Como alternativa para responder ao crescimento das exigências e atribuições das instituições foram utilizadas as empresas terceirizadas e as cooperativas. Porém, a partir dos anos 2000, o Ministério Público do Trabalho pressionou o governo, por meio do Termo de Ajuste de Conduta e pelo Tribunal de Contas da União, para regularização dos vínculos precários e substituição dos terceirizados que atuavam nas áreas finalísticas.

A partir de 2002, a Fiocruz, que também foi inserida no Termo de Ajuste, começou a tentar regularizar a situação, transferindo os trabalhadores cooperativados para as empresas terceirizadas, o que atendia em parte às exigências do Ministério do Trabalho através de redução dos vínculos precários. Porém, também era necessária a substituição dos terceirizados que atuavam nas áreas finalísticas. Nesse sentido, a FIOCRUZ começou a negociar com o Ministério do Planejamento a liberação de vagas para concursos e, em 2002, realizou o primeiro concurso após o Termo de Ajuste. No mesmo ano, a fundação possuía 57% de sua força de trabalho composta por profissionais que não eram servidores, ou seja, que apresentavam outros tipos de vínculos.

Neste contexto, ao analisar o histórico evolutivo dos trabalhadores dos outros vínculos, verifica-se, ao contrário do que se esperava com o acordo firmado com o Ministério do Trabalho, um crescimento de 237,4% desta modalidade. Em 2000 eram 1.669 trabalhadores nesta condição e em 2008 este número passou para 5.632.

Ressalta-se ainda que, apesar da modalidade “empresa terceirizada” ter absorvido uma parte dos cooperativados, o aumento destes terceirizados foi muito superior ao quantitativo de cooperados transferidos. Dentro da modalidade “outros vínculos” a terceirização foi a que mais se destacou, com aumento de 467,5% em seus quadros. Em 2000 o quantitativo era de 933 terceirizados e em 2008 esse número era de 5.295.

Em consonância ao exposto, verifica-se a redução de 72,9% dos cooperativados, que em 2000 eram 210 trabalhadores e em 2008 passaram para 57. Percebe-se também que

a modalidade “trabalhadores autônomos” foi-se reduzindo ao longo do período e em 2008 não existiam trabalhadores nesta condição.

Ao considerar o grande quantitativo de unidades da FIOCRUZ e suas funções diferenciadas, torna-se necessário avaliar o quadro de trabalhadores por unidade. A Tabela 5.2 compara o número e a proporção do total de servidores estatutários e do total de trabalhadores de outros vínculos, nos anos de 2000 e 2008. Na categoria “servidores estatutários” incluem-se os servidores ativos permanentes, cedidos, celetistas, nomeados em cargo comissionado e requisitados. Já na modalidade “outros vínculos” são considerados os terceirizados, cooperados, autônomos e programas sociais.

Tabela 5.2: Quantitativo de servidores e outros vínculos por unidade da FIOCRUZ, em 2000 e 2008

UNIDADES	2000						2008						VAR % 2000-2008		
	SERVIDOR		OUTROS VÍNCULOS		TOTAL TRAB.		SERVIDOR		OUTROS VÍNCULOS		TOTAL TRAB.		SERV	OUTROS VÍNCULOS	TOT. TRAB
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	%	%	%
IOC	409	87,2	60	12,8	469	100	594	72,1	230	27,9	824	100	45,2	283,3	75,7
CPqAM	103	100,0	0	0,0	103	100	168	62,2	102	37,8	270	100	63,1	100,0	162,1
CPqGM	62	100,0	0	0,0	62	100	119	79,9	30	20,1	149	100	91,9	100,0	140,3
CPqRR	80	100,0	0	0,0	80	100	125	68,3	58	31,7	183	100	56,3	100,0	128,8
CPqL&MD	0	0,0	0	0,0	0	0	44	64,7	24	35,3	68	100	100,0	100,0	100,0
COC	91	53,5	79	46,5	170	100	150	62,0	92	38,0	242	100	64,8	16,5	42,4
ENSP	418	89,9	47	10,1	465	100	578	83,2	117	16,8	695	100	38,3	148,9	49,5
EPSJV	42	91,3	4	8,7	46	100	128	68,1	60	31,9	188	100	204,8	1400,0	308,7
BIOMANGUINHOS	167	27,7	436	72,3	603	100	267	26,3	750	73,7	1017	100	59,9	72,0	68,7
FARMANGUINHOS	64	13,9	395	86,1	459	100	167	21,1	623	78,9	790	100	160,9	57,7	72,1
INCQS	171	89,1	21	10,9	192	100	226	70,8	93	29,2	319	100	32,2	342,9	66,1
IFF	643	95,5	30	4,5	673	100	881	76,0	278	24,0	1159	100	37,0	826,7	72,2
IPEC	148	89,7	17	10,3	165	100	307	68,5	141	31,5	448	100	107,4	729,4	171,5
ICICT	90	92,8	7	7,2	97	100	131	61,8	81	38,2	212	100	45,6	1057,1	118,6
CECAL	45	71,4	18	28,6	63	100	79	53,4	69	46,6	148	100	75,6	283,3	134,9
PRESIDÊNCIA	101	65,2	54	34,8	155	100	149	55,4	120	44,6	269	100	47,5	122,2	73,5
DIPLAN	14	100,0	0	0,0	14	100	21	67,7	10	32,3	31	100	50,0	100,0	121,4
DIREB	6	100,0	0	0,0	6	100	34	47,2	38	52,8	72	100	466,7	100,0	1100,0
DIRAC	235	99,6	1	0,4	236	100	244	11,2	1928	88,8	2172	100	3,8	192700,0	820,3
DIRAD	97	87,4	14	12,6	111	100	89	13,1	589	86,9	678	100	-8,2	4107,1	510,8
DIREH	58	13,1	386	86,9	444	100	99	42,3	135	57,7	234	100	70,7	-65,0	-47,3
TOTAL	3044	66,0	1569	34,0	4613	100	4600	45,2	5568	54,8	10168	100	51,1	254,9	120,4

Fonte: elaboração própria a partir de dados do SEINFO/DIREH coletados do SGA/RH da DIREH, referente a dezembro de 2008.

No cômputo geral do total de trabalhadores da Fiocruz, houve um aumento de 120,4% no período estudado. As maiores variações ocorreram na DIREB (1.100%), DIRAC (820,3%) e DIRAD (510,8%). Essas informações sugerem certo privilegiamento da Fundação no sentido do crescimento quantitativo total de sua força de trabalho. No entanto, tal crescimento não se justifica somente devido à incorporação dos servidores por concurso, mas também pela influência do expressivo aumento no número de trabalhadores com outras modalidades de vínculo.

No geral, houve um aumento de 51,1% do quantitativo de servidores da Fiocruz no período de 2000 a 2008. Ao examinar esse conjunto distribuído pelas unidades da Fiocruz, verifica-se um crescimento do número de servidores em todas elas, sendo a única exceção a DIRAD, que decresceu em 8,2% no período. A maior variação percentual foi observada na DIREB, com aumento de 466,7% e na EPSJV, com 204,8%. Dentre as unidades da fundação, a DIREB era uma das que possuíam o menor quantitativo de servidores _ apenas seis. Já a Escola Politécnica pode ter recebido esse aporte de servidores para o fortalecimento do ensino da instituição, uma vez que é considerada como uma das melhores escolas públicas de ensino médio no Brasil.

Do total dos 4.600 servidores existentes em 2008, a maior parte concentrava-se no IFF, com 881 estatutários. Este número pode ser explicado em função da própria natureza do instituto, que presta serviços de assistência e possui um quadro de trabalhadores atuando em esquema de plantão.

A análise da participação percentual do número total de servidores em relação ao quantitativo total de trabalhadores demonstra que, apesar do esforço no fortalecimento do quadro de servidores da FIOCRUZ, a participação percentual deste quantitativo em relação ao total de trabalhadores sofre um decréscimo. Do total de trabalhadores em 2000, 66% eram servidores e 34% estavam enquadrados como outros vínculos. Já em 2008, o percentual de participação dos servidores em relação ao total diminuiu, passando a representar 45,2%, enquanto a modalidade “outros vínculos” correspondia a 54,8% do total dos trabalhadores da fundação.

A diminuição percentual de participação do número total de servidores é observada na maioria das unidades, exceto no CPqL&MD, COC, FARMANGUINHOS e DIREH. Na última unidade, a proporção de servidores passou de 13,1% para 42,3%.

O número de trabalhadores inseridos com outros vínculos aumentou exponencialmente nesse período de 2000 a 2008. Houve um crescimento desse grupo de 254,9% no período. As maiores variações percebidas encontravam-se na Dirac (192.700%), na EPSJV (1400%) e no ICICT (1057,1%). A DIREH foi a única que diminuiu (65,0%) seu quantitativo de trabalhadores com outros vínculos no período estudado e parece ter sido a unidade que mais se aproximou do estabelecido pelo acordo firmado com o TCU, pois aumentou em 70,7% o número dos servidores.

Cabe destacar ainda que, nos dois anos (2000 e 2008), as unidades técnicas que se destacaram pela baixa proporção de servidores foram Farmanguinhos e Biomanguinhos, com mais de 70% de seus trabalhadores inseridos com outros vínculos.

Em relação à variável sexo, constatou-se que em 2008, os servidores no geral eram do sexo feminino, sendo sua maior concentração no IOC e IFF. O sexo masculino foi preponderante na DIRAC e na DIRAD. Quanto à faixa etária, os dados demonstraram que em 2008, dos 4.536 servidores ativos, 2.536 estavam na faixa de 41 a 55 anos de idade, representando 56% do total de servidores.

Já em relação à variável escolaridade, a Tabela 5.3 sugere que, em geral, houve no período uma melhora do perfil dos servidores da FIOCRUZ. Observa-se, em primeiro lugar, a redução de servidores que só tinham o primeiro grau (de 527 servidores em 2000 para apenas 210 em 2008). O número de servidores com segundo grau passou de 219 em 2000 para 647 em 2008. Além disso, ocorre no período um considerável aumento no número de servidores com especialização, mestrado e doutorado.

Tabela 5.3: Escolaridade dos servidores da FIOCRUZ, de 2000 a 2008

ANO	ATÉ 1º GRAU	2º GRAU	3º GRAU	ESPECIALIZAÇÃO	MESTRADO	DOCTORADO	TOTAL
2000	527	219	219	1343	389	336	3033
2001	498	229	284	1333	351	355	3050
2002	479	247	149	1468	485	519	3347
2003	451	254	288	1375	457	490	3315
2004	421	276	243	1381	472	528	3321
2005	374	305	178	1385	493	545	3280
2006	344	437	286	1480	902	640	4089
2007	298	440	236	1496	975	696	4141
2008	210	647	330	1583	1020	746	4536

Fonte: SEINFO/DIREH ref. a dados do SIAPE de dez. 2008.

Apesar de a FIOCRUZ ser considerada como uma das instituições de pesquisa mais importantes da América Latina, Lamarca (2009) afirma que no início dos anos 2000 a fundação encontrava-se no limite de seu quantitativo de recursos humanos para responder às demandas da sociedade. Portanto, a necessidade de realização de concursos públicos era veemente, não só pela redução dos servidores ocorrida nos anos 1990, mas também devido à necessidade de ampliação de suas atividades e de substituição da mão de obra terceirizada.

Ainda segundo a autora, uma das principais preocupações do concurso realizado em 2002 foi a recuperação do quadro de trabalhadores considerados estratégicos ao desenvolvimento da fundação, principalmente os de nível superior, das áreas de pesquisa e produção. Já o concurso realizado em 2006 focou a desprecarização do trabalho, existente pelas cooperativas e a substituição dos trabalhadores terceirizados.

No entanto, ao se fazer o balanço do período de 2000 a 2008, verificou-se um aumento do número de servidores em todas as unidades da instituição, também acompanhado pelo substancial crescimento do número de terceirizados. Isso não condiz com o acordo firmado, pois as vagas liberadas para concursos realizados nos anos 2000 se destinavam, a princípio, à substituição dos profissionais com vínculos precários e dos terceirizados que atuavam nas áreas finalísticas.

O crescimento expressivo do número de terceirizados pode afetar as futuras negociações de concursos para a instituição, as quais seriam fundamentais não só para a substituição de vínculos precários, mas também para preencher as lacunas geradas pelas aposentadorias dos servidores e para permitir o fortalecimento da instituição, que vem diversificando e ampliando suas atividades nas últimas décadas.

A análise aqui empreendida teve limitações devido à complexidade da FIOCRUZ, pois é necessária a realização de pesquisas específicas que analisem em maior profundidade a situação do quadro de trabalhadores de cada unidade, o que foge ao escopo deste trabalho.

Considerações finais

As transformações no mundo do trabalho nas últimas décadas, relacionadas à globalização, abriram espaço a uma nova conformação dos mercados e das relações de trabalho. Além disso, o papel interventor do Estado passa a ser profundamente questionado e as estruturas burocráticas passam a ser consideradas como problemas a serem solucionados.

Tais mudanças atingem de maneira distinta cada país, de acordo com a sua trajetória histórica, seu legado institucional e as decisões políticas dos governos e burocracias nacionais.

A partir dos anos 1990, o Brasil sofre efeitos dessas transformações gerais, com repercussões importantes sobre o mercado de trabalho, o papel do Estado e o perfil da Administração Pública. As repercussões das mudanças globais são, no entanto, mediadas pela especificidade da trajetória do Estado brasileiro e por decisões tomadas pelos governos das últimas duas décadas.

Vale destacar que, desde o período Vargas, a história de conformação da Administração Pública brasileira mostra algumas características relevantes, amplamente estudadas por outros autores. Em primeiro lugar, nunca houve a conformação de uma burocracia sólida e disseminada pelos vários setores de atuação do Estado. Mesmo nos momentos de crescimento da intervenção estatal, observou-se a presença de uma força de trabalho composta por múltiplos vínculos, como destaca Wahrlich (1983). Ademais, a expansão da atuação estatal não contou com uma evolução linear da Administração, mas sim com a concomitância de diferentes “gramáticas políticas”, como aponta Nunes (1997). Assim, em alguns momentos históricos houve o privilegiamento da conformação de burocracias mais sólidas especialmente em determinadas áreas estratégicas para a economia, conformando bolsões de eficiência. Pode-se dizer que não houve um investimento expressivo na conformação de burocracias na área social, incluindo a área da saúde.

No contexto brasileiro dos anos 1980, marcado pela democratização e a promulgação da constituição federal, houve proposições relativas ao fortalecimento da atuação do Estado, relacionadas à ampliação dos direitos sociais. No que se refere à saúde, a agenda defendida pela reforma sanitária e a instituição do SUS colocaram novos desafios

para a reconfiguração do papel do Estado nas três esferas de governo. No âmbito institucional, houve a unificação do comando nacional da política de saúde sob responsabilidade do Ministério da Saúde e um importante processo de descentralização político-administrativa.

Porém, nos anos 1990, observa-se no país a predominância de uma agenda de reforma do Estado que defende a redução do funcionalismo público e a configuração de um Estado regulador, com repercussões por vezes adversas para a área de saúde e para os seus trabalhadores. Destacam-se entre elas: a contenção de gastos com pessoal na esfera pública, a pouca disponibilidade de servidores públicos para responderem às novas responsabilidades do Estado (decorrentes da implementação do SUS), e a proliferação de vínculos alternativos e precários na administração pública.

Em consequência dessa agenda e do acentuado processo de descentralização, o funcionalismo federal como um todo apresenta, na década de 90, uma drástica retração (Santos, 2006). No Poder Executivo Federal, o Ministério da Saúde é o que revela maior redução do quantitativo de servidores ativos quando comparado a outros ministérios. Além disso, ocorre um movimento de precarização dos vínculos trabalhistas na saúde nas três esferas de governo, com expressão também no âmbito federal.

A pesquisa desenvolvida no âmbito do Mestrado em Saúde Pública teve como propósito geral analisar a situação, nos anos 2000, do quadro de trabalhadores do Ministério da Saúde, das duas agências reguladoras da saúde (ANVISA e ANS) e da FIOCRUZ, os quais possuem um papel estratégico na formulação e regulação das políticas nacionais de saúde. O estudo partiu do pressuposto que o fortalecimento do papel federal em áreas estratégicas é fundamental para a consolidação do SUS e que isso requer a conformação de um quadro de servidores qualificados também na esfera federal. Assim, buscou-se analisar se, no período recente, teria havido inflexões no que diz respeito ao perfil dos trabalhadores federais da saúde atuantes em órgãos e entidades selecionados, considerando principalmente a sua evolução quantitativa e situação de vínculo funcional.

Ressalte-se que o estudo teve caráter eminentemente exploratório, baseando-se em revisão bibliográfica, documentos e dados oficiais, obtidos de fontes públicas ou diretamente fornecidos pelos órgãos e entidades estudados. A não adoção de outras estratégias de pesquisa – entrevistas com atores relevantes, por exemplo – limitou a análise

mais qualitativa dos processos e das políticas públicas para o funcionalismo no período estudado. Além disso, a opção por abarcar quatro unidades fez com que o estudo tivesse caráter mais descritivo, visto que não foi possível explorar em maior profundidade as características e os condicionantes da força de trabalho em cada organização.

Houve ainda algumas limitações no levantamento de informações durante a pesquisa de campo. Uma fonte importante de dados utilizada foi o Boletim Estatístico de Pessoal do MPOG. Porém, este boletim só apresenta dados relativos aos servidores e não contempla os trabalhadores com outros vínculos trabalhistas, exigindo o levantamento de informações em documentos específicos ou diretamente no órgão e entidades estudados.

Nesse sentido, a principal dificuldade consistiu na coleta de dados referentes aos trabalhadores da sede do Ministério da Saúde em Brasília, pois os setores responsáveis pela gestão de pessoal não possuíam uma série histórica do quantitativo de trabalhadores discriminados por tipo de vínculo e local de atuação. Só foi possível a análise mais detalhada do quadro de trabalhadores lotados no nível central no ano de 2007, a partir da disponibilização de planilha elaborada e fornecida pela Coordenação de Recursos Humanos do ministério.

A obtenção de dados sobre o quadro de trabalhadores da ANVISA por tipo de vínculo também foi problemática, visto não existirem relatórios do período de 2000 a 2003 em acesso público e aqueles referentes ao período de 2004 a 2008 não contemplavam o número de terceirizados e consultores. Já a ANS dispunha de relatórios de atividades na internet para acesso público e os dados relativos à FIOCRUZ foram fornecidos diretamente pela Diretoria de Recursos Humanos da fundação.

Apesar dessas limitações metodológicas, foi possível mapear as principais mudanças no período, em linhas gerais e por unidades.

De forma geral, observou-se no período de 2000 a 2008 uma inflexão na evolução do funcionalismo público em comparação com a década anterior. Tal mudança parece relacionar-se a um posicionamento mais geral do Governo Lula, iniciado em 2003, de fortalecer a capacidade institucional do Estado, por meio da incorporação e valorização dos quadros da Administração Pública Federal. Algumas ações concretas nesse sentido foram: a realização de concursos públicos (no intuito de recompor o quadro de servidores que se aposentaram e de substituir a força de trabalho terceirizada) e as iniciativas de valorização

dos servidores (por meio de qualificação profissional e melhoria nos padrões de remuneração do funcionalismo).

Tais mudanças ocorreram gradativamente e não atingiram todas as áreas da Administração na mesma intensidade. Realmente o incremento de servidores do Executivo Federal foi grande, porém a área da saúde teve um crescimento do número de servidores ativos abaixo do aumento médio do conjunto das áreas, e bem inferior ao da área da Educação, por exemplo.

Ao considerar-se separadamente a situação dos trabalhadores atuantes nas unidades incluídas na pesquisa _ o nível central do Ministério da Saúde em Brasília, as duas agências reguladoras da saúde e a Fundação Oswaldo Cruz _ percebem-se diferenças importantes, mesmo entre os órgãos e as entidades da saúde.

No que se refere ao nível central do Ministério da Saúde em Brasília, até o ano de 2008 as formas predominantes de inserção de trabalhadores foram os contratos temporários, a utilização de mão de obra terceirizada e os consultores. A proporção de servidores no quadro geral de trabalhadores, no ano de 2007, diferia entre secretarias e departamentos do Ministério, mas em geral era baixa, mesmo em áreas finalísticas e de caráter estratégico. Essa preponderância de trabalhadores com vínculos variados (e transitórios, em sua maioria) na sede do Ministério pode ter relação com elementos históricos _ como a conformação do Ministério a partir de uma diversidade de organizações distintas _ e com as dificuldades de redefinição de um papel positivo federal no contexto de implantação do SUS. A situação atual do quadro de trabalhadores traz desafios no que diz respeito à questão remuneratória (consultores, por exemplo, recebem em geral mais do que os servidores efetivos) e, sobretudo, à continuidade das políticas nacionais.

Apesar de esforços feitos nos anos anteriores (como os processos seletivos para contratos temporários), a perspectiva de recomposição do quadro de servidores do nível central do Ministério começa a ser mais promissora somente a partir de 2008, com a expectativa de criação de uma Carreira de Desenvolvimento de Políticas Sociais que contemplaria a inserção, por meio de concurso público, de servidores de nível superior e de formação especializada, que efetivamente poderiam substituir os consultores atuantes no nível central do ministério, em setores estratégicos.

Já o quadro de trabalhadores das agências reguladoras da saúde (ANVISA e ANS) apresentou uma evolução diferenciada no período estudado. Tais entidades foram criadas recentemente, no final dos anos 1999 e início dos anos 2000, em consonância com as diretrizes da reforma do aparelho do Estado do governo FHC. Ao mesmo tempo, representaram movimentos de fortalecimento ou expansão da atuação do Estado em áreas críticas para a saúde (a vigilância sanitária e a regulação do segmento de assistência médica suplementar).

A análise da evolução do quadro de trabalhadores das duas agências da saúde, nos anos 2000, sugere que elas tiveram um tratamento diferenciado em relação à sede do Ministério da Saúde, por meio da realização de concursos para a conformação de um quadro próprio. No entanto, também foram observadas diferenças entre as duas agências.

Apesar de a ANVISA e a ANS se assemelharem administrativamente, estas se diferenciam pela história prévia de atuação do Estado nessas áreas e pelo caráter de seu objeto de intervenção. O Brasil já possuía uma trajetória na regulação da vigilância sanitária, por meio da extinta Secretaria de Vigilância Sanitária. Assim, na conformação da nova agência, um grande quantitativo de servidores da antiga Secretaria foi incorporado pela ANVISA. Já a ANS foi criada para organizar um campo novo de atuação, exigindo a criação de carreiras novas e próprias. Essas características, conseqüentemente, vão particularizar a composição do quadro de trabalhadores das duas agências.

No início de seu funcionamento, as duas agências tiveram problemas para estruturar o quadro de pessoal, pois não puderam realizar concursos que formassem seu quadro próprio e utilizaram diversos tipos de vínculos e profissionais temporários na execução de suas funções, gerando uma instabilidade e rotatividade de pessoal.

Essa situação só começou a ser modificada na ANVISA a partir de 2005, em decorrência da realização de concursos públicos. De 2004 a 2008, o quantitativo de servidores concursados denominados “de carreira” aumentou, aproximando-se progressivamente do número de servidores advindos da Secretaria de Vigilância Sanitária, considerados como do “quadro específico”.

Nesse período, a ANVISA consegue estruturar e fortalecer o quadro de pessoal _ e talvez ainda necessite negociar mais vagas com o MPOG, pois os servidores do quadro específico possuem uma faixa etária elevada e tendem a se aposentar nos próximos anos.

Em contrapartida, persiste uma grande diferença salarial entre os servidores, visto que os enquadrados como “de carreira” possuem o dobro da remuneração dos servidores do quadro específico.

A ANS, por sua vez, começou a incorporar novos concursados para composição da carreira própria a partir de 2005, com redução dos trabalhadores com contratos temporários, que predominaram nos primeiros anos de seu funcionamento. Nota-se a manutenção de um grande quantitativo de terceirizados atuantes na agência, principalmente na área administrativa, que não foram substituídos pelos concursados. Ao analisar as características de seu quadro de servidores, verificou-se que a maioria, atualmente, é do sexo masculino e possui nível superior.

Já a Fundação Oswaldo Cruz apresenta uma trajetória histórica e um perfil institucional bastante diferenciados: ainda se caracteriza por grande diversidade de atribuições assumidas por suas unidades internas. Assim como as outras entidades vinculadas ao Ministério da Saúde, a FIOCRUZ consegue negociar com o Ministério do Planejamento, ao longo dos anos 2000, vagas em concursos para reposição de seu quadro de servidores, com ênfase nos cargos estratégicos de nível superior, nas áreas de pesquisa e produção e na substituição de terceirizados. A lógica das negociações baseava-se na publicação de relação nominal dos terceirizados a serem substituídos pelos novos concursados. Porém, o estudo apontou, além do incremento do número de servidores em função dos concursos, o aumento expressivo do quantitativo de trabalhadores terceirizados – situação não condizente com o acordo firmado para regularização das relações trabalhistas. Este resultado pode gerar problemas nas futuras negociações da FIOCRUZ no que concerne à realização de novos concursos, as quais seriam relevantes inclusive para o preenchimento de lacunas em face da previsão de aposentadorias em áreas técnicas, estratégicas nos próximos anos.

No decorrer do estudo, percebe-se que os problemas observados dos diversos vínculos alternativos existentes na Fiocruz, que foram uma das motivações da iniciativa da escolha do objeto, acometem em proporções diferenciadas o Ministério da Saúde e suas entidades vinculadas, porém estão presentes em todas elas. Apesar de existir o esforço por parte do governo em substituir os trabalhadores com vínculos precários, estes ainda persistem com certa importância no ano de 2008 em todos os órgãos analisados.

Em geral, dentre as organizações estudadas, o nível central do Ministério da Saúde foi o menos priorizado com concursos públicos até o ano de 2008. A ANVISA e a ANS conseguiram compor um quadro de servidores específico nas referidas áreas e a FIOCRUZ foi contemplada com a inserção de novos concursados para recompor, em parte, seu quadro de servidores. Além disso, ocorreu a valorização dessas três entidades, por meio de aumentos salariais.

Tal situação relaciona-se à trajetória de cada instituição e depende do contexto e escolhas políticas do período, que podem impactar na conformação e evolução do quadro de trabalhadores dos órgãos e entidades públicas. Portanto, foi importante na pesquisa a consideração dos dados quantitativos à luz da trajetória e da conjuntura específica do Ministério da Saúde, ANVISA, ANS e FIOCRUZ.

Do ponto de vista de uma agenda de pesquisa, este trabalho, de caráter exploratório, permite apontar a necessidade de realização de outras investigações específicas que aprofundem a análise sobre a situação dos trabalhadores nas diferentes unidades federais, considerando as variáveis estudadas e outras não contempladas nesta dissertação.

No que diz respeito à gestão federal do trabalho em saúde, os resultados permitem apontar uma série de desafios, como: o aprofundamento da discussão do papel estratégico do Ministério da Saúde e das entidades vinculadas à luz dos princípios do SUS, a recomposição do quadro de trabalhadores de forma mais efetiva e estável _ por meio da redução adicional dos vínculos precários e aumento dos servidores de carreira _ e o investimento em carreiras próprias para a área social _ especialmente a da saúde, com vistas à constituição de uma burocracia sólida e competente para lidar com a complexidade da condução nacional da política de saúde em um país imenso, federativo e desigual como o Brasil.

Referências Bibliográficas

Agência Nacional de Saúde Suplementar. [*Homepage* na Internet]. Relatório de gestão – Exercício de 2000. Rio de Janeiro; 2001. [acesso em 27 abr 2009]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br>.

_____. [*Homepage* na Internet]. Relatório de gestão – Exercício de 2001. Rio de Janeiro; 2002. [acesso em 27 abr 2009]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br>.

_____. [*Homepage* na Internet]. Relatório de gestão – Exercício de 2002. Rio de Janeiro; 2004. [acesso em 27 de abr 2009]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br>.

_____. [*Homepage* na Internet]. Relatório de gestão – Exercício de 2003. Rio de Janeiro; 2004. [acesso em 27 abr de 2009]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br>.

_____. [*Homepage* na Internet]. Relatório de gestão – Exercício de 2004. Rio de Janeiro; 2005. [acesso em 27 abr 2009]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br>.

_____. [*Homepage* na Internet]. Relatório de gestão – Exercício de 2005. Rio de Janeiro; 2004. [acesso em 27 abr 2009]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br>.

_____. [*Homepage* na Internet]. Relatório de gestão – Exercício de 2006. Rio de Janeiro; 2007. [acesso em 27 abr 2009]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br>.

_____. [*Homepage* na Internet]. Relatório de gestão – Exercício de 2007. Rio de Janeiro; 2008. [acesso em 27 abr 2009]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br>.

_____. [*Homepage* na Internet]. Relatório de gestão – Exercício de 2008. Rio de Janeiro; 2009. [acesso em 04 jul 2009]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br>.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. [*Homepage* na Internet]. Relatório anual de atividades – Exercício 2005. Brasília; 2006. [acesso em 27 abr 2009]. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br>.

_____. [*Homepage* na Internet]. Resolução da Diretoria Colegiada nº 102/2006. Brasília; 2006. [acesso em 27 abr 2009]. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/publicacoes>.

_____. [*Homepage* na Internet]. Relatório anual de atividades – Exercício 2006. Brasília; 2007. [acesso em 27 abr 2009]. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br>.

_____. [*Homepage* na Internet]. Relatório anual de atividades – Exercício 2007. Brasília; 2008. [acesso em 27 abr 2009]. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br>.

_____. [*Homepage* na Internet]. Relatório anual de atividades – Exercício 2008. Brasília; 2009. [acesso em 27 abr 2009]. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br>.

_____. [*Homepage* na Internet]. Apresentação. Brasília; 2009. [acesso em 01 set 2009]. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/apresentacao.htm>.

Almeida CM. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. *Ciênc. saúde coletiva*. 1999; 4 (2): 263-286.

Almeida MHT. O Estado no Brasil contemporâneo: um passeio pela história. In: Melo CR, Sãenz MA, organizadores. *A democracia brasileira: balanço e perspectivas para o século 21*. Belo Horizonte: UFMG; 2007. p.17-37.

Antunes R. Dimensões da crise e metamorfoses do mundo do trabalho. *Serviço Social e Sociedade*. 1996; 50 (17): 78-86.

Bahia L. O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: tendências pós-regulamentação. In: Negri B, Di Giovanni G, organizadores. Brasil: radiografia da saúde. Campinas: Unicamp; 2001. p.325-361.

Boschi RR. Capacidades estatais e políticas de desenvolvimento no Brasil: tendências recentes. In: Melo CR, Sãenz MA, organizadores. A democracia brasileira: balanço e perspectivas para o século 21. Belo Horizonte: UFMG; 2007. p.303-325.

Boyer R. A teoria da regulação: uma análise crítica. São Paulo: Nobel; 1990.

Braga JCS, Goes de Paula S. Saúde e previdência: estudos de política social. São Paulo: Cebes/Hucitec; 1981.

Brasil. Câmara dos Deputados. Comissão de Finanças e Tributação. Projeto de Lei de 21 de fevereiro de 2008 [Legislação na Internet]. Dispõe sobre a criação da Carreira de Desenvolvimento de Políticas Sociais; sobre a criação de cargos de Analista Técnico e de Agente Executivo da Superintendência de Seguros Privados (SUSEP); sobre a transformação de cargos na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); altera o Anexo I da Lei nº 10.871, de 20 de maio de 2004, para adaptar os quantitativos de cargos da ANVISA à Lei nº 11.539, de 8 de novembro de 2007, que dispõe sobre a Carreira de Analista de Infraestrutura e sobre o cargo isolado de provimento efetivo de Especialista em Infraestrutura Sênior; e altera a Lei nº 11.526, de 4 de outubro de 2007, para prever a fórmula de pagamento de cargo em comissão ocupado por militar. [acesso em 04 jul 2009]. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/sileg/integras/591314.pdf>.

_____. Constituição (1988) [Constituição na Internet]. Constituição da República Federativa do Brasil. [acesso em 03 jan 2009]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao.

_____. Decreto nº 34.596, de 16 de novembro de 1953 [Legislação na Internet]. Aprova o regulamento do Ministério da Saúde, criado por lei de número 1.920, de 25 de julho de

1953 e dá outras providências. [acesso em 10 dez 2009]. Disponível em <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=145100>.

_____. Decreto nº 3.496 de 01 de junho de 2000 [Legislação na Internet]. Aprova a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções gratificadas do Ministério da Saúde e dá outras providências. [acesso em 21 mai 2009]. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br>.

_____. Decreto nº 3.774 de 15 de março de 2001 [Legislação na Internet]. Aprova a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções gratificadas do Ministério da Saúde e dá outras providências. [acesso em 21 mai 2009]. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br>.

_____. Decreto nº 4.726 de 09 de junho de 2003 [Legislação na Internet]. Aprova a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções gratificadas do Ministério da Saúde e dá outras providências. [acesso em 21 mai 2009]. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br>.

_____. Decreto nº 5.841 de 13 de julho de 2006 [Legislação na Internet]. Aprova a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções gratificadas do Ministério da Saúde e dá outras providências. [acesso em 21 mai 2009]. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br>.

_____. Decreto nº 5.974 de 29 de novembro de 2006 [Legislação na Internet]. Aprova a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções gratificadas do Ministério da Saúde e dá outras providências. [acesso em 21 mai 2009]. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br>.

_____. Decreto-lei nº 200 de 25 de fevereiro de 1967 [Legislação na Internet]. Brasília, DF: DOU, 27 fev 1967. Dispõe sobre a organização da administração federal, estabelece diretrizes para a reforma administrativa e dá outras providências. [acesso em 10 dez 2009].

Disponível em:
http://informatica.jt.gov.br/pls/portal/docs/PAGE/APO/LEGISLA%C3%830%20OR%C3%87AMENT%C3%81RIA/NORMAS%20GERAIS/DECRETO_LEI_200_67.PDF.

_____. Decreto-lei nº 900 de 29 de setembro de 1969 [Legislação na Internet]. Altera disposições do Decreto-lei 200, de 25 de fevereiro de 1967, e dá outras providências. [acesso em 10 dez 2009]. Disponível em:
<http://www3.dataprev.gov.br/SISLEX/paginas/24/1969/900.htm>

_____. Lei nº 1.920, de 25 de julho de 1953. [Legislação na Internet]. Cria o Ministério da Saúde e dá outras providências. Rio de Janeiro, DF: DOU, 29 jun 1953, p.13193, c.1 [acesso em 21 mai 2009]. Disponível em:
<http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/Lei1920.pdf>

_____. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 [Legislação na Internet]. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. [acesso em 03 jan 2009]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/18080.htm>.

_____. Lei 8.112 de 11 de dezembro de 1990 [Legislação na Internet]. Dispõe sobre o Regime Jurídico Único dos servidores públicos da União, das autarquias e das fundações públicas federais. [acesso em 03 jan 2009]. Disponível em:
<http://www6.senado.gov.br/legislacao>

_____. Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990 [Legislação na Internet]. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. [acesso em 06 jan 2009]. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/leis/L8142.htm>.

_____. Lei 9.782 de 26 de janeiro de 1999 [Legislação na Internet]. Lei de criação da Anvisa. [acesso em 27 abr 2009]. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/legis/consolidada/lei_9782_99.pdf

_____. Lei nº 9.961 de 28 de janeiro de 2000 [Legislação na Internet]. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e dá outras providências. [acesso em 27 abr 2009]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br>.

_____. Presidência da República, Câmara da Reforma do Estado. Plano Diretor da Reforma do Estado. Brasília, DF: Câmara da Reforma do Estado; 1995.

Cambios en el mundo del trabajo, Memória del director general. In: Conferencia Internacional del Trabajo, 95.a reunión 2006. Informe I (C). Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra; 2006. p.67-74. [acesso em 01 mai 2008]. Disponível em: <http://www.ilo.org/public/spanish/standards/relm/ilc95/reports.htm>.

Carvalho AI. Política de saúde e organização setorial do país. Rio de Janeiro: ENSP; 1999. [Trabalho apresentado no Curso de Especialização à Distância de Autogestão em Saúde].

Carvalho Neto AM. Terceirização de serviços públicos no Reino Unido e os impactos sobre as relações de trabalho: considerações sobre a realidade brasileira. Rev Serviço Público. 1996; 120 (2): 99-109.

Conass. RH SUS: Situação sobre vínculo empregatício, remuneração e incentivos no âmbito das Secretarias Estaduais de Saúde _ Informações consolidadas. Brasília: CONASS/MS/CGDRH; 1996.

Coriat B. Novas tendências do mercado de trabalho. Rev Serviço Público/ENAP. 1998; 49 (3): 5-28.

Costa EA. Políticas de vigilância sanitária: balanço e perspectivas. In: I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária, Cadernos de Textos. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2001. p.37-52.

_____. O trabalhador de vigilância sanitária e a construção de uma nova vigilância: fiscal ou profissional de saúde? In: Costa EA, organizador. Vigilância sanitária: desvendando o enigma. Salvador: EDUFBA; 2008.

Dal Poz MR. Entre o prescrito e o realizado: estudo sobre a implantação do SUS no estado do Rio de Janeiro e sua repercussão na política de recursos humanos em nível municipal [Tese]. Rio de Janeiro: ENSP; 1996.

Dedecca CS. Flexibilidade e regulação de um mercado de trabalho precário: a experiência brasileira. In: Colóquio Internacional. Novas formas do trabalho e do emprego: Brasil, Japão e França, numa perspectiva comparada. 2006, São Paulo. p.1-13.

Dieese. Os servidores e a política de pessoal da União. Estudos e pesquisas ano I, nº 13. 2005.

Diniz E. Em busca de um novo paradigma: a reforma do Estado no Brasil dos anos 90. In: Diniz E, organizador. Crise, Reforma do Estado e Governabilidade. Rio de Janeiro: FGV; 1997.

_____. Engenharia institucional e políticas públicas: dos conselhos técnicos às câmaras setoriais. In: Pandolfi, D. Repensando o Estado Novo. Rio de Janeiro: FGV; 1999.

_____. Globalização, reforma do Estado e teoria democrática contemporânea. São Paulo em Perspectiva. 2001; 15(4).

_____. O pós-consenso de Washington: globalização, Estado e governabilidade reexaminados. In: Diniz E, organizador. Globalização, Estado e desenvolvimento: dilemas do Brasil no novo milênio. Rio Janeiro: FGV; 2007. p.1-43.

Espírito Santo EM. Saúde inicia recuperação da força de trabalho [Entrevista na Internet] MS Informa. jan 2009; 2(1) [acesso em 05 jun 2009]. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/ascom/edicao_3/novos_servidores.html

Evans P. O Estado como problema e solução. Lua nova. 1993; 28/29. p.107-156.

Faria RMB. Institucionalização da política de educação permanente para o Sistema Único de Saúde: Brasil, 1997-2006 [Doutorado]. São Paulo: USP/Faculdade de Medicina; 2008.

Fiori JL. Para uma economia política do Estado brasileiro. In: Fiori, JL. Em busca do dissenso perdido: ensaios críticos sobre a festejada crise do Estado. Rio de Janeiro: Insight; 1995. p.121-161.

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro. O papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira no período de 2003 a 2006. Relatório científico final de projeto de pesquisa. Rio de Janeiro; 2008.

Fundação Getúlio Vargas. Dicionário Histórico Biográfico Brasileiro pós 1930. 2 ed. rev. atual. 2001. 5v. il [Homepage na Internet]. Rio de Janeiro: FGV [acesso em 20 jan 2009]. Disponível em: www.bndes.gov.br/conhecimento/publicacoes/catalogo/livro50anos.asp

Fundação Oswaldo Cruz. [Homepage na Internet]. História da Fiocruz. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. [acesso em 20 nov 2009]. Disponível em: <http://www.fiocruz.br>.

_____. [Homepage na Internet]. Organograma da Fiocruz. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. [acesso em 20 nov 2009]. Disponível em: <http://www.fiocruz.br>.

_____. [Homepage na Internet]. Unidades da Fiocruz. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. [acesso em 20 nov 2009]. Disponível em: <http://www.fiocruz.br>.

Fundação Oswaldo Cruz, Diretoria de Recursos Humanos. Tabelas elaboradas pelo SEINFO/DIREH, com dados do quantitativo, sexo, faixa etária e escolaridade dos servidores da Fiocruz, no período de 2000 a 2008. Rio de Janeiro: Direh/Fiocruz; 2009.

Fundação Oswaldo Cruz, Vice-Presidência de Ensino e Recursos Humanos. Termo de referência de gestão de recursos humanos: documento preliminar a ser submetido à análise da Câmara Técnica de Recursos Humanos. Rio de Janeiro: VPERH/Fiocruz; 2001.

Girardi SN. Flexibilização dos mercados de trabalho e escolha moral. Divulgação. 1996; 14.

Girardi SN, Carvalho CL. Mercado de trabalho e regulação das profissões de saúde. In: Negri B, Faria R, Viana ALD, organizadores. Recursos humanos em Saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas: Unicamp; 2002. p.221-258.

Girardi SN et al. Configurações do mercado de trabalho dos assalariados em saúde no Brasil. In: Barros AFR, organizador. Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p.121-137.

Hall PA; Taylor, RCR. As três versões do neoinstitucionalismo. Lua Nova. 2003; 58:193-224.

Hochman G, Fonseca CMO. O que há de novo? Políticas de saúde e previdência, 1937-45. In: Pandolfi D, organizador. Repensando o Estado Novo. Rio de Janeiro: FGV; 1999. p.73-93.

Kaufman RR. A política da reforma do Estado: um exame de abordagens teóricas. Rev Serviço Público. 1998; 49 (1).

Kettl DF. A revolução global: reforma da administração do setor público. Pereira, LCB, Spink, PK, organizador. Reforma do Estado e administração pública gerencial. 4 ed. Rio de Janeiro: FGV; 2001.

Justo AM. O processo de intervenção federal no município do Rio de Janeiro: possibilidades de inovação na gestão e a condução dos recursos humanos nos hospitais refederalizados do Rio de Janeiro [Dissertação]. Rio de Janeiro: ENSP; 2008.

Lamarca ICESA. Reformas administrativas e políticas de incorporação da força de trabalho no governo central brasileiro (1995-2006) [Tese]. Rio de Janeiro: ENSP; 2009.

Lima NT, Fonseca CMO, Hochman G. A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. In: Lima NT, organizador. Saúde e democracia: história e perspectiva do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p.27-58.

Lucchese G. Globalização e regulação sanitária: os rumos da vigilância sanitária no Brasil [Doutorado]. Rio de Janeiro: ENSP; 2001.

Machado CV. Prioridades de saúde no Brasil nos anos 1990: três políticas, muitas lições. Rev Panamericana de Salud Pública. 2006; 20 (1): 44-9.

_____. Direito universal, política nacional: o papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002. Rio de Janeiro: Museu da República; 2007.

Machado CV, Lima LD, Baptista TWF. Responsabilidade do Estado, papel e relações entre Poderes na saúde: duas ou três coisas que sabemos disso. In: Pinheiro R, Mattos, RA. Razões públicas para a integridade em saúde: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC/ABRASCO; 2007. p.41-62

Machado MH. Trabalho e emprego em saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LCV, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. CEBES/FIOCRUZ; 2008. p.309-331.

Majone G. Do Estado positivo ao Estado regulador: causas e consequências de mudanças no modo de governança. RSP. 1999; ano 50 (1): 5-36.

Marques EC. Notas críticas à literatura sobre Estado, Políticas Estatais e Atores Políticos. BIB. 1997; 43: 67-102.

Martins L. Estado capitalista e burocracia no Brasil pós-64. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1985.

_____. Reforma da administração pública e cultura política no Brasil: uma visão geral. Brasília: ENAP; 1997.

Mello M. Gestão estratégica de recursos humanos em uma instituição pública de C&T: o caso Fiocruz. [Dissertação]. ENSP; 2007.

Melo MA. A política da ação regulatória: responsabilização, credibilidade e delegação. RBCS. 2001; 16(46).

Mendes EV. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: Mendes EV, organizador. Distritos sanitários: a mudança das práticas sanitaristas no SUS. São Paulo: Hucitec; 1993. p.19-91.

Menicucci TMG. Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória. 22 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.

Minayo MCS. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: Minayo MCS, organizador. Pesquisa social: Teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 1994. p.9-28.

_____. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9 ed. rev e ampli. São Paulo: Hucitec; 2006.

Ministério da Saúde (BR). Diagnóstico do quadro de pessoal do Ministério da Saúde: 2007. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2007.

_____. Diagnóstico do quadro de pessoal do Ministério da Saúde: 2008. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2008.

_____. [Homepage na Internet]. Observatório de saúde. Brasília, DF; 2009. [acesso em 25 mai 2009]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/profissional>.

Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR). Dados do Boletim de pessoal vêm sendo aperfeiçoados. [Homepage na Internet]. Brasília, DF; 2008. [acesso em 13 jan 2009]. Disponível em: <http://www.planejamento.gov.br/noticia>.

_____. Boletim Estatístico de Pessoal [Homepage na Internet]. Brasília, DF; 2008. [acesso em 13 jan 2009]. Disponível em: <http://www.servidor.gov.br/publicacao/boletimestatistico/bolestatistico.htm>.

_____. [Homepage na Internet]. Síntese temática. Quadro da força de trabalho da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília, DF; 2009. [acesso em 01 set 2009]. Disponível em: <http://www.planejamento.gov.br>.

_____. Evolução setorial da força de trabalho no governo Lula. Comunicado Seges. 2009; (1).

Molinaro AA. Do Estado gerencial ao Estado precário: o emprego público federal na década de 1990 [Dissertação]. Rio de Janeiro: ENSP; 2004.

Moraes MVE, Silva TF, Costa PV. O mito do inchaço da força de trabalho do executivo federal. *Respblica*. 2009; 7 (2):1-17.

Nogueira RP. Políticas de recursos humanos para a saúde: questões na área da gestão e regulação do trabalho. In: Santana P, Castro JL, organizadores. *Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde*. Natal: EDUFRN, 1999. p.443-450.

_____. O pacto de descentralização do SUS e a aposentadoria dos servidores federais. Rio de Janeiro: IPEA; 2000.

_____. O trabalho em saúde hoje: novas formas de organização. In: Negri B, Faria R, Viana ALD, organizadores. *Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho*. Campinas: Unicamp; 2002.

_____. As agências reguladoras da saúde e os direitos sociais. IPEA; 2002. p.101-105.

Nogueira RP, Baraldi S, Rodrigues VA. Limites críticos das noções de precariedade e desprecarização do trabalho na administração pública. In: Barros AFR, organizador. *Observatório de Recursos Humanos em saúde no Brasil: estudos e análises*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p.81-103. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

Nogueira RP, Vianna SM, Piola SF. Problemas da gestão de recursos humanos no Ministério da Saúde. [pdf na Internet]. Brasília, DF: Observatório de Recursos Humanos Nesp/Ceam Unb; 2006. [acesso em 02 jan 2009]. Disponível em: http://www.observarh.org.br/nesp/upload/arquivos/20060411061221_probgestrhms.pdf.

Noronha JC, Levcovitz E. AIS-SUDS-SUS: os caminhos do direito à saúde. In: Guimarães R, Tavares RAW. Saúde e sociedade no Brasil: anos 80. Rio de Janeiro: ABRASCO/IMS/UERJ; 1994.

Nunes E. A gramática política do Brasil: clientelismo e insulamento burocrático. Rio de Janeiro: ENAP; 1997.

Observatório de Conjuntura da Política de Saúde [*Homepage* na Internet]. Boletim Ministério da Saúde de setembro a novembro de 2008. [acesso em 13 jan 2010]. Disponível em: <http://www4.ensp.fiocruz.br/conjuntura/>

Oliveira RG. A reforma do serviço público e o setor saúde: um estudo de conjuntura [Dissertação]. Rio de Janeiro: ENSP; 1997.

Pacheco RS. Regulação no Brasil: desenho das agências e formas de controle. RAP. 2006; 40(4): 523-43.

Paim JS. Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. In: Costa EA, organizador. Vigilância sanitária: desvendando o enigma. Salvador: EDUFBA; 2008.

Peci A. Reforma Regulatória brasileira dos anos 90 à luz do modelo de Kleber Nascimento. RAC. 2007; 11(1): 11-30.

Pereira C. Em busca de um novo perfil institucional do Estado: uma revisão crítica da literatura recente. BIB. 1997; (44): 81-103.

Pereira LCB. Gestão do setor público: estratégia e estrutura para um novo Estado. In: Pereira LCB, Spink PK, organizadores. Reforma do Estado e administração pública gerencial. Rio de Janeiro: FGV; 2001.

Pierantoni CR. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2001; 6(2): 341-360.

_____. Mercado de trabalho: revendo conceitos e aproximando o campo da saúde. A década de 90 em destaque. *Physis*. 2008; 18: 521-544.

Piovesan F. A construção política da Agência Nacional de Vigilância Sanitária [Dissertação]. Rio de Janeiro: ENSP; 2002.

Pires K. Gestão por competência em organizações de governo. Brasília: ENAP; 2005.

Przeworski A. Sobre o desenho do Estado uma perspectiva agente x principal. In: Pereira LCB, Spink PK, organizadores. *Reforma do Estado e administração pública gerencial*. Rio de Janeiro: FGV; 2001. p.39-73

Sallum JR B. Crise, democratização e liberalização no Brasil. In: Sallum JR B. *Brasil e Argentina hoje: política e economia*. Bauru: EDUSC; 2004. p.47-77.

Santos BSS. Os processos da globalização. In: Santos BSS, organizador. *A globalização e as ciências sociais*. 3 ed.. São Paulo: Cortez; 2005.

Santos WG. O ex-leviatã brasileiro do voto disperso ao clientelismo concentrado. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2006.

Silva PLB, Costa NR. Características do mercado de trabalho no setor saúde na década de 1990: reflexões. In: Negri B, Faria R, Viana ALD, organizadores. *Recursos humanos em Saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho*. Campinas: Unicamp; 2002. p.276-285.

Silva RCG. Recursos humanos no Ministério de Saúde: uma análise. Brasília: ENSP; 2006.

Sistema de Informações sobre Planos de Orçamento Público do Senado Federal [*Homepage na Internet*]. SIGA – Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 2008. [acesso em 18 mar 2009]. Disponível em: www9.senado.gov.br/prtal/page/portal/orcamento_senado/SigaBrasil.

Tenório FG, Saravia EJ. Escorços sobre gestão pública e gestão social. In: Martins PEMM, Pieranti OP, organizadores. Estado e gestão pública: Visões do Brasil Contemporâneo. Rio de Janeiro: FGV; 2006.

Thelen K, Steinmo S. Historical institutionalism in comparative politics. In: Steinmo S, Thelen K, Longstreth F, organizadores. Structuring politics: Historical institutionalism in comparative analysis. New York: Cambridge University Press; 1992.

Torres MDF. Estado, democracia e administração pública no Brasil. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Universidade de Brasília. Subsídios para o plano de reordenamento dos recursos humanos no âmbito do Ministério da Saúde: tendências e situação dos recursos humanos do poder executivo federal, 1990-2004. Brasília; 2004. (Relatório da UNB-DF; CEAM; NESP; POLRHS).

Vaz JC. A delicada disputa pelas cabeças na evolução do serviço público no Brasil pós-redemocratização. ENAP. 2006; 1: 37-44.

Viana ALA, Machado CV. Proteção social em saúde: um balanço dos 20 anos do SUS. *Physis*. 2008; 18(4): 645-684.

Viana M. Governo mantém 25 mil terceirizados: um ano e dois meses depois de acordo com MP, problema no serviço público continua. [Entrevista]. O Globo. 2009 jan 24.

Vieira L. Cidadania e globalização. Rio de Janeiro: Record; 1997.

Wahrlich BMS. Reforma Administrativa na Era Vargas. Rio de Janeiro: FGV; 1983.

Weber M. Economia e sociedade. Brasília: UNB; 1999.