



***“A FE no SUS: Fundação Estatal como proposta de gestão do trabalho para a Estratégia Saúde da Família na Bahia”***

*por*

***Laíse Rezende de Andrade***

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre Modalidade  
Profissional em Saúde Pública.*

*Orientadora principal: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Cristiani Vieira Machado*

*Segunda orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Márcia Teixeira*

*Rio de Janeiro, novembro de 2009.*

*Esta dissertação, intitulada*

***“A FE no SUS: Fundação Estatal como proposta de gestão do trabalho para a Estratégia Saúde da Família na Bahia”***

*apresentada por*

***Laíse Rezende de Andrade***

*foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:*

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Thereza Christina Mó y Mó Loureiro Varella

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Creuza da Silva Azevedo

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Cristiani Vieira Machado – Orientadora principal

*Dissertação defendida e aprovada em 11 de novembro de 2009.*

Catálogo na fonte

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica

Biblioteca de Saúde Pública

A553 Andrade, Laíse Rezende de

A FE no SUS: Fundação Estatal como proposta de gestão do trabalho para a Estratégia Saúde da Família na Bahia. / Laíse Rezende de Andrade. Rio de Janeiro: s.n., 2009.

128 f., tab., graf.

Orientador: Machado, Cristiani Vieira

Teixeira, Márcia

Dissertação (mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009

1. Modernização do Setor Público. 2. Saúde da Família. 3. Gestão em Saúde. 4. Trabalho. 5. Sistema Único de Saúde. I. Título.

CDD - 22.ed. – 362.12

## AGRADECIMENTOS

O processo de elaboração desta dissertação foi marcado por muitos desafios. Enfrentamento do medo frente ao desconhecido, cumprimento dos prazos e também do exercício cotidiano de concentração e dedicação. Isso foi muitas vezes prazeroso e outras, tenso. Esse prazer de aprender foi possível por causa da ajuda e do carinho de pessoas que foram fundamentais para a escrita, análise e reescrita deste trabalho. Então, quero agradecer:

- A Cristiani Vieira Machado, orientadora presente e dedicada que me trouxe muita segurança e tranquilidade no processo;

- A Márcia Teixeira, co-orientadora apaixonada que contribuiu muito no debate;

- A Thereza Varela e Creuza Azevedo, pela delicadeza de participarem da minha qualificação e pelas fundamentais contribuições que auxiliaram muito na construção da dissertação;

- A Renata Costa e Jamile Lima, amigas e companheiras de jornada que me trouxeram ânimo e alegria quando me sentia cansada;

- A Adelina Sanches, pelo fundamental apoio e disponibilidade para a leitura e construção estética do projeto e principalmente por ter me feito entender, no auge da minha ansiedade, que se começa sempre com o primeiro passo;

- À minha mãe, pelo estímulo frequente à minha busca pelo conhecimento;

- A Luzimar Caetano, pela prontidão em ajudar e tornar as coisas mais leves e fáceis em todos os trâmites do mestrado;

- Aos meus entrevistados Heider Aurélio Pinto, Ailton Cardoso, Tereza Deyrot, Itana Viana e Raul Molina, pela disponibilidade e boa vontade em contribuir para a elaboração da dissertação;

- Aos meus colegas da Diretoria de Atenção Básica, principalmente a Grace Rosa, e da FESF, por assumirem os meus afazeres quando estava viajando para o mestrado;

- Aos professores do mestrado, que me trouxeram elementos fundamentais para o meu debate: Eliana Cláudia, Carlos Fiúza, Inês Carsalade, Roberto Nogueira, Pedro Barbosa e Maria Helena Machado;

- A Liz Rezende e Daniela Mascarenhas que, diante de um prazo mínimo, empenharam-se em encontrar uma pessoa para a revisão ortográfica.

## RESUMO

Nas últimas décadas o processo de flexibilização e mesmo de precarização que ocorreu no mundo do trabalho, somados às mudanças no papel do Estado, afetaram diretamente os projetos de expansão e universalização das ações e serviços de saúde no Brasil. Na Bahia, a proposta de solução para as dificuldades de fixação e gestão do trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família foi a criação de uma carreira estadual para esses trabalhadores. Para tanto, os municípios aprovaram leis de instituição de um novo ente jurídico, a Fundação Estatal Saúde da Família.

O objetivo desse estudo foi analisar as estratégias de gestão do trabalho dessa Fundação, buscando compreender seus limites e possibilidades para o enfrentamento de problemas de provimento, fixação e qualificação dos trabalhadores para a Estratégia de Saúde da Família na Bahia.

A pesquisa é eminentemente qualitativa e compreendeu um estudo de caso. Teve ênfase na análise documental e apoiou-se em entrevistas com atores envolvidos na formulação e debate da FESF. Durante sua realização, a proposta da FESF esteve em processo de construção, o que trouxe muitos desafios metodológicos para esse estudo.

Os resultados desse estudo congregam o debate sobre o caráter interfederado do modelo jurídico-institucional da FESF, a elucidação da conformação colegiada do sistema de governança e das pactuações do contrato de gestão entre Fundação e município. Além disso, o trabalho enfoca as peculiaridades da proposta de gestão do trabalho que prevê, dentro da mesma carreira, mobilidade do trabalhador entre os municípios, remuneração variável, associada aos fatores de fixação de profissionais em cada município, e gestão do trabalho compartilhada entre FESF e municípios.

A complexidade dessas propostas depara-se com a ausência de experiência na gestão desse modelo e também nas questões estruturais e institucionais que marcaram a gestão da saúde nos municípios. Portanto, um dos seus principais desafios é a operacionalização das novas ferramentas e instrumentos de gestão do trabalho que ela cria, em um contexto histórico de dificuldades nesse âmbito.

**Palavras-chave:** Flexibilização do Trabalho, Reforma do Estado, Fundação Estatal, Saúde da Família e Gestão do Trabalho em Saúde.

## ABSTRACT

In the past decades the flexibility and even the precariousness that occurred in the labor field, together with changes in the State's obligations, affected directly the projects for expansion and universality of the actions and health services in Brazil. In Bahia, the proposal for a solution to the difficulties in settling and management of human resources for Family Health Strategy was building a state career to these workers. For this, counties of the State have approved laws to create a new juridical institution, the State Foundation for Family Health.

The aim of this study was to analyze the strategies of job management of the State Foundation for Family Health, trying to understand its limits and finding ways to deal with problems like finding human resources, settling and qualifying workers to the Family Health Strategy.

This research is mainly qualitative and has a case study. There is emphasis in documental analysis but also counts with interviews with actors involved with development and debate of the State Foundation. During the time of the present study, State Foundation was being built, what brought many methodological challenges.

The results of this study bring a debate on the interfederate juridical institutional model of the State Foundation; explain the construction of a decision council, its possible actions and agreements with the management contracts between Foundation and counties; analysis of the specificities of this job management proposal, in which the mobility between counties, variable salaries, together with fixation factors of professionals in each county and a shared administration Foundation/ counties is the be developed.

The complexity of these proposals face an absence of experience in the application of this model and also bring structural and institutional dilemmas that characterize the management of health in counties. So, one of the main challenges is applying these instruments of job management within a historical context of difficulties in the field.

**Key-Words:** Working flexibility, job flexibility, State Reform, State Foundation for Family Health, Public Health Management.

## LISTA DE QUADROS E TABELAS

### **QUADROS:**

<b>Quadro 1:</b> Comparativo das formas jurídico-institucionais: Fundação Estatal e Organizações Sociais .....	33
<b>Quadro 2:</b> Relação de fatores de atração e fixação apontados na entrevista telefônica (N= 214) .....	49
<b>Quadro 3:</b> Financiamento da Estratégia Saúde da Família no estado da Bahia.....	50
<b>Quadro 4:</b> Comparativo do Regime Administrativo: Fundação Estatal Saúde da Família e Organizações Sociais (proposta nacional) .....	57
<b>Quadro 5:</b> Comparativo dos objetivos e dificuldades na implantação dos modelos: Fundação Estatal Saúde da Família e projeto nacional de Organizações Sociais.....	58
<b>Quadro 6:</b> Momentos-chave da trajetória da proposta FESF-BA. Período: 2007 a 2009.....	64
<b>Quadro 7:</b> Comparativo da Fundação Estatal da proposta Nacional com a FESF- BA.....	68
<b>Quadro 8:</b> Comparativo do quantitativo de representantes nos conselhos da FESF, maio de 2009 .....	74
<b>Quadro 9:</b> Comparação FESF e O.S. (proposta nacional) no que tange à gestão do trabalho .....	101

### **TABELAS:**

<b>Tabela 1:</b> Distribuição dos municípios que fazem contratação direta segundo profissões que atuam no PSF .....	41
<b>Tabela 2:</b> Distribuição dos municípios que contratam diretamente segundo formas de vínculo das profissões de nível superior que atuam no PSF .....	42

<b>Tabela 3:</b> Salários (em reais) praticados para médicos segundo tipo de vínculo. (Contratação Direta, N= 218) .....	43
<b>Tabela 4:</b> Salários (em reais) praticados para dentistas segundo tipo de vínculo (Contratação Direta, N=207) .....	44
<b>Tabela 5:</b> Salários (em reais) praticados para enfermeiros segundo tipo de vínculo (Contratação Direta, N= 234) .....	44
<b>Tabela 6:</b> Distribuição dos municípios segundo tempo médio de permanência dos médicos no PSF .....	46
<b>Tabela 7:</b> Distribuição dos municípios segundo opinião dos gestores em relação aos fatores que considera mais/menos importante para fixação do médico no PSF.....	47
<b>Tabela 8:</b> Percentuais de agregação do adicional de localização para médicos da FESF, segundo faixa do município.....	93
<b>Tabela 9:</b> Percentuais de agregação do adicional de localização para dentistas e enfermeiros da FESF, segundo faixa do município.....	93
<b>Tabela 10:</b> Composição da remuneração dos trabalhadores de saúde da família da FESF. ....	95
<b>Tabela 11:</b> Proposta de remuneração para médicos, dentistas e enfermeiros, com prêmio máximo, por faixa de atração e fixação; e preço final da equipe para o município com subsídios.....	96
<b>Tabela 12:</b> Cálculo do custo base dos trabalhadores médicos, enfermeiros e dentistas da FESF.....	97
<b>Tabela 13:</b> Pontuação de trabalhadores para mobilidade entre municípios, por faixa de fixação do município.....	102



## **FIGURAS:**

<b>Figura 1:</b> Evolução da implantação da Estratégia Saúde da Família. Período: Dez de 1998 a Março de 2009.....	38
<b>Figura 2:</b> Aumento da cobertura estimada. Brasil, Nordeste, Bahia. 1998 a 2009.....	38
<b>Figura 3:</b> Fluxo para a adesão dos municípios à FESF - Março/2009.....	61
<b>Figura 4:</b> Fluxo de instituição da Fundação Estatal Saúde da Família na Bahia.....	62
<b>Figura 5:</b> Situação de adesão dos municípios baianos à FESF no momento da instituição, maio de 2009.....	62

## **PRINCIPAIS SIGLAS:**

**CES:** Conselho Estadual de Saúde

**CLT:** Consolidação das Leis Trabalhistas

**COSEMS:** Conselho de Secretários Municipais de Saúde

**CONASS:** Conselho de Secretários Estaduais de Saúde

**DAB:** Diretoria de Atenção Básica

**ESF:** Estratégia Saúde da Família

**FESF:** Fundação Estatal Saúde da Família

**LRF:** Lei de Responsabilidade Fiscal

**MP:** Ministério Público

**MPOG:** Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão

**MS:** Ministério da Saúde

**O.S.:** Organizações Sociais

**OSCIP:** Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público

**PGE:** Procuradoria Geral do Estado

**PSF:** Programa Saúde da Família

**SESAB:** Secretaria de Saúde do Estado da Bahia

**SUS:** Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO:

Introdução.....	10
Capítulo 1. Mudanças no mundo do trabalho e o papel do Estado: repercussões para a saúde no Brasil.....	16
1.1 A Reforma do Estado no Brasil: implicações para a saúde.....	20
Capítulo 2. A Fundação Estatal: contexto e caracterização da proposta nacional.....	29
Capítulo 3. A Estratégia Saúde da Família na Bahia: situação atual dos trabalhadores e da gestão do trabalho.....	37
Capítulo 4. Trajetória e configuração da proposta Fundação Estatal Saúde da Família na Bahia.....	52
4.1. Breve histórico: os três momentos da construção da proposta baiana.....	53
4.2. Modelo jurídico legal.....	65
4.3. Sistema de governança.....	72
Capítulo 5. Caracterização da proposta de gestão do trabalho da FESF.....	83
Considerações finais.....	106
Referências Bibliográficas .....	115
Apêndice 1.....	118
Apêndice 2.....	121
Apêndice 3.....	127

## INTRODUÇÃO

Este projeto de pesquisa foi desenvolvido no âmbito do Mestrado Profissional em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde<sup>i</sup>, tendo como objetivo analisar as estratégias de gestão do trabalho da proposta de Fundação Estatal Saúde da Família (FESF) para os municípios baianos.

O tema escolhido para investigação relacionou-se à inserção da discente na Diretoria de Atenção Básica (DAB) da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), espaço que formulou e debateu a referida proposta como agenda prioritária do Estado para a Estratégia de Saúde da Família. A aluna foi membro de um grupo de trabalho estruturado com os seguintes propósitos: orientar e monitorar o trâmite da adesão dos municípios à proposta da FESF para os 417 municípios baianos; acompanhar a aprovação de leis para instituição da Fundação; debater o desenvolvimento dos estudos encomendados pela DAB/SESAB para embasar legalmente a proposta e construir os instrumentos necessários para a implantação da FESF. Com sua instituição, a aluna passou a integrar um grupo de trabalho interinstitucional entre DAB e FESF, visando a fortalecer a relação de parceria entre as duas instituições.

A Fundação surgiu como uma tentativa de resposta a problemas concretos da gestão e da atenção à saúde no âmbito da atenção básica do Estado. Ressalte-se o fato de a Estratégia de Saúde da Família (ESF), desde sua constituição, vir enfrentando a precariedade das contratações, dificuldades no provimento e na fixação dos trabalhadores, além de investimentos insuficientes na formação e qualificação, o que tem se traduzido em distorções nos projetos de cuidado e vínculo pensados para a estratégia.

Esses problemas de gestão do trabalho não se restringem ao Estado da Bahia, tampouco ao setor de saúde. E no que diz respeito à ESF, em todo o Brasil, apesar dos avanços que ela anuncia para reorganização dos modelos de atenção e do próprio Sistema Único de Saúde (SUS), a estratégia segue enfrentando, assim como os outros níveis de atenção do SUS, sérios problemas relativos à gestão do trabalho e à qualificação dos trabalhadores.

No campo da gestão do trabalho na Saúde da Família, observa-se um crescimento marcante das formas “alternativas” de contratação de trabalhadores frente às demandas de ampliação de acesso e universalidade do cuidado. Para fazer frente às restrições orçamentárias vigentes, muitos

---

<sup>i</sup> O referido mestrado é fruto de uma parceria entre a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde/MS e a Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, tendo como finalidade qualificar gestores das Secretarias Estaduais de Saúde, como ação estratégica para o fomento à produção de estudos compatíveis com a realidade e necessidades de gestão do trabalho e educação na saúde.

gestores investem em terceirizações, construindo vias de flexibilização que lhes permitam contratar, de forma rápida e menos onerosa, seus trabalhadores, com o intuito de manter em funcionamento seus serviços.

Segundo Castel<sup>1</sup>, as novas e múltiplas formas de flexibilização do trabalho e de precarização se avolumam no que ele chama de “nosso tempo”, impondo a necessidade de uma reflexão densa acerca de suas possibilidades e riscos.

O enfrentamento do conjunto de problemas acima citados requer, dos três níveis de gestão da saúde, a elaboração de propostas que considerem as peculiaridades do trabalho em saúde. Afinal, enquanto os gestores têm a obrigação de prover profissionais qualificados para atendimento da população, os trabalhadores precisam exercer o cuidado com as condições estruturais e remuneratórias adequadas e os usuários esperam ser beneficiados e partícipes no processo de cuidado da própria saúde e da sua comunidade.

Visando a solucionar os problemas referentes à gestão do trabalho e às limitações no campo da saúde já explicitadas, organizações sociais e cooperativas começaram a fazer parte do cenário de contratação de serviços para secretarias municipais e estaduais em todo o País. Os debates acerca da constitucionalidade e mesmo idoneidade administrativa de muitas organizações sociais levaram a uma necessidade de pensar outros modelos alternativos.

Nessa perspectiva, o debate sobre Fundações Estatais na saúde esteve bastante vinculado aos hospitais públicos no Brasil. Nacionalmente, as propostas de configuração do modelo Fundação Estatal dominaram, de forma polêmica, os debates na saúde nos anos 2007 e 2008. Mas, apesar de amplamente discutidas, enfrentam grande nebulosidade, onde os prós e contras da Fundação não estão postos de forma clara e isenta de interesses políticos.

No caso da Bahia, as dificuldades encontradas para a implementação da própria Estratégia de Saúde da Família levaram a Secretaria de Saúde (SESAB), a partir de 2007, a inaugurar um debate distinto, propondo um novo modelo de gestão do trabalho e educação na saúde para os trabalhadores da Estratégia, a ser implantado a partir da criação de uma nova figura jurídica, a Fundação Estatal Saúde da Família (FESF).

Além da FESF, objeto de estudo deste mestrado, o governo da Bahia encaminhou ao Legislativo Estadual projetos de constituição de duas outras Fundações: a Bahia Farma, que teve sua lei autorizativa aprovada em janeiro de 2009; e a Fundação Estatal Hospitalar (FEH) para a rede própria. Em 2007, já havia sido aprovada a Lei Complementar nº 29, que estabeleceu critérios para a criação e estruturação de Fundações Estatais na Bahia. Porém, as propostas de Leis Autorizativas do Estado para a FESF e FEH enfrentam dificuldades de consenso para a aprovação no âmbito do

próprio governo.

Se no Brasil floresceram propostas de Fundação Estatal Hospitalar, a proposta da Bahia, direcionada para a Saúde da Família, soma às discussões jurídicas outros temas – o modelo de gestão interfederado, o desenho intermunicipal, com a participação de municípios com distintas realidades, e o apoio importante do Estado – trazendo para o universo da gestão do trabalho em saúde questões complexas a serem explicitadas, esclarecidas e divulgadas.

A despeito das entrevistas, artigos e documentos sobre as Fundações Estatais, carece-se de estudos que elucidem, de forma sistemática, os pontos fundamentais da proposta baiana da Fundação Estatal Saúde da Família.

Por isto, torna-se fundamental envidar esforços para melhor compreender a proposta da FESF e levar para o âmbito do trabalho, onde hoje se dão os debates para a constituição dessa Fundação, análises que auxiliem o pensar e, caso necessário, o repensar das propostas que vêm se delineando para subsidiar os gestores na tomada de decisão.

O presente estudo visa a contribuir para além da gestão estadual da Bahia, uma vez que outros Estados encontram-se debatendo o tema. Além disso, apresentar uma proposta de Fundação para a Saúde da Família, elaborada de forma articulada entre Estado e municípios, pode abrir um novo campo de debates com gestores de todo o País que enfrentam as mesmas dificuldades em relação à Estratégia de Saúde da Família.

Buscar compreender esse “novo” ente jurídico, suas implicações e propostas para gestão do trabalho é o propósito deste estudo. Por isso, a principal questão que orienta a investigação é: quais são as possibilidades e limites da proposta de gestão do trabalho da Fundação Estatal Saúde da Família para o enfrentamento de problemas como o provimento, fixação e qualificação dos trabalhadores para a Estratégia de Saúde da Família na Bahia?

### ***Metodologia***

É importante ressaltar que, durante a realização deste trabalho, a proposta da FESF esteve em processo de construção, com posterior implantação, o que trouxe muitos desafios metodológicos. Outra característica a ser pontuada é o fato de a discente ser sujeito participante da construção da proposta, pois foi membro do grupo de trabalho intrainstitucional da FESF. Isso significa que esteve inserida em reuniões, oficinas e grupos focais, debatendo os diagnósticos e auxiliando na formulação junto com os consultores. A experiência da autora, por um lado, possibilitou o acesso às fontes de informações e a maior compreensão sobre o processo em andamento; por outro lado, dificultou o distanciamento entre a pesquisadora e o objeto da investigação.

A pesquisa é eminentemente qualitativa e compreende um estudo de caso. Toma como base a formulação e caracterização da proposta de gestão do trabalho da FESF, com ênfase na análise documental e na realização de entrevistas selecionadas, uma vez que ela encontra-se em fase de implantação. Buscou-se também compreender em que contexto surge a proposta, considerando os atores envolvidos na sua formulação e os condicionantes deste processo.

A caracterização da proposta tomou como referência três eixos centrais, com ênfase no terceiro, sendo necessária a descrição dos dois primeiros para sua construção.

- 1- Jurídico Institucional – compreende a base legal e vinculação jurídica para o caráter interfederado, especificando o papel e responsabilidades das esferas municipal, estadual e federal;
- 2- Sistema de governança – engloba as modalidades, fontes e perenidade dos recursos para o financiamento, além de explicitar o modelo de regulação da FESF; modalidades de contrato de gestão, responsabilidades das instâncias e órgãos de controle interno e externo à fundação;
- 3- Proposta de gestão do trabalho – se refere às modalidades de contratação, remuneração e fixação de profissionais, estratégias de gestão do cuidado, como o contrato de gestão do cuidado, além dos mecanismos, dispositivos e estratégias de regulação do mercado de trabalho para a saúde da família na Bahia.

As estratégias metodológicas utilizadas foram:

- 1- Revisão bibliográfica, com ênfase nos temas: mudanças no mundo do trabalho; novo desenho institucional para os modelos de gestão da Administração Pública; reforma do Estado; e Fundações Estatais, com ênfase em gestão do trabalho.
- 2- Análise documental: foram utilizados documentos oficiais nacionais e estaduais, incluindo instrumentos legais relacionados à constituição da FESF como portarias, notas técnicas, textos, publicações; apresentações públicas dos governos federal e estadual; discursos de dirigentes; atas de reunião e eventos; e entrevistas disponíveis na mídia.
- 3- Análise de dados primários e secundários: foram utilizados tanto dados dos sistemas de informações oficiais do SUS e de outras bases nacionais, como dados produzidos no âmbito da Diretoria de Atenção Básica e dos consultores do projeto da FESF, com destaque para os relativos ao mercado de trabalho na saúde, especialmente no que concerne à estratégia de saúde da família; situação da estratégia no Estado da Bahia e adesão de municípios à proposta da FESF.
- 4- Entrevista com atores envolvidos com a proposta coadunando com Minayo<sup>2</sup> quando afirma que “uma entrevista é uma forma privilegiada de interação social”, além de elucidar conflitos quando se trata de entrevistar atores que concebem de forma diferente ou mesmo divergente o objeto de estudo.

A seleção dos atores entrevistados considerou os seguintes critérios: cargo ocupado; poder de

decisão e de influência sobre a aprovação da proposta ou a imposição de vetos; e relevância para implementação da proposta. Dessa forma, as entrevistas foram realizadas com os seguintes atores:

- 1- Um representante da gestão estadual de saúde do Estado: o Diretor de Atenção Básica da SESAB;
- 2- Um representante da gestão municipal: o Presidente em exercício do Conselho de Secretários Municipais de Saúde da Bahia – COSEMS-BA;
- 3- Um representante dos sindicatos de trabalhadores do Conselho Estadual de Saúde (CES): conselheira membro da comissão que analisou a proposta para parecer do CES-BA;
- 4- Um representante da Procuradoria do Estado: procurador que emitiu pareceres e participou de debates públicos da proposta e;
- 5- Um representante do Ministério Público do Estado: a promotora de Justiça do Ministério Público da Bahia, que é coordenadora do grupo especial de atuação em defesa da saúde pública - GESAU, também envolvida com os debates da FESF.

A pesquisa foi previamente submetida à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/FIOCRUZ e atendeu às normas estabelecidas pela Resolução 196/96. A todos os entrevistados foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1), em que constaram os objetivos da pesquisa e os procedimentos relativos à análise e disseminação de seus resultados. Para a realização das entrevistas foram utilizados roteiros semi-estruturados (Apêndice 2), elaborados com questões diferenciadas para cada ator, tendo em vista suas distintas inserções.

Após a transcrição, o material obtido a partir das entrevistas foi processado utilizando-se a abordagem de análise de conteúdo, de caráter temático, considerando-se os três eixos definidos para a caracterização da proposta: jurídico institucional, sistema de governança e a proposta de gestão do trabalho.

A análise das entrevistas foi iniciada estruturando-se três quadros onde constavam os entrevistados em uma coluna e na outra um dos três eixos utilizados para a caracterização da proposta. No primeiro quadro - que contemplava as respostas sobre o eixo jurídico institucional - subdividiu-se essa coluna em três, elencando o posicionamento de cada ator no que tange as pactuações feitas, responsabilidades das esferas e caráter interfederado. Para o segundo quadro - sistema de governança - subdividiu-se a coluna de respostas dos atores para esse eixo em financiamento, contrato de gestão, modelo de regulação e controle interno e externo. O terceiro quadro contemplou a análise das respostas de cada ator no que diz respeito à contratação, remuneração e fixação dos trabalhadores, contrato de gestão do cuidado e regulação do mercado que compõem o eixo gestão do trabalho.

Cada um desses eixos foi marcado com cores distintas para facilitar a comparação da resposta



dos atores no segundo momento de análise das entrevistas e também para identificar a existência de interfaces que envolviam outro eixo. Uma outra cor não relacionada ao eixos foi utilizada na análise de cada quadro para marcar os desafios da proposta por eixo e por resposta de cada ator. A partir daí foram estruturados mais três quadros que sintetizavam os desafios apontados em cada eixo por ator. As frases emblemáticas dos atores foram colocadas em negrito para viabilizar a utilização, na íntegra, no corpo da dissertação.

O segundo momento de análise foi marcado pela necessidade de sintetizar as falas dos atores que totalizaram inicialmente, na transcrição, uma média de quarenta laudas. Comparando as falas de cada ator por eixo, estruturou-se quatro blocos de análises comparativas das respostas de todos os atores para cada item dos três eixos. Esses blocos apontaram os principais consensos, dissensos, vantagens e desafios apontados pelos entrevistados.

Ao longo da dissertação, quando há citações de falas, os entrevistados são identificados da seguinte forma: 1-Diretor da DAB/SESAB; 2- Presidente COSEMS; 3- Conselheira do CES; 4- Procurador da PGE; e 5- Procuradora do MP-BA.

### *Estrutura da dissertação*

Para melhor compreender as razões do surgimento e do caráter polêmico da proposta, é central entender quais foram as transformações recentes do mundo do trabalho, da política e economia que, somadas à consecução de reformas no aparelho do Estado brasileiro, levaram à criação de um novo ente jurídico. Assim, além desta introdução, compõe a dissertação uma revisão bibliográfica que, no **capítulo 1**, tomou como base as mudanças recentes no mundo do trabalho e suas implicações para o setor público, relacionando-as com a trajetória de reforma do Estado no Brasil e suas implicações na saúde. Em seguida, no **capítulo 2**, analisou-se o contexto de surgimento e formalização da proposta de Fundação Estatal no âmbito nacional, que se baseou principalmente nos documentos oficiais. No **capítulo 3**, apresentou-se a evolução da estratégia no Estado da Bahia bem como a atual situação da gestão do trabalho e dos trabalhadores da saúde da família. O **capítulo 4**, tomando como base esse diagnóstico da gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família, circunscreveu o debate das Fundações ao cenário político-institucional baiano, analisando os principais marcos dessa trajetória e a configuração da proposta Fundação Estatal Saúde da Família na Bahia. Essa análise foi norteada pelo debate de dois eixos centrais: o modelo jurídico legal e o sistema de governança da FESF. No **capítulo 5**, caracterizou-se a proposta de gestão do trabalho da FESF e nas **considerações finais** apresentaram-se os principais limites e desafios dessa proposta.

## **CAPÍTULO 1. MUDANÇAS NO MUNDO DO TRABALHO E O PAPEL DO ESTADO: REPERCUSSÕES PARA A SAÚDE NO BRASIL**

A análise que segue esforça-se em incorporar prudência, corroborando a assertiva de Castel<sup>1</sup>, quando afirma a necessidade de evitar tanto o profetismo como o catastrofismo, e sugere que se comece avaliando a amplitude de cada mudança e as medidas que foram tomadas para enfrentá-las.

Desde o final do século XVIII, quando ocorreu a Primeira Revolução Industrial, iniciaram-se as mudanças no mundo do trabalho. Neste período, a produção têxtil que caracterizava o período pré-industrial era realizada sob o mesmo teto e tinha uma estrutura ocupacional homogênea, organizada em pequenos contingentes, possuindo uma administração simples da produção e do trabalho.

O contrato era individualizado e tinha, no mercado de trabalho, sua regulação e definição de regras e normas. Isto tornava a contratação mais vantajosa para as empresas, pois havia ampla flexibilidade da compra da força de trabalho, enquanto as condições de venda pelos trabalhadores eram associadas a uma expressiva rigidez<sup>3</sup>.

As outras duas revoluções industriais que se sucederam também configuraram um cenário de intensas mudanças econômicas, demográficas e sociais – abandono do trabalho agrícola, crescimento do trabalho informal, inovação e difusão de tecnologias de informação e surgimento de uma economia de mercado global, entre outras – que produziram importantes transformações no local e no mercado de trabalho<sup>4</sup>.

Novas formas de administração fizeram-se necessárias para contemplar distintos métodos gerenciais de organização do trabalho, que, com a expansão do modo de produção industrial, conformaram-se de forma descentralizada, inviabilizando tanto uma administração unificada quanto a manutenção de um contrato individualizado.

O crescimento e a diversificação da força de trabalho inviabilizavam a contratação cotidiana, e as empresas passaram a estabelecer contratos-padrão para cada segmento de trabalhador, mesmo isto significando perda de parte da flexibilidade na compra da força de trabalho. Segundo Dedecca<sup>3</sup>, a importância se deslocava da flexibilidade das normas e regras do contrato para a necessidade de poder determiná-lo. Importava garantir que a estabilidade do contrato não resultasse em rigidez para a organização do processo de trabalho. E, enquanto o Estado mantinha-se à margem dessas negociações, consolidava-se, no âmbito das empresas, a regulação privada do contrato de trabalho.

O crescente desemprego, associado ao crescimento de reivindicações dos trabalhadores – diante das condições de gestão e regulação do seu contrato –, levou a um movimento em favor da mudança da regulação do espaço das empresas para o público. Dessa forma, foi-se estabelecendo um regime hegemônico de regulação do processo de trabalho que restringia a autonomia das empresas<sup>3</sup>.

Até a segunda Guerra Mundial, esse movimento foi marcado por muitas tensões, mas o crescimento econômico acelerado nas décadas de 1950 e 1960 e o contexto de menor risco de investimento faziam com que as empresas voltassem suas preocupações para o aumento dos seus níveis de produção, pois os custos do trabalho diluíam-se com o aumento da escala de produção.

A década de 1970, no entanto, marcada pela crise do petróleo, transformou drasticamente o cenário de confiabilidade em investimentos. O mercado se contraiu, as empresas demitiram mais, o consumo sofreu redução e o Estado se viu à frente de uma demanda por seguro-desemprego que onerou de forma significativa os cofres públicos. O Estado, diante desta crise, passou a regular, de forma ainda mais tímida, os contratos de trabalho, autorizando às empresas extensa flexibilidade na sua definição.

A década de 80 herdou a instabilidade macroeconômica dos anos 70. O desenvolvimento, centrado na industrialização e comandado pelo Estado, introduziu mudanças nas políticas de proteção ao trabalho, nas negociações coletivas, bem como na regulação do contrato de trabalho.

Pode-se dizer que, no Brasil dos anos 80, com a crise econômica, houve uma desregulamentação do mercado laboral, como afirma Cardoso Jr<sup>5</sup> “marcada por um movimento contraditório: de um lado uma desregulamentação impulsionada pela tendência a desestruturação do mercado de trabalho; de outro, uma tentativa de regulação motivada pela regulamentação constitucional deste mesmo mercado”.

A equação que se observou foi diretamente proporcional, ou seja, com o aumento do desemprego ampliaram-se os custos de proteção social para o Estado e expandiu-se, por conseguinte, a flexibilidade da regulação pública. Em outras palavras, a situação de crise reintroduziu o tema da flexibilidade das relações de trabalho e também a flexibilização da regulação pública sobre o contrato de trabalho.

No caso do mercado de trabalho brasileiro, em que pese a existência de uma legislação trabalhista desde os anos 1930, historicamente, a sua construção já havia sido marcada por um modelo de regulação que garantiu elevada flexibilidade das relações e do contrato de trabalho. Flexibilidade aqui entendida segundo os três diferentes enfoques de Lagos (1994) apud Teixeira<sup>6</sup>: dos custos laborais, numérica e funcional.

Na década de 90, o movimento de alinhamento do País à globalização financeira foi caracterizado pelos compromissos de implementar reformas estruturais, como a reforma do Estado, a privatização do setor produtivo estatal, além de ampla reforma social, cujos eixos deveriam ser a desregulamentação trabalhista e a reforma da previdência social.

As justificativas para o movimento em direção à flexibilização referem-se primeiramente ao campo macroeconômico, no qual fenômenos como o *déficit* público, deterioração da balança comercial, persistência de pressões inflacionárias e o desemprego são listados como principais fatores. Enquanto no campo microeconômico, os desequilíbrios apontados são a perda de produtividade, pressões de custos e o caráter obsoleto dos investimentos frente à velocidade das transformações tecnológicas<sup>6</sup>.

Inovações adotadas nas relações de trabalho na década de 90, como o banco de horas e participação nos lucros e resultados, em um contexto de elevado desemprego, ampliaram o grau de flexibilidade dos contratos de trabalho, levando tanto à redução da proteção social quanto à desvalorização dos rendimentos do trabalho.

Essas transformações recentes das relações e do mercado de trabalho enfraqueceram o modelo de regulação, tornando mais complexas as possibilidades de políticas de emprego, renda e sociais favoráveis à elevação das condições laborais.

Fiori<sup>7</sup> corrobora essa idéia, afirmando que o final do século XX foi marcado por sete grandes transformações da ordem capitalista que acabaram se cristalizando. Entre as sete, figuram as mudanças que vêm ocorrendo no campo do trabalho e do emprego<sup>ii</sup>, uma vez que, nos vinte e cinco anos finais do século passado, quase todos os Estados do mundo passaram a compartilhar um desemprego estrutural global que se somou à precarização do trabalho, afetando um terço da população mundial.

A situação de restrição intensificou a flexibilidade das relações de trabalho, que, em síntese, correspondia à flexibilização da regulação pública sobre o contrato de trabalho, com o objetivo de recompor o poder e autonomia das empresas de decidir as condições de contratação e organização do trabalho para seu processo produtivo<sup>3</sup>.

Esse movimento de racionalização produtiva refletiu-se em novas normas públicas para regular o mercado de trabalho, além de requerer novas relações laborais onde houvesse maior

---

<sup>ii</sup> As outras transformações situam-se nos campos geopolítico mundial, político-ideológico, econômico, da revolução tecnológica, além de mudanças que ocorreram no espaço da periferia capitalista e, por fim, a fragilização dos Estados Nacionais que, subordinados a interesses privados, têm composto uma homogeneização de suas políticas econômicas e se inserido em uma crescente desregulamentação.

flexibilidade contratual, redução de custos e dos riscos impostos pela instabilidade e mutação dos mercados. Exemplo disso são as reivindicações das empresas por maior autonomia de gestão do trabalho, propostas de contratação por tempo determinado, na implementação de regime de trabalho parcial e de adoção de jornadas de trabalho flexíveis, anteriormente proibidas.

Assim, as empresas seguiram pressionando o Estado para que este atuasse em direção à desregulamentação das relações de trabalho com vistas a fragilizar as negociações coletivas e estabelecer formas de relação mais direta entre a empresa e o trabalhador.

Ampliou-se também a pressão política para que o Estado revogasse as normas contrárias à flexibilização das relações de trabalho e reduzisse os encargos sociais. Mas, mesmo com a intenção de reduzir encargos, o que se observou foi um movimento de elevação dos gastos públicos diante da crescente necessidade de políticas de proteção ao emprego, ao desemprego e aposentadoria, em um ambiente de crise dos mercados de trabalho na grande maioria dos países<sup>6</sup>.

Diante da crise, apontou-se a necessidade de o Estado rever o seu papel, no sentido de se reformular. A idéia que norteava a agenda hegemônica de reforma era que o Estado poderia fazer mais com menos gente e que muitas de suas funções poderiam ser executadas, com menor custo, através da privatização de empresas estatais ou de contratos com entidades privadas, ou ainda por entidades autônomas de interesse público, mas com caráter jurídico privado.

Assim, iniciou-se uma reengenharia do setor público em que a quantidade de trabalhadores era considerada excessiva e causadora de gastos desnecessários. Essas conclusões e posicionamentos, que visavam a embasar a lógica de ampla privatização, acabaram por criar uma imagem do serviço público como ineficiente.

A essência dos debates sobre a política do emprego, a própria flexibilização do contrato de trabalho e sua inserção na lógica da racionalização produtiva exigiram do Estado um (re) posicionamento frente às pressões do mercado por um lado e frente ao aumento das demandas por políticas sociais da população, por outro. Repensar o papel do Estado, sua estrutura, funcionamento e tamanho tornou-se agenda e tarefa inadiável para que se pudesse reformulá-lo à luz das necessidades que se impunham.

## 1.1 A REFORMA DO ESTADO NO BRASIL: IMPLICAÇÕES PARA A SAÚDE

Numa era de crise longa e generalizada – como a que vivemos – que desestruturou o campo das idéias e dos projetos políticos e econômicos, consolidados no século XX, a discussão sobre uma alternativa histórica que contemple o interesse dos fracos e inferiorizados não pode ficar prisioneira de um debate meramente conjuntural, muito menos das idéias e propostas dos mais fortes e ganhadores.<sup>7</sup>

Para melhor entender a reforma do Estado é preciso considerar o contexto da redefinição do seu papel que, ao longo da história, tem vivido um movimento de frequentes mudanças, ora ampliando seu papel de responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social, ora deslocando sua atuação para as funções de promotor e regulador desse desenvolvimento.

A reforma do Estado no Brasil, como em outros países, pretendia ser um projeto amplo relacionado às várias áreas dos governos e que envolvesse o conjunto da sociedade. A reforma do aparelho do Estado, por sua vez, caracterizou-se por ter um escopo mais restrito.<sup>iii</sup> No Brasil, esteve orientada, segundo o discurso oficial do governo federal, para tornar a Administração Pública mais eficiente<sup>8</sup>.

Essas distinções auxiliam a compreender as razões pelas quais a função do Estado brasileiro, na década de 90, vai sendo sistematicamente modificada, deixando de ser protecionista e reduzindo seu papel de prestador de serviços, à medida em que passa essa atribuição para as empresas privadas e assume mais um papel de regulador e promotor das políticas.

Escrutinar o desenho deste “novo papel” de regulador – cujo objetivo enunciado é o de compensar os desequilíbrios distributivos do mercado globalizado e tornar a economia nacional mais competitiva internacionalmente – auxilia a compreender o surgimento de instâncias, mecanismos e instrumentos que pretendem dar conta da “nova tarefa” do Estado frente à redução do seu tamanho e, por conseguinte, das funções da própria máquina pública.

Segundo Machado<sup>9</sup>, a agenda hegemônica de reforma do Estado no Brasil, na década de 90, foi caracterizada, no plano econômico, pela ênfase na estabilização monetária e controle da inflação, abertura comercial, contenção de gastos públicos, privatização de empresas estatais, fragilidade da política industrial e das estratégias de desenvolvimento de longo prazo. No plano

---

<sup>iii</sup> O aparelho do Estado compreende a administração pública em sentido amplo, ou seja, a estrutura organizacional do Estado nos seus poderes Executivo, Legislativo e Judiciário e em seus três níveis: União, Estados e Municípios. O aparelho do Estado é constituído pela cúpula dirigente dos Três Poderes, por um corpo de funcionários e pela força militar. Portanto, o conceito de Estado é mais abrangente que o de aparelho do Estado, porque compreende o sistema Constitucional-Legal, que regula a população em um determinado território.

administrativo, pelo enxugamento da estrutura e do funcionalismo público, com destaque para a descentralização e novas relações entre público e privado. E na área social, pelas restrições à lógica abrangente de proteção social, contenção de gastos, expansão da prestação privada (inclusive na saúde) e trajetória fragmentada na construção de políticas sociais, com avanços institucionais esparsos e resultados limitados para a população.

Em 1990, o presidente eleito Fernando Collor trouxe à tona um discurso modernizador, sintonizado com a agenda internacional do “Consenso de Washington”, que preconizava abertura comercial, *superávit* fiscal, privatização de empresas estatais, enxugamento das máquinas públicas e desregulamentação.

Collor iniciou um plano de reforma da Administração Pública com extinção de cargos de confiança e de órgãos públicos e demissão de servidores sem estabilidade. Segundo Torres<sup>10</sup>, isso resultou em desarticulação e desagregação da Administração Pública, aprofundando o processo de perda da capacidade gerencial para formulação, planejamento, execução e fiscalização de políticas públicas.

Nogueira<sup>8</sup> corrobora que o esforço pela retração no setor público teve como uma de suas mais preocupantes consequências a perda de pessoal qualificado para funções estratégicas, principalmente na área de formulação das políticas públicas. A defasagem de *expertises* continuaria incidindo sobre o trabalho no setor público até hoje, impactando na capacidade administrativa do Estado.

Os planos de demissão de pessoal e as medidas de diminuição da máquina do Estado andaram na contramão da necessidade de expansão da força de trabalho na Administração Pública, o que gerou consequências adversas para políticas públicas, incluindo as de saúde. Contraditoriamente, foi nesse governo que se instituiu o Regime Jurídico Único para os servidores do governo Federal, servindo de espelho para as demais esferas.

Mas foi em 1995, no início do governo Fernando Henrique Cardoso, que se desencadeou, de forma mais estruturada, a elaboração de uma proposta de reforma do aparelho do Estado. Afirmava-se que a Administração Pública carecia de instrumentos eficientes que garantissem êxito frente aos desafios postos pela globalização e pela redefinição do papel do Estado. Assim, incorporou-se na agenda nacional a proposta de implantar os fundamentos de uma “Nova Gestão Pública”, afinada com a intensa abertura ao capital estrangeiro e permeada pela liberalização econômica.

Nesses termos, o governo Fernando Henrique Cardoso (FHC) priorizou a ação de seus ministérios em diferentes frentes. Contava-se com um aparato técnico-político para a consecução das reformas cuja instância deliberativa maior, a Câmara de Reforma do Estado, era composta pelos

seguintes ministérios: Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), Fazenda, Trabalho, Planejamento e Orçamento, Casa Civil e Trabalho e do Estado Maior das Forças Armadas. O MARE era o responsável direto pela elaboração, negociações e implementação de propostas relacionadas à reforma da Administração Pública.

Apesar da tendência internacional para implantação de reformas, o governo FHC não punha um bloco consensual e, segundo Torres<sup>10</sup>, o reduzido apoio da Casa Civil e dos Ministérios da Fazenda e Planejamento fez com que os esforços mais significativos para a consecução da reforma institucional e administrativa do Estado se dessem no âmbito do MARE.

Afinal, como lembra Robert Kaufman (1998) apud Teixeira<sup>11</sup>(1999):

A reforma do Estado não é simplesmente uma questão de congregar a “vontade política” necessária para a implementação de fórmulas institucionais corretas. Mais que as reformas na política econômica, os esforços para modificar a estrutura institucional onde se elabora e implementa a política serão afetados pelo conflito e negociação entre grupos de interesses domésticos e internacionais, políticos e burocratas, muitos com altos interesses no status quo institucional<sup>11</sup>.

Depois de um longo caminho de negociações e esforço para construir conciliações, o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, que teve como objeto central a Administração Pública federal, foi aprovado pela Câmara da Reforma do Estado e publicado pela Presidência da República<sup>12</sup> em novembro de 1995.

O Plano fez um diagnóstico da burocracia estatal, apontando suas deficiências, e elencou os objetivos a serem buscados pelo governo e pela sociedade no sentido de dotar a Administração Pública de governança e governabilidade. Este diagnóstico concentrou-se na idéia de que o Estado é “grande” e que isto é causa importante da sua “ineficiência”. Portanto, propor a sua diminuição, acompanhada de mudança de seu papel de executor para regulador, era o fio condutor do desenho do Plano.

Um dos principais pressupostos do Plano é que o Estado desviou-se de suas funções básicas ao ampliar sua presença no setor produtivo. Isso teria levado a consequências como a deterioração dos serviços públicos, agravamento da crise fiscal, etc. A conclusão do raciocínio é que a Reforma do Estado seria indispensável para assegurar o crescimento sustentado da economia e só a partir daí seria possível promover a correção das desigualdades sociais.

O primeiro imperativo da reforma, portanto, seria reduzir o papel de executor ou prestador direto de serviços e investir no papel de regulador, provedor ou promotor desses, incluindo os serviços sociais como educação e saúde, considerados essenciais para o desenvolvimento.



Reforçar a governança do Estado apontava também para uma transição do tipo de Administração Pública burocrática, avaliada pelo Plano como incapaz de dar conta da administração dos Estados modernos, por considerá-lo rígido, ineficiente e sem mecanismos claros de avaliação; para uma administração pública gerencial, eleita como flexível, eficiente, voltada para o atendimento do cidadão, descentralizadora e desconcentradora da ação estatal.

Com isso, pressupunha-se que o referido modelo forneceria instrumentos mais flexíveis de gestão, afinado com as inovações técnicas de administração utilizadas pelas empresas privadas e ainda concluía-se com o Plano que, para viabilizar a implementação da Administração Pública de caráter gerencial, precisava-se flexibilizar a estabilidade do funcionalismo e permitir regimes jurídicos diferenciados.

A partir desses imperativos, lançou-se mão, dentre outras, das seguintes questões para realização do diagnóstico da administração pública no Plano Diretor<sup>12</sup>:

- O Estado deve permanecer realizando as mesmas atividades? Ou algumas delas devem ser transferidas para o setor público não-estatal? Ou para o setor privado?
- Por outro lado, dadas as novas funções, antes reguladoras que executoras, deve o Estado criar novas instituições?
- Dispõe-se de uma política de recursos humanos adequada?
- As organizações públicas operam com qualidade e eficiência?

Esse repertório de perguntas objetivava embasar os projetos que comporiam a reforma do aparelho do Estado. No que tangia à dimensão gestão, o Plano Diretor tomou três projetos básicos para implantação da administração pública gerencial no serviço público: o projeto de avaliação estrutural, que pretendia examinar, de forma global, a estrutura do Estado; o projeto das Agências Autônomas para o nível das atividades exclusivas de Estado; e o projeto das Organizações Sociais (O.S.), acompanhado pelo programa de “publicização<sup>iv</sup>”, voltado para os serviços não-exclusivos do Estado.

---

<sup>iv</sup> Publicização no Plano Diretor da Reforma do Estado, de 1995, era enunciada como a transferência de gestão de serviços e atividades, não exclusivas do Estado, para o setor público não estatal, assegurando o caráter público à entidade de direito privado, bem como autonomia administrativa e financeira. Para essa “publicização”, seria necessária a elaboração de projeto de lei que permitisse que serviços não-exclusivos do Estado fossem transferidos do setor estatal para o público não-estatal, assumindo a forma de O.S.

A proposta era transformar autarquias e fundações que exerciam atividade exclusiva de Estado, como, por exemplo, normatização, regulação, segurança pública e fiscalização, em Agências Autônomas. Em relação às atividades não exclusivas como pesquisa, educação e saúde, a proposta era repassá-las às Organizações Sociais (O.S.) e às Organizações Não Governamentais (ONG) de interesse público. Segundo Torres<sup>10</sup>, a reforma administrativa do Estado foi fomentadora de novas formas jurídicas para o trabalho no setor público e determinou novos formatos às instituições com as quais o Estado pode se associar.

De acordo com o Plano Diretor<sup>12</sup>, o projeto das organizações sociais tinha como objetivo permitir a descentralização de atividades no setor de prestação de serviços não exclusivos, tendo como pressuposto que esses serviços seriam mais eficientemente realizados se, mantendo o financiamento do Estado, fossem executados pelo setor público não-estatal.

No Plano, descreviam-se como organizações sociais as entidades de direito privado que, por iniciativa do Poder Executivo, obtivessem autorização legislativa para celebrar contrato de gestão com esse poder e, assim, terem direito à dotação orçamentária. As O.S. teriam autonomia financeira e administrativa, respeitadas as condições descritas em lei específica. Além dos recursos orçamentários, poderiam obter outros ingressos através da prestação de serviços, doações, legados, financiamentos, etc.

As O.S., portanto, comporiam o conjunto de entidades da sociedade civil que estabeleceriam relação de fomento e parceria com o Estado, assim como as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), os Serviços Sociais Autônomos (SSA) e fundações de apoio. As O.S. seriam reconhecidas pelo Estado mediante processo de licitação, sendo aprovada a que se mostrasse mais competente para administrar um hospital, por exemplo. “É uma espécie de terceirização autorizada pelo Estado para a contratação de serviços, e não de pessoal”<sup>12</sup>.

Para além da criação da figura da organização social, houve um conjunto de outras propostas que afetaram a gestão e regulação do trabalho na Administração Pública nessa época, tais como: a demissão por insuficiência de desempenho e por excesso de quadros; incentivos à demissão voluntária; criação e melhoria de carreiras no “núcleo estratégico” do Estado; aprovação do vínculo CLT para emprego público e estágio probatório por três anos, entre outras.

Entretanto, segundo Bresser-Pereira & Spink<sup>13</sup>, alguns elementos dificultaram a implantação da proposta das organizações sociais, a saber: a oposição no Legislativo, que questionou a natureza jurídica das O.S., provocando insegurança nos atores envolvidos na criação destas instituições; as incertezas relativas à extinção da autarquia que seria substituída pela O.S.; a insuficiente transparência no que diz respeito ao repasse das verbas e ao controle destas, além do desinteresse

dos dirigentes em aderir por desconhecerem uma proposta clara de incentivos.

Ainda pairam muitas questões em aberto a despeito do impacto da implementação ou não das propostas do Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado no setor saúde. Nesses momentos de reestruturação e reformas cabe perguntar, como fez Castel<sup>1</sup>: “As políticas propostas estão à altura das rupturas que se aprofundaram? Trata-se de modernizar as políticas públicas ou dissimular sua derrota?”

A Reforma do Aparelho do Estado, inscrita no Plano Diretor, foi alimentada por uma lógica importante de cortes de gastos com pessoal, pois a crise fiscal assolava os cofres públicos e a idéia força do Plano era repensar não apenas as funções do Estado, mas seu próprio tamanho, como já analisado anteriormente.

No entanto, havia outra reforma em curso, a da saúde, que caminhava na contramão de propostas apontadas no Plano, pois, em certa medida, o SUS constituía-se como um outro vetor, orientado para um lado em que a agenda hegemônica da reforma do Estado parecia não contemplar. Ao configurar-se como uma importante reforma do Estado brasileiro, o SUS conferia direitos sociais universais e demandava novas e importantes responsabilidades e ações de Estado.

O caráter intersetorial desta política de saúde de Estado também trazia a necessidade de reformas em outros setores com os quais o SUS estabelece relação de interdependência, como educação, assistência social, trabalho e etc. Estava claro, portanto, que a reforma da saúde não caminharia necessariamente pelos trilhos traçados pelo Plano Diretor.

A questão é que a implementação do SUS, nascido da Constituição de 1988, requeria investimento na contratação de trabalhadores; posteriormente, essa necessidade se agigantou com a criação da Estratégia de Saúde da Família que, com uma clara intenção de cumprir o preceito da universalidade, necessitaria ampliar não só o número de profissionais, mas também investir em sua qualificação para o estabelecimento de uma nova lógica do trabalho em saúde.

Estas incompatibilidades entre o enxugamento requerido por um lado e a necessidade de contratar por outro trouxeram consequências que perduram até hoje. Uma delas é ainda a grande dificuldade de fazer funcionar os serviços de saúde, tendo em vista a dificuldade de contratar, manter e qualificar estes trabalhadores. Segundo Machado<sup>9</sup>, para se ter clareza sobre as implicações da Reforma do Estado para o SUS é importante questionar se o enfrentamento de problemas estruturais do sistema público de saúde não exige um projeto abrangente e o fortalecimento do Estado em áreas estratégicas para a saúde.

Assim, visando a compreender melhor as implicações da agenda hegemônica de reforma do Estado para a saúde, segue uma breve discussão de alguns pontos de interface e de tensão entre essa

agenda e a da reforma sanitária.

Na década de 1990, as reformas no setor saúde foram marcadas pela implantação do SUS, com ênfase na descentralização das ações e serviços de saúde, sobretudo a municipalização. Um exemplo de expansão dos serviços nos municípios foi o Programa Saúde da Família, que despontava como resposta à busca de novos modelos no âmbito da atenção primária à saúde.

Essa expansão acelerada e em grande escala dos serviços ocasionou mudanças significativas na composição e estruturação da força de trabalho em saúde, que agora se concentrava nos Estados e municípios, fazendo com que esses assumissem a responsabilidade pela implementação das políticas de saúde.

A questão é que o processo de descentralização das ações e serviços se deparou com as limitações das restrições orçamentárias impostas pela legislação federal, que limitou os gastos com pessoal nas três esferas de governo. Isto se deu inicialmente com a Lei Camata, de 1996, e posteriormente com a Lei de Responsabilidade Fiscal<sup>v</sup> (LRF) de 2000, que teve como finalidade disciplinar as despesas das três esferas, bem como regular gastos com pessoal do Executivo, Legislativo e Judiciário. A incoerência era explícita, pois limitar esses gastos, frente à necessidade de incorporação de profissionais para atender às novas demandas, inviabilizava o próprio sistema de saúde.

Para fazer frente a esses problemas, os gestores do SUS, nas três esferas, vêm lançando mão de estratégias de gestão de pessoal diferenciadas. A Administração Pública federal, estadual e municipal vem se estruturando com uma vasta utilização dos contratos de serviços pela via da terceirização, alternando com a abertura de concursos para incorporação de funcionários pelo Regime Jurídico Único. Isso tem auxiliado a gestão do SUS a dar respostas mais ágeis às demandas por novos serviços, ou pela ampliação dos existentes, mas também têm levado a problemas de ordem legal e gerencial, gerando conflitos e impasses na implementação do SUS<sup>14</sup>.

Para Nogueira<sup>15</sup>, essa situação aponta para uma “tendência desviante” em relação ao fundamento legal do trabalho na Administração Pública e afeta as três esferas de governo, fazendo com que o conjunto de contratações irregulares de trabalhadores para o SUS sequer apareça nas

---

<sup>v</sup> A Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, intitulada Lei de Responsabilidade Fiscal – LRF, estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal, mediante ações em que se previnam riscos e corrijam desvios capazes de afetar o equilíbrio das contas públicas, destacando-se o planejamento, o controle, a transparência e a responsabilização como premissas básicas.

estatísticas oficiais. Sem contar que também são evidentes as dificuldades no campo da gestão do trabalho por conta da ausência de alguns marcos legais que favoreçam a estruturação de modelos gerenciais mais compatíveis com a lógica de organização do trabalho em saúde.

Do ponto de vista legal, a multiplicidade de vínculos utilizados nem sempre cumpre o que a legislação brasileira estabelece como padrão de proteção ao trabalhador. Além disso, essa situação tem ocasionado inúmeras ações judiciais para cumprimento desses dispositivos legais. Do ponto de vista gerencial, os gestores se deparam com múltiplas formas de administração de contratos<sup>vi</sup>, mobilizando mudanças na lógica de gestão interna dos órgãos públicos e enfrentando conflitos diversos pelo tratamento desigual conferido aos trabalhadores.

Tomando como base as restrições impostas pelas reformas já citadas, a questão que se coloca é que, ao se tratar das várias modalidades de contratação e flexibilização, não se identificam, de forma mais aprofundada, os condicionantes dos problemas atuais da gestão pública, nem se considera o dilema colocado pra os gestores da saúde. Esses se defrontam, aparentemente, com apenas duas possibilidades: gestão do trabalho na saúde “engessada” pela regulação rígida do emprego público ou “precarização” dos vínculos empregatícios.

E foi nesse contexto de constituição de vínculos precários, frente às limitações já expostas, que surgiu, no âmbito nacional, o Programa Saúde da Família em 1994, tornando-se prioridade do governo em 1995. A expansão acelerada do programa absorveu as práticas de contratação temporária, cooperativização, terceirização, etc, como alternativas viáveis para garantir o funcionamento dos novos serviços<sup>vii</sup>.

Acrescentaram-se às restrições impostas pela legislação federal já mencionada as dificuldades de prover e fixar profissionais na estratégia. Diante da grande rotatividade, marcadamente no interior do Estado e em zonas violentas das metrópoles, parecia fazer sentido a justificativa dos contratos temporários. Porém, infelizmente, o que se observou em muitos municípios foi a constituição de uma lógica de descompromisso da gestão municipal com trabalhadores e desses com a comunidade, descaracterizando princípios fundamentais da estratégia.

Ainda constam como grandes desafios a incapacidade da gestão pública da saúde para manter quadros qualificados de trabalhadores de forma contínua e o naturalizado fato de muitos

---

vi Na pesquisa realizada pelo Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) em 2004, os gestores estaduais apontaram como um de seus principais problemas a gestão de pessoas, principalmente os relacionados à dificuldade de contratação.

vii Um levantamento do Ministério da Saúde mostrou que, em 2001, somente 25% dos médicos e 29% dos enfermeiros das equipes de saúde da família de todo o Brasil tinham vínculos e direitos trabalhistas adequados (Machado, 2006).

trabalhadores de nível superior terem estabelecido, pela cultura da organização, uma liberação implícita de carga horária – com objetivo de complementação de renda – assumindo fora do serviço atividades de clínica, pesquisa, ensino, consultoria, etc. Assim, com os salários sensivelmente inferiores aos do mercado para algumas categorias profissionais, em alguns casos, vêm deixando tanto o âmbito da atenção quanto o da gestão no campo da saúde desprovidos da continuidade necessária ao desenvolvimento das políticas públicas.

Aprofundar cada vez mais essa discussão e avançar em direção à reforma do aparato estatal, garantindo as políticas sociais conquistadas na Constituição, é fundamental para o desenho do sistema democrático que se deseja construir<sup>16</sup>.

## **CAPÍTULO 2. A FUNDAÇÃO ESTATAL: CONTEXTO E CARACTERIZAÇÃO DA PROPOSTA NACIONAL**

Marcadamente entre as décadas de 80 e 90, as políticas para a gestão do trabalho em saúde passaram a enfrentar grande instabilidade e não estavam claros os rumos a tomar diante dos novos arranjos institucionais que surgiram neste campo, mobilizados pelas agendas de reforma do Estado.

Como já apontado, o modelo heterogêneo e flexível de incorporação e gestão do trabalho ampliou a dificuldade de fixar profissionais, de gerir o sistema, tornando difícil a implantação de novas diretrizes políticas por falta de pessoal<sup>15</sup>. Um exemplo emblemático é a tendência a terceirizações e cooperativização de trabalhadores da atenção básica em muitos municípios. Afinal, são esses os empregadores de 65% dos trabalhadores da saúde e têm se utilizado destas modalidades de contratação como alternativa disponível e viável, apesar da duvidosa legalidade.

A implementação do SUS sempre carregou consigo o “peso” da reestruturação do papel do Estado, que engendrou, entre outras, limitações na contratação do pessoal para os serviços públicos de saúde notoriamente com a vigência da Lei de Responsabilidade Fiscal, componente do processo do ajuste fiscal do Estado brasileiro. Assim, uma questão crucial para a real implantação do SUS passou a ser a configuração de uma política de recursos humanos que contemplasse a educação permanente, a admissão dos trabalhadores por concurso público e um Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos (PCCV) ou Plano de Emprego, Cargos e Salários (PECS) compatível com suas atribuições.

Para entender a relação entre a premente necessidade de fazer operar, com agilidade e qualidade, setores estratégicos do SUS – garantindo a conformação de políticas e estratégias de gestão do trabalho e educação na saúde – e a inserção do debate da Fundação Estatal no âmbito da saúde, vale resgatar alguns marcos históricos.

A reforma do aparelho do Estado, que já enfrentava dissensos no âmbito do governo do presidente Fernando Henrique, na década de 90, tampouco obteve apoio com as mudanças políticas no cenário nacional. Em 2003, com a eleição do presidente Luís Inácio Lula da Silva, ressurgiu o debate da necessidade de criar novos modelos eficientes de gestão pública contextualizados no atual momento sociopolítico e econômico. Essa responsabilidade foi delegada ao Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG).

Assim, a partir de 2004, iniciou-se no MPOG uma análise sobre as formas jurídico-institucionais vigentes no Estado brasileiro. Constatou-se, nesse momento, que havia um esgotamento dos modelos de autarquia e fundação pública, que o MPOG<sup>17</sup> caracterizou como:

rigidez no regime administrativo, especialmente em relação à gestão orçamentária, gestão de pessoas e compras, além da necessidade de revisão do modelo de Organizações Sociais diante dos questionamentos quanto à sua constitucionalidade, entre outros.

Assim, com o objetivo de propor ajustamentos coerentes com os desafios impostos à gestão pública, o MPOG realizou estudos frente à necessidade de produzir novos modelos de gestão que dessem conta do atendimento às demandas sociais. Nesse cenário nasceu o projeto da Fundação Estatal no âmbito desse Ministério que encaminhou para a análise da Casa Civil, aprovada por essa, a proposta foi encaminhada para o congresso em 2007.

Merece também destaque, como um dos marcos do debate acerca desses modelos jurídicos para a saúde, a crise dos hospitais federais do Rio de Janeiro em 2004, que intensificou a discussão sobre as Fundações Estatais no cenário nacional, tendo em vista a intervenção do Ministério da Saúde junto a esse município<sup>viii</sup>.

No âmbito da saúde, alguns Estados já vinham debatendo novas propostas de gestão hospitalar há mais tempo, motivados pela mesma constatação de inadequação dos modelos autárquicos, centralizados e burocráticos. O realce dado à crise dos hospitais federais do Rio de Janeiro diz respeito à mobilização de atores importantes como o Ministério Público e o Tribunal de Contas da União que questionaram a legalidade e constitucionalidade das relações entre esses hospitais e as fundações de apoio.

Assim, os debates acerca da proposta de Fundação Estatal iniciados no âmbito do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG), como proposta do governo federal para dar conta da necessidade de criar novos modelos mais eficientes de gestão pública, também passou a ser debatido sistematicamente pelo setor saúde, que buscava uma solução de gestão para resolver problemas crônicos como a alocação, fixação de trabalhadores, além da qualificação e gestão do trabalho.

Ao longo de 2005, com as mudanças de gestão no Ministério da Saúde, José Gomes Temporão assumiu a Secretaria de Atenção à Saúde, vindo posteriormente a tornar-se ministro em

---

<sup>viii</sup> Em dezembro de 2004, emergiu uma crise nos hospitais federais situados no Rio de Janeiro, o que levou à intervenção do Ministério da Saúde (MS) na gestão do município em 2005, quando foram feitos vários aportes de recursos para que os hospitais voltassem a operar em condições adequadas. Após a intervenção, retornaram à gestão do Ministério da Saúde quatro hospitais que haviam sido municipalizados anos antes (Lagoa, Ipanema, Cardoso Fontes e Andaraí), que se somaram a dois hospitais gerais que haviam permanecido sob gestão federal (Bonsucesso e Servidores), além dos três institutos (Instituto Nacional do Câncer – INCA; Instituto Nacional de Traumatologia-Ortopedia – INTO e Instituto Nacional de Cardiologia de Laranjeiras - INCL). Durante a intervenção federal, os diretores dos institutos federais acumularam responsabilidades de gestão sobre os hospitais sob intervenção (Barbosa, 2006).



2007<sup>ix</sup>. Temporão havia sido diretor do Instituto Nacional do Câncer (INCA) entre 2003 e 2005. A sua experiência de gestor desse Instituto e sua atuação durante a “crise dos hospitais” e a intervenção do Ministério da Saúde em 2005 fizeram com que participasse ativamente do processo de diagnóstico dos problemas e, portanto, das necessidades de mudanças na administração e gestão dos hospitais federais do RJ. Tornou-se, a partir daí um dos articuladores da proposta à época. Atualmente, o ministro segue apoiando a proposta, como se observa em entrevistas na qual ressalta que a criação de Fundações Estatais “implica mudanças estruturais na administração dos hospitais com ganhos para os usuários do sistema e para os profissionais de saúde”<sup>x</sup>.

Para solucionar a crise dos hospitais, portanto, contou-se com o apoio do nível central do Ministério da Saúde e constituiu-se, na ENSP/FIOCRUZ, uma comissão – que integrava o MS, a Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro e municípios da região metropolitana – que formulou um novo modelo de gestão para os hospitais com o intuito de incorporar lógicas flexíveis, descentralizadas e ágeis na gestão. A idéia-força era que a resolução da crise dar-se-ia através da formatação de um novo ente público, estatal, exclusivamente para atendimento ao SUS.

O MPOG foi parceiro estratégico também para construção da proposta de Fundações Estatais para a saúde, pois se fazia necessário debater a viabilidade de transformações mais estruturais, no caso desses hospitais, o que envolvia repensar o modelo jurídico e dependia de projetos de lei<sup>18</sup>.

Tendo em vista as vantagens apontadas para a mudança no modelo de gestão, o MPOG decidiu que, para além da área hospitalar, o modelo seria ampliado para a área social, envolvendo outros setores do governo, como as áreas de educação, saúde, ciência e tecnologia, esporte, turismo, previdência complementar do servidor público e comunicação, dentre outras.

Apesar dos avanços nos debates, há muitos desafios pela frente, pois a criação do novo ente jurídico na organização do Estado está diretamente vinculada à reforma constitucional ocorrida em 1998 que, ao alterar um de seus artigos, permitiu a instituição de uma nova figura na Administração Pública, dependendo de um projeto de lei complementar a esse artigo<sup>17</sup>.

---

ix Temporão é professor e pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz desde 1980. Foi subsecretário de Saúde do Município do Rio de Janeiro em 2001. Em julho de 2005, deixou o INCA para chefiar a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde. Desde que assumiu a SAS, uma de suas preocupações era sanear a gestão hospitalar do Rio de Janeiro, com especial atenção aos hospitais que retornaram ao comando do Ministério, em função da referida crise. Em março de 2007 foi nomeado Ministro da Saúde pelo Presidente da República.

<sup>x</sup> Entrevista no jornal Bom dia Brasil, da Rede Globo, em 9 de agosto de 2008.

A base legal<sup>xi</sup> do projeto de Fundação Estatal, portanto, inscreve-se na Constituição Federal na EC 19/98 – art. 37 – inciso XIX e algumas de suas principais características dizem respeito a constituir-se como:

- a) entidade pública sem fins lucrativos, com personalidade jurídica de direito privado, a ser instituída pelo Poder Público;
- b) modalidade de descentralização administrativa, inserida na Administração Pública indireta, ao lado das empresas públicas e sociedades de economia mista;
- c) possuindo flexibilidade, autonomia gerencial, orçamentária e financeira, além de prever a possibilidade de patrimônio e receitas próprias;
- d) sistema de governança estatal público e colegiado, onde o processo decisório se mantém dentro do espaço público;
- e) sujeita à supervisão de órgão ou entidade de direito público ao qual se acha legalmente vinculada, apesar de não se subordinar hierarquicamente a qualquer autoridade pública;
- f) fiscalizada pelos órgãos de controle interno e externo da Administração Pública;
- g) subordinada às regras públicas de licitação e contratos;
- h) receitas constituídas pelas rendas da prestação de serviços ao Poder Público e desenvolvimento das atividades e doações;
- i) obrigada a contratar via concurso público, com regime jurídico da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), garantindo plano de carreira, emprego e salários próprios para seus trabalhadores e acordo coletivo de trabalho.

A proposta de Fundação Estatal previu a elaboração de um plano de empregos com o objetivo de ser atrativo e funcionar como um fator de retenção de profissionais especializados, valendo-se de remuneração compatível com o mercado e possibilidade de aplicação de mecanismos

---

<sup>xi</sup> O histórico de criação das fundações inicia-se com o Decreto-Lei 200/67, que configurou as fundações públicas na Administração Pública indireta como pessoa jurídica regida pelo direito privado; Decreto-Lei 900/69, que retirou as fundações públicas de direito privado da Administração Pública indireta, sujeitando-as apenas às regras do Código Civil; Decreto-Lei 2.299/86 e Lei 7.596/87 que revogou o DL 900/67 e reintegrou as fundações públicas de direito privado à Administração Pública indireta e, por fim, a Constituição Federal de 1988 que, no seu Art. 37, inciso XIX, afirma: “somente por lei específica poderá ser criada autarquia e autorizada a instituição de empresa pública, de sociedade de economia mista e de fundação, cabendo à lei complementar, neste último caso, definir as áreas de sua atuação”. (Redação dada pela EC nº 19, de 1998). Portanto, com base nesse dispositivo constitucional, o Poder Público poderá instituir Fundação mediante: Lei Complementar que defina as áreas em que podem ser instituídas para a União, os Estados e os Municípios; e Lei Autorizativa para cada fundação a ser instituída que deve estabelecer o regime administrativo mínimo a ser observado pela Fundação.

de remuneração variável, vinculados à produtividade, assim como incentivos à pesquisa e à inovação. Previu-se no projeto que os servidores cedidos para a fundação estatal permaneceriam regidos pelo regime estatutário, com todas as vantagens pessoais asseguradas, como sua estabilidade e sem perdas salariais<sup>17</sup>.

Segundo o documento do MPOG, não se aplicaria à FE o texto constitucional dos servidores, não estando ela sujeita às disposições da Lei de Responsabilidade Fiscal, especialmente nos limites de despesas com pessoal, identificados muitas vezes como um nó crítico para a gestão dos serviços de saúde<sup>17</sup>. O principal argumento que embasa essa assertiva do MPOG é que a LRF adota o critério de dependência financeira como traço distintivo para a sua aplicabilidade às entidades da administração indireta.

Outro tópico polêmico a que o documento do MPOG se refere diz respeito à distinção entre organizações sociais e Fundações Estatais. Segundo o documento, embora a FE seja entidade de direito privado:

[...] é essencialmente diferente das modalidades de entidades da sociedade civil que estabelecem relação de fomento e parceria com o Estado, tais como as Organizações Sociais (OS), as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), os Serviços Sociais Autônomos (SSA) e as fundações de apoio<sup>17</sup>.

Algumas das características que diferenciam as Fundações Estatais das O.S., OSCIP, Fundações de Apoio e SSA, ressaltadas no referido documento (Quadro 1), são o fato de que essas últimas, mesmo mantendo relação de parceria com o Estado – por via de contrato estatal de serviços, termo de parceria ou convênio – não integram a administração indireta, não são supervisionadas e fiscalizadas pelos órgãos de controle da administração, a gestão é privada, não se submetendo às normas de direito público, os empregados não são públicos, podendo ser contratados sem concurso e são fiscalizadas no que diz respeito à aplicação do recurso – de origem pública – mas não a sua gestão.

Algumas das distinções mais marcantes encontram-se no Quadro 1.

**Quadro 1: Comparativo das formas jurídico-institucionais:  
Fundação Estatal e Organizações Sociais**

<b>SEMELHANÇAS</b>	<b>FUNDAÇÃO ESTATAL</b>	<b>ORGANIZAÇÃO SOCIAL</b>
<b>Personalidade Jurídica</b>	<b>Direito Privado</b>	<b>Direito Privado</b>
<b>Finalidade</b>	<b>Pública</b>	<b>Pública</b>
<b>Autonomia de Orçamento e Financeira</b>	<b>Orçamento e Financeira</b>	<b>Orçamento e Financeira</b>
<b>Lei de Responsabilidade Fiscal</b>	<b>Não observa</b>	<b>Não observa</b>
<b>Fonte de Financiamento</b>	<b>Rendas de prestação de serviço ao Poder Público</b>	<b>Dependente do orçamento geral da União</b>
<b>Instrumento Financiamento / Fomento</b>	<b>Contrato de Gestão</b>	<b>Contrato de Gestão /Termo de Parceria</b>
<b>DISTINÇÕES</b>	<b>FUNDAÇÃO ESTATAL</b>	<b>ORGANIZAÇÃO SOCIAL</b>
<b>Propriedade</b>	<b>Pública</b>	<b>Privada</b>
<b>Relação com a Administração Pública</b>	<b>Administração indireta</b>	<b>Não é Administração Pública</b>
<b>Governança</b>	<b>Pública</b>	<b>Pública e privada</b>
<b>Normas de direito público</b>	<b>Regime Administrativo</b>	<b>Não observa</b>
<b>Supervisão Ministerial</b>	<b>Mínimo Das atividades da entidade</b>	<b>Do contrato de gestão ou termo de parceria</b>
<b>Controle interno e externo</b>	<b>Controladoria geral da União e Tribunal de Contas da União</b>	<b>Da aplicação dos recursos do contrato de gestão /termo de</b>

Fonte: Ministério do Planejamento<sup>17</sup> (2007). Elaboração própria.

Como base nessa diferenciação, a principal “vantagem” da Fundação – que também congrega semelhanças à O.S., como flexibilidade de gestão, autonomia financeira, etc. – apontada no documento do MPOG, é o fato da FE configurar-se como um formato jurídico-institucional para a ação do Estado no campo social, dentro da Administração Pública<sup>17</sup>.

A idéia enunciada pelo MPOG é que a Fundação poderá assumir a responsabilidade de produção de bens e serviços essenciais à população, deixando de transferi-los para o campo da iniciativa privada, por meio de parceria ou contratação, que é a experiência do Estado com as O.S. e OSCIP. A “vantagem” de a FE pertencer à Administração Pública residiria no pressuposto de se ter mais controle na utilização dos recursos públicos – frente a um processo qualificado de mais democrático e participativo no sistema de governança da FE – que prevê, em sua gestão colegiada, a participação do controle social, assumido pelo MPOG como tradução de mais transparência ao cumprimento das metas pactuadas via contrato de gestão.

No final de 2006, a proposta de Fundação Estatal foi transformada em um projeto de lei complementar e encaminhada à Casa Civil. Assim, construiu-se o Projeto de Lei nº 92, de 2007, visando a regulamentar o inciso XIX do art. 37 da Constituição Federal, para definir as áreas de atuação de fundações instituídas pelo Poder Público. A polêmica que o tema Fundação Estatal envolve ficou também explícita ao se observar o caminho que o projeto de lei fez ao longo de mais de um ano no Legislativo<sup>xii</sup>.

Importante considerar que a autorização legal não dá existência imediata à Fundação, pois a criação desse ente jurídico é apenas uma parte do processo. A FESF depende, para estruturar-se, de vários dispositivos de gestão, a saber: um novo modelo de gestão de recursos humanos, de gestão orçamentária e de compras, de gestão de qualidade e de contratualização do SUS.

Todos esses dispositivos de gestão terão que ser construídos, discutidos e pactuados nas suas respectivas áreas de interesse. A previsão, no que diz respeito aos hospitais, é que a transformação desses em Fundação Estatal requer de dois a três anos para que o novo modelo esteja funcionando em sua plenitude.

No entanto, o consenso não é geral, assim como o convencimento das distinções e vantagens antes citados. Afinal, há outros pontos polêmicos ainda em debate, o que tem feito surgir

---

<sup>xii</sup> A apresentação ao plenário da Câmara dos Deputados deu-se em 13 de julho 2007, obtendo em 15 de julho de 2008, um ano depois de acirrados debates, o voto pela constitucionalidade, juridicidade e boa técnica legislativa. Sua tramitação passou em 2007 pela Comissão de Trabalho, Administração e Serviço Público; em 2008, pelas Comissões de Educação e Cultura e a de Constituição e Justiça, que aprovou por unanimidade o parecer do relator do projeto. Em 09 de setembro de 2008, a Coordenação de Comissões Permanentes o encaminhou para publicação e até hoje aguarda a votação em plenária ([www.camara.gov.br](http://www.camara.gov.br)).

posicionamentos contrários à proposta de um conjunto de atores relacionados à área da saúde. O Conselho Nacional de Saúde, por exemplo, rejeitou a proposta de Fundações Estatais em plenária no segundo semestre de 2007, situando suas preocupações e críticas, principalmente, nos seguintes pontos<sup>19</sup>: a ausência de discussão do governo com os movimentos sociais organizados, trabalhadores e usuários sobre a proposta de Fundações Estatais; crítica à FE como única solução para as mazelas da administração pública na saúde, afirmando que a criação de mais uma figura jurídica não resolveria os problemas de gerenciamento do Poder Público; necessidade de ampliar o debate com a sociedade civil organizada acerca de modalidades de gestão para o Sistema Único de Saúde (SUS); e o questionamento da proposta de plano de emprego que retira a estabilidade e outros direitos conquistados pelos trabalhadores.

Apesar dos acirrados debates e críticas – frente à perspectiva de “produzir direito novo” para a ação do Estado – a proposta das Fundações atraiu a atenção e o interesse de municípios e Estados do País. Esses começaram a discutir e aprovar, antes mesmo do governo federal, suas leis complementares e autorizativas.

Para tanto, vale a reflexão de Fleury<sup>16</sup> quando ressalva que o projeto das Fundações Estatais não pode nem deve estar desvinculado de uma proposta mais ousada e democrática de reforma integral do Estado que tenha um alcance para além do campo da saúde.

## **CAPITULO 3 – A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA BAHIA: SITUAÇÃO ATUAL DOS TRABALHADORES E DA GESTÃO DO TRABALHO**

*“Dos medos nascem as coragens; e das dúvidas, as certezas. Os sonhos anunciam outra realidade possível e os delírios, outra razão.”* Eduardo Galeano

A Estratégia Saúde da Família, iniciada em 1994, tem como um dos seus principais objetivos reorientar o modelo assistencial, aproximando o cuidado em saúde do cotidiano do usuário, de sua família, comunidade e território. A estratégia é uma aposta na geração de vínculo e responsabilização na relação entre trabalhadores e usuários, ao tempo em que se estabelece como porta de entrada do sistema, sendo um dos pontos fundamentais na linha de cuidado.

O objetivo de dinamizar o SUS, retomando na prática seus princípios, continua posto como um dos grandes desafios da Estratégia Saúde da Família (ESF), mesmo tendo se mantido como prioridade de consecutivos governos, o que situa a estratégia mais próxima do que é uma política de Estado.

Até o primeiro trimestre de 2009, a situação de implantação da ESF no Brasil contava com 29.275 equipes, distribuídas em 5.198 municípios. Mas é importante ressaltar que a implantação da Estratégia percorreu caminhos distintos nos Estados e mesmo em municípios do mesmo Estado. No caso da Bahia, a população de 14.018.542 habitantes, distribuída desigualmente nos 417 municípios, concentra-se nos municípios de maior porte e se caracteriza por uma distribuição bastante rarefeita em algumas regiões do Estado e no interior do mesmo município. Assim, a baixa cobertura afeta também, de forma diferenciada, esses municípios.

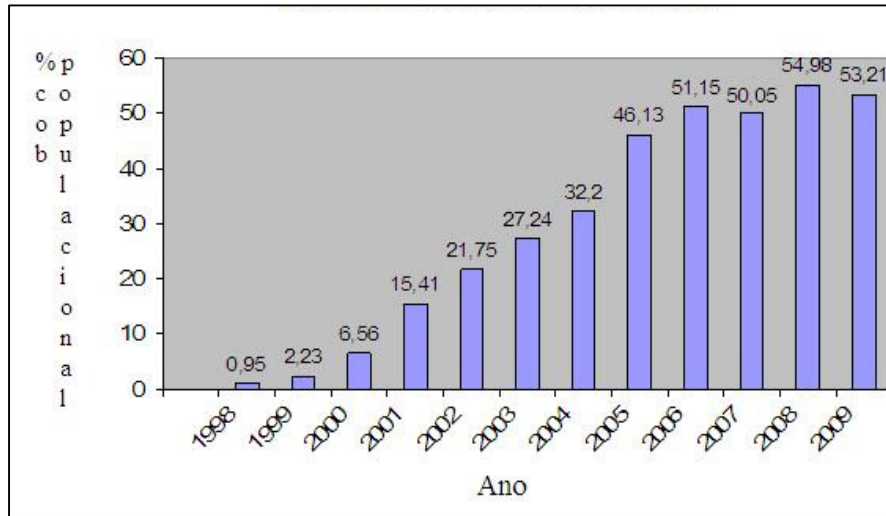
Nos municípios de menor porte, a situação é ainda mais grave, pois eles encontram-se mais distantes dos médios e grandes centros urbanos, com acesso mais difícil, população frequentemente em pior situação socioeconômica e com menor capacidade fiscal. Isso é revelador da grande iniquidade posta como desafio não apenas para a ESF ou atenção básica, mas para o SUS da Bahia como um todo.

A título de ilustração, mais da metade dos municípios baianos, especificamente 254, possui até 20.000 habitantes. Dos restantes, 145 concentram entre 20.000 e 100.000 habitantes e apenas 18 municípios têm mais de 100 mil habitantes. Este cenário, em que 60% dos municípios possuem menos de 20 mil habitantes, apresenta-se como problemático para a organização regional da saúde.

Esse panorama chama atenção para a necessidade de garantir uma atenção básica resolutiva e eficiente, principalmente para os municípios de menor porte. Mas, infelizmente a implantação da Estratégia no Estado ocorreu de modo tardio e hoje alcança um pouco mais da metade da população da Bahia (Figura 1). Apesar de não alcançar uma expansão de 100%, podem-se observar avanços

significativos ao longo dos anos ao se considerar, por exemplo, a ampliação da cobertura em 50% no intervalo de oito anos.

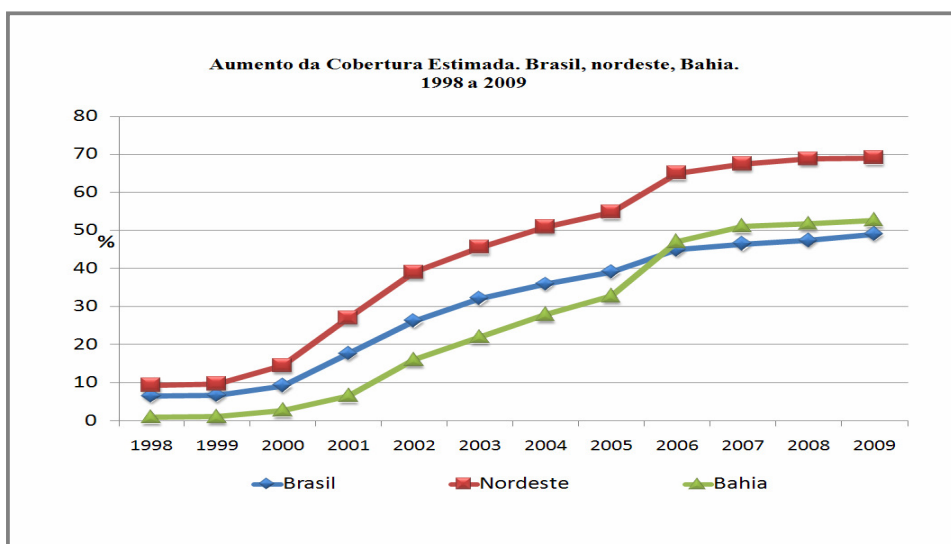
**FIGURA 1: Evolução da cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família na Bahia**



Fonte: MS/SAS/Departamento de Atenção Básica, 2009

Observa-se, no entanto, que, depois dos 15 anos de criação da Estratégia e 10 anos de implantação no Estado, a cobertura da ESF, no início de 2007, ainda apresentava-se menor que a média da Região Nordeste (Figura 2).

**FIGURA 2**



Fonte: DAB/SESAB 2009



Alguns aspectos relativos à característica do Estado, como a extensão e heterogeneidade territorial e socioeconômica, além das dificuldades dos municípios na gestão dos recursos humanos em saúde, podem explicar, em parte, a pequena expansão da estratégia nos últimos 4 anos.

Para ilustrar, em 2005, enquanto o Brasil apresentava uma proporção de 1,71 médicos, 1,15 odontólogos e 0,65 enfermeiro por 1.000 habitantes, a situação da Bahia aparecia abaixo da média nacional com 0,98 médico, 0,48 odontólogo e 0,49 enfermeiro por 1.000 habitantes<sup>20</sup>. A distribuição percentual dos 28.770 médicos baianos por especialidades, nesse mesmo ano, mostrou que apenas 7,2% desses eram médicos de família.

Mas, para além das razões atinentes às características da Bahia, vale retomar algumas outras causas que deixaram marcas também na estruturação de ações e serviços de saúde em muitos municípios do País. Uma curta digressão histórica ajuda a mapear algumas raízes importantes dos problemas de gestão do trabalho na saúde, a exemplo do que já foi analisado nos capítulos 1 e 2, quando se debateu o desencontro de interesses de duas importantes reformas: a do Estado e a reforma da saúde, caracterizada pela criação do SUS.

Isso lança luz à compreensão das dificuldades hoje encontradas para a gestão do trabalho e expansão da estratégia saúde da família e para o SUS como um todo. Considerando os problemas vinculados à contratação de pessoal, encontram-se raízes desde a década de 90, quando do esforço imputado a diversos setores do governo, incluindo os da área social, com o objetivo de limitar gastos públicos. A contratação de pessoal era um dos principais alvos do projeto de contenção e foi legitimada pelo Legislativo brasileiro através da Lei de Responsabilidade Fiscal.

A herança do recuo do Estado frente a um projeto do porte e importância do SUS segue impactando no resultado de sua parcial implementação. A ausência de uma fonte estável de financiamento, a flexibilização e a desregulamentação ostensiva do trabalho em saúde, entre outros fatores, têm resultado em inúmeras distorções dos princípios da universalidade, equidade e acesso à saúde, garantida pelo Estado na Constituição e negada pelo mesmo Estado frente a permanente necessidade de contenção de gastos.

No caso da Bahia, o diagnóstico da situação de gestão do trabalho em saúde, realizado pela Secretaria de Saúde da Bahia, em 2007, apontou que o perfil profissional – de ocupação e remuneração regionalizada dos postos de trabalho para os trabalhadores de nível superior da ESF – era também herdeiro dos problemas acima elencados.

O referido diagnóstico também identificou um conjunto de problemas relacionados à: insuficiência de infra-estrutura e insumos, resultante do baixo investimento; dificuldade de contratação de alguns profissionais tendo em vista a existência de um mercado concorrencial entre

os municípios e, por conseguinte, alta rotatividade dos profissionais e instabilidade das equipes; precarização das relações de trabalho – imposta pela ausência de uma carreira que garantisse os direitos trabalhistas e que desse conta das especificidades do trabalho na Saúde da Família nos diversos municípios baianos; reduzido investimento em educação permanente e baixa qualidade da atenção à saúde, gerando inadequação do processo de trabalho, insatisfação dos usuários e baixa resolutividade e qualidade<sup>21</sup>.

Esse diagnóstico da gestão do trabalho na ESF dos municípios baianos ainda alertava para a situação de irregularidade que muitos apresentavam junto ao Tribunal de Contas, Ministério Público, Controladoria Geral do Estado e Ministério da Saúde. Observa-se, portanto, que tanto a gestão municipal quanto o controle social possuíam poucas ferramentas para reverter essa situação.

As dificuldades postas para a implementação da ESF no Estado ainda se relacionam com a baixa capacidade dos municípios para desenvolverem processos de gestão do trabalho que incorporem um planejamento participativo capaz de estimular as equipes, viabilizar a avaliação do impacto de suas ações e promover uma efetiva reorganização do sistema de saúde.

Para obter esses e outros dados que caracterizassem a gestão do trabalho na saúde da família para os profissionais de nível superior – médicos, dentistas e enfermeiros – a DAB/SESAB encomendou uma pesquisa<sup>xiii</sup>. Apresentam-se aqui dados da pesquisa relativos ao número de trabalhadores, tipos de vínculo, salários, perfil de ocupação das vagas, variações salariais por tipo de vínculo, tempo de permanência em um mesmo município e fatores de atração e fixação.

O *survey* elucidou que, na organização dos serviços de atenção básica dos municípios, estes assim se dividem: 23,4% possuem somente equipes de PSF e os outros 77,6% estão organizados de forma mista, com unidades básicas de saúde convencionais e equipes de saúde da família. Já em relação à contratação de trabalhadores para a estratégia, se somadas as médias das três categorias, a

---

<sup>xiii</sup> A pesquisa telefônica realizada pelo Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Minas Gerais iniciou-se em 2008 e foi estruturada em 4 blocos de questões: Identificação do município e dos respondentes, caracterização da gestão da atenção básica; caracterização da gestão da saúde da família e gestão do trabalho profissional. Após a realização dessa pesquisa – que está sendo efetuada com coordenadores da atenção básica de todos os municípios do Estado – será estabelecida uma linha de base para a avaliação do futuro impacto gerado pela implantação da Fundação Estatal Saúde da Família. Em fevereiro de 2009, os dados preliminares da pesquisa foram apresentados. Os gestores da atenção básica dos municípios que responderam ao conjunto de perguntas do *survey* até esse momento foram 214, o que equivale a 51,3% dos gestores dos municípios do Estado.

maioria dos municípios contrata os trabalhadores diretamente, isto é, sem intermediação de organizações como cooperativas, O.S., OSCIP, etc (Tabela 1).

**Tabela 1: Distribuição dos municípios que fazem contratação direta segundo profissões que atuam no PSF (N = 214)**

PROFISSIONAIS	Contratação direta		Contratação indireta	
	N	%	N	%
MÉDICOS	200	93,5	14	6,5
DENTISTAS	192	89,7	22	10,3
ENFERMEIROS	204	95,3	10	4,7

Fonte: Pesquisa Saúde da Família no Estado da Bahia – 2008 – EPSM/ NESCON/FM/UFMG

Além da forma de contratação, a pesquisa também analisou as modalidades de vínculo dos trabalhadores (Tabela 2).

**Tabela 2: Distribuição dos municípios que contratam diretamente segundo formas de vínculo das profissões de nível superior que atuam no PSF<sup>xiv</sup>.**

Formas de Vínculo	Médicos		Dentistas		Enfermeiros	
	N = 200		N = 192		N = 204	
	N	%	N	%	N	%
<b>Estatutário</b>	<b>23</b>	<b>11,5</b>	<b>14</b>	<b>7,3</b>	<b>42</b>	<b>20,6</b>
<b>CLT</b>	<b>10</b>	<b>5,0</b>	<b>12</b>	<b>6,3</b>	<b>18</b>	<b>8,8</b>
<b>Temporário</b>	<b>194</b>	<b>97,0</b>	<b>163</b>	<b>84,9</b>	<b>175</b>	<b>85,8</b>
<b>Autônomo</b>	<b>1</b>	<b>0,5</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
<b>Comissionado</b>	<b>1</b>	<b>0,5</b>	<b>1</b>	<b>0,5</b>	<b>2</b>	<b>1,0</b>

Fonte: Pesquisa Saúde da Família no Estado da Bahia – 2008 – EPSM/ NESCON/FM/UFMG  
N= número de municípios respondentes

Vale observar que a média de contratação temporária feita pelos municípios respondentes para as três categorias consideradas é de 89,2%. A mesma média para o vínculo estatutário é 13,1% e para o CLT é de 6,8%. Essa flexibilidade contratual, ao mesmo tempo em que traz insatisfação aos usuários e insegurança a trabalhadores e gestores, também atende a parte das demandas dos gestores – que precisam reduzir custos para manter em funcionamento seus serviços, frente a um escasso e intermitente financiamento; dos trabalhadores, que, apesar das perdas de direitos trabalhistas quando contratados de forma precária, viabilizam, por outro lado, alguns “benefícios” como moradia e transporte, plantões em hospitais do município, sendo o mais comum, segundo a referida pesquisa, o abono de parte das 40 horas, carga horária obrigatória na estratégia.

Essa flexibilização nos formatos de contratação também fragiliza as negociações coletivas, diante da diversidade de contratos firmados diretamente entre gestor e trabalhador, garantindo vantagens e obrigações distintas para trabalhadores da mesma categoria e/ou do mesmo serviço.

<sup>xiv</sup> É importante ressaltar que o somatório dos vínculos por categoria profissional ultrapassa os 100%, pois os municípios contratam por mais de um tipo de vínculo.

Assim, estabeleceu-se e mantém-se ainda em um grande número de municípios um “pacto privado” entre trabalhadores e gestores públicos.

Esse cenário deixa clara a instabilidade e precarização dos vínculos dos trabalhadores da saúde da família no Estado. Explicita parte da grande rotatividade de profissionais no Interior e aponta para a dificuldade na construção de vínculos e responsabilização pelo usuário e comunidade para a qual trabalham.

No que diz respeito aos maiores salários pagos a médicos, enfermeiros e odontólogos encontrados na pesquisa telefônica, nota-se uma diferença importante entre os valores pagos aos trabalhadores temporários e aos celetistas (Tabelas 3, 4 e 5).

**Tabela 3: Salários (em reais) praticados para médicos segundo tipo de vínculo. (Contratação Direta, N= 218)**

	<b>Temporário</b>	<b>Estatutário</b>	<b>CLT</b>
<b>Frequência</b>	<b>188</b>	<b>21</b>	<b>9</b>
<b>Média</b>	<b>R\$ 6.733</b>	<b>R\$ 6.695</b>	<b>R\$ 5.956</b>
<b>Desvio Padrão</b>	<b>R\$ 1.684</b>	<b>R\$ 2.190</b>	<b>R\$ 1.464</b>
<b>Mínimo</b>	<b>R\$ 2.200</b>	<b>R\$ 3.000</b>	<b>R\$ 3.000</b>
<b>Máximo</b>	<b>R\$ 13.000</b>	<b>R\$ 10.000</b>	<b>R\$ 7.500</b>

Fonte: Pesquisa Saúde da Família no Estado da Bahia – 2008 – EPSM/ NESCON/FM/UFGM  
N= número de municípios respondentes

**Tabela 4: Salários (em reais) praticados para dentistas segundo tipo de vínculo (Contratação Direta, N=207)**

	<b>Temporário</b>	<b>Estatutário</b>	<b>CLT</b>
<b>Frequência</b>	<b>154</b>	<b>33</b>	<b>20</b>
<b>Média</b>	<b>R\$ 2.687</b>	<b>R\$ 2.508</b>	<b>R\$ 2.900</b>
<b>Desvio Padrão</b>	<b>R\$ 555</b>	<b>R\$ 590</b>	<b>R\$ 704</b>
<b>Mínimo</b>	<b>R\$ 1.300</b>	<b>R\$ 1.500</b>	<b>R\$ 2.000</b>
<b>Máximo</b>	<b>R\$ 6.000</b>	<b>R\$ 4.000</b>	<b>R\$ 4.000</b>

Fonte: Pesquisa Saúde da Família no Estado da Bahia – 2008 – EPSM/ NESCON/FM/UFMG  
N= número de municípios respondentes

**Tabela 5: Salários (em reais) praticados para enfermeiros segundo tipo de vínculo (Contratação Direta, N= 234)**

	<b>Temporário</b>	<b>Estatutário</b>	<b>CLT</b>
<b>Frequência</b>	<b>174</b>	<b>42</b>	<b>18</b>
<b>Média</b>	<b>R\$ 2.712</b>	<b>R\$ 2.530</b>	<b>R\$ 2.711</b>
<b>Desvio Padrão</b>	<b>R\$ 605</b>	<b>R\$ 552</b>	<b>R\$ 589</b>
<b>Mínimo</b>	<b>R\$ 1.450</b>	<b>R\$ 1.200</b>	<b>R\$ 1.800</b>
<b>Máximo</b>	<b>R\$ 6.200</b>	<b>R\$ 3.700</b>	<b>R\$ 3.800</b>

Fonte: Pesquisa Saúde da Família no Estado da Bahia – 2008 – EPSM/ NESCON/FM/UFMG  
N= número de municípios respondentes

É notória a diferença dos salários pagos através do vínculo temporário quando comparados os valores máximos dos vínculos estatutário e celetista. Para os médicos, os valores máximos dos salários praticados na modalidade temporário correspondem a quase o dobro do salário do vínculo celetista, ou seja, 42,4% maior. No caso dos dentistas, o valor máximo pago pelo contrato

temporário é 33,4% maior que o salário máximo do celetista e, para os enfermeiros, mantém-se a superioridade do valor pago no vínculo temporário, sendo seu salário 38,8% maior que o do vínculo celetista.

Outro achado é que, considerando o valor médio encontrado para os vínculos temporários, estatutário e celetista para as três categorias, no caso dos médicos, o menor valor médio foi para celetista; os dentistas, pelo contrário, têm no vínculo celetista o maior salário médio, sendo o menor valor médio para o vínculo estatutário. Os enfermeiros também apresentam o menor valor médio para o estatutário, mas os salários médios praticados têm valor quase equivalente para os vínculos temporário e celetista.

Chama também atenção o distanciamento dos valores mínimos e o máximo encontrado para os três tipos de vínculos. No caso dos médicos, há uma diferença de 83,2% entre os salários mínimo e máximo pagos via contrato temporário. Para os dentistas, a diferença entre os salários mínimo e máximo pagos no contrato temporário também é maior que nos vínculos celetista e estatutário, mas o distanciamento de 21,7% é bem menor que no caso médicos. Já para os enfermeiros, mantém-se o panorama, ou seja, diferença de 23,4% entre o salário mínimo e o máximo pago via contrato temporário, ficando a diferença mais próxima do percentual dos dentistas.

Isso demonstra uma das consequências mais típicas de um mercado concorrencial entre municípios da saúde no Estado, no qual a grande maioria deles garante o provimento e fixação dos profissionais pagando os salários mais altos, muitas vezes superiores ao teto do salário do prefeito, o que se constitui como ilegalidade.

Outra constatação relevante é o fato de a grande maioria dos municípios, apesar de sofrer prejuízos financeiros e políticos com a disparidade salarial – entre municípios da mesma micro-região e do Estado como um todo – não ter estabelecido um debate sistemático em torno dessas questões nos colegiados de gestão micro-regional e na Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Isso retrata a fragilidade da consecução das principais diretrizes do Pacto de Gestão, a saber, conformação de uma gestão solidária e democrática em todos os âmbitos e esferas do SUS.

Essa esquivia ou inabilidade dos municípios e Estado para lidarem, de forma articulada, no enfrentamento da questão da gestão do trabalho na saúde da família ao longo dos 10 anos de implantação da Estratégia no Estado, viabilizou uma extensa desregulamentação do trabalho na Estratégia, onde vigoram contratos individualizados entre o gestor de um determinado município e o trabalhador, disputado arduamente.

Somam-se ao cenário de diferenças salariais significativas entre municípios e para o mesmo vínculo contratual as discrepâncias relativas aos valores recebidos entre essas categorias,

observáveis no fato de o valor máximo pago aos médicos ser duas vezes maior que o máximo recebido por enfermeiros e dentistas. Isso ocorre mesmo considerando a idêntica carga-horária e responsabilidades frente aos usuários e reconhecendo-se que o enfermeiro, na grande maioria das vezes, assume a gerência da unidade. Resta a explicação da incisiva lógica de mercado operando nas modalidades de contratação a despeito da responsabilidade social frente à população, à revelia do cumprimento da legislação e, principalmente, bem distante da operacionalização dos princípios do SUS.

Outra peculiaridade da estratégia saúde da família apresentada na pesquisa diz respeito ao tempo de permanência dos profissionais no município que os contrata. O tempo médio de permanência da categoria médica no município, apresentada na tabela 6, é ilustrativo da insegurança de todos os envolvidos no processo de gestão e cuidado. Os dados apontam, segundo os gestores entrevistados, que em mais da metade dos municípios, os médicos permanecem, em média, menos de dois anos na estratégia.

**Tabela 6 : Distribuição dos municípios segundo tempo médio de permanência dos médicos no PSF**

<b>Tempo Médio</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>1 ano</b>	<b>54</b>	<b>25,2</b>
<b>2 anos</b>	<b>50</b>	<b>23,4</b>
<b>3 anos</b>	<b>19</b>	<b>8,9</b>
<b>4 anos</b>	<b>14</b>	<b>6,5</b>
<b>Mais de 4 anos</b>	<b>4</b>	<b>1,9</b>
<b>Não há rotatividade</b>	<b>11</b>	<b>5,1</b>
<b>Não- resposta</b>	<b>5</b>	<b>2,3</b>
<b>Total</b>	<b>214</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Pesquisa Saúde da Família no Estado da Bahia – 2008 – EPSM/ NESCON/FM/UFMG

N= número de municípios respondentes

O cenário que se apresenta remete ao fato de que, de um lado, o gestor municipal tenta encontrar estratégias de provimento e fixação que deem conta de manter por mais tempo possível o profissional; do outro lado, o trabalhador que altera seu cotidiano, seus planos e vínculos afetivos e



trabalhistas a cada mudança; e, por fim, o usuário que amarga a desassistência ou o atendimento rápido e pouco qualificado, característico dos serviços marcados pela alta rotatividade de profissionais cuja principal consequência é a dificuldade no estabelecimento de vínculo e responsabilização.

Verificou-se ainda na pesquisa telefônica que, dos 214 coordenadores de atenção básica dos municípios, que responderam qualitativamente à pesquisa, 25,2% relatam que o momento de maior desvinculação do médico é quando esses completam, em média, um ano de trabalho no município. O segundo momento de saída dessa categoria dos municípios, segundo relato de 23,4% dos respondentes, é quando o trabalhador completa, em média, dois anos. E apesar de 11 entrevistados, ou seja, 5,1% afirmarem não haver rotatividade em seus municípios, a dificuldade de fixar profissionais verificada na pesquisa, e apontada como uma das principais causas da baixa cobertura da ESF, demonstra a fragilidade da Estratégia no Estado.

Diante desse diagnóstico, a pesquisa avançou na análise dos fatores que os gestores consideram mais importantes para reverter este cenário (Tabelas 7).

**Tabela 7: Distribuição dos municípios segundo opinião dos gestores em relação aos fatores que consideram mais/menos importante para fixação do médico no PSF**

	É a mais importante razão ou está entre as mais importantes		Tem alguma importância		É a menos ou das menos importantes		Não tem nenhuma importância	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Remuneração	184	86,0	24	11,2	1	0,5	5	2,3
Boas condições e/ ou bom ambiente de trabalho	91	42,5	78	36,4	22	10,3	23	10,7
Existência de vínculo trabalhista (proteção previdenciária/social/etc)	83	38,8	64	29,9	27	12,6	40	18,7
Disponibilidade de instrumentos e equipamentos necessários ao trabalho	70	32,7	85	39,7	32	15,0	27	12,6
Oferta de Capacitação	60	28,0	87	40,7	32	15,0	35	16,4

Oportunidade de outros trabalhos/empregos concomitantemente	55	25,7	84	39,3	35	16,4	40	18,7
Recurso a exames propedêuticos (laboratório, imagenologia)	54	25,2	93	43,5	37	17,3	30	14,0
Possibilidade de referenciamento ao cuidado terapêutico especializado	52	24,3	95	44,4	37	17,3	30	14
Flexibilidade Gerencial (turnos flexíveis)	48	22,4	96	44,9	40	18,7	30	14,0
Possibilidade de discussão de casos com colegas	48	22,4	74	34,6	43	20,1	49	22,9
Acesso à educação de nível médio de qualidade para os filhos na região	42	19,6	68	31,8	57	26,6	47	22,0
Oportunidade de trabalho para o cônjuge	27	12,6	64	29,9	71	33,2	52	24,3
Oportunidade de atividades de lazer e cultura no município	25	11,7	71	33,2	64	29,9	54	25,2

Fonte: Pesquisa Saúde da Família no Estado da Bahia – 2008 – EPSM/ NESCON/FM/UFMG  
N= número de municípios respondentes

A tabela demonstra que a problemática do provimento e fixação de médicos não se resolve apenas com aumento do valor pago a esses trabalhadores, apesar de ser uma das causas mais relevantes para a fixação, indicada nas respostas de 86% dos gestores (Tabela 7).

Entre os itens apontados como importantes estavam: boas condições e bom ambiente de trabalho com 42,5%, seguidos pela existência de vínculos trabalhistas como proteção previdenciária com 38,8%; disponibilidade de instrumentos e equipamentos necessários ao trabalho com 32,7% e; oferta de capacitação com 28%. Oportunidade de outros trabalhos e acesso a recursos propedêuticos como laboratórios e imagenologia figuraram, respectivamente, com 25,7% e 25,2%. Na sequência, aparecem com valores próximos o referenciamento ao cuidado terapêutico especializado – 24,3% – e a possibilidade de discussão do caso – 22,4%. Em menores percentuais, entre os elementos decisórios para estratégias de fixação, figuram acesso à educação para os filhos, trabalho para o cônjuge e oportunidades de lazer e cultura.

Mas há muitos municípios que, pelas condições atrativas que não reúnem ou pelas dificuldades que os constituem, são assolados pela frequente ausência de médicos, condição que, eventualmente, se estende por dias. Nesses termos, algumas equipes funcionam com a presença de apenas dois profissionais de nível superior, o enfermeiro e o dentista, até que seja contratado o

próximo médico.

Necessita-se, portanto, de estratégias e condições que viabilizem o provimento desses trabalhadores, além da iminente necessidade de fixá-los. Importante notar que a relação comparativa entre fatores de atração e fixação é ilustrativa de quanto os fatores que fixam nem sempre correspondem aos que atraem. Alguns fatores são mais relevantes para o provimento, outros para fixação e, em outros casos, são necessários e estratégicos tanto para um quanto para outro, além de potencializarem-se (Quadro 2).

**Quadro 2: Relação de fatores de atração e fixação apontados na entrevista telefônica (N= 214)**

<b>FATORES</b>	<b>ATRAÇÃO</b>	<b>FIXAÇÃO</b>
<b>Remuneração</b>	+	+
<b>Possibilidade de discussão com os colegas</b>	-	+
<b>Possibilidade de referenciar ao cuidado terapêutico especializado</b>	-	+
<b>Recursos a exames propedêuticos (laboratórios, etc)</b>	-	+
<b>Boas condições de trabalho/Bom ambiente de trabalho</b>	-	+
<b>Existência de vínculos trabalhistas (proteção previdenciária/social)</b>	+	+
<b>Disponibilidade de instrumentos e equipamentos para o trabalho</b>	-	+
<b>Oportunidade de outros trabalhos concomitantes</b>	+	+
<b>Oportunidade de trabalho para o cônjuge</b>	±	+
<b>Acesso à educação de nível médio de qualidade para os filhos</b>	±	+
<b>Flexibilidade gerencial (turnos flexíveis)</b>	+	+
<b>Oportunidade de atividades de lazer e cultura no município</b>	+	±
<b>Oferta de capacitação</b>	-	+

Fonte: Pesquisa Saúde da Família no Estado da Bahia – 2008 – EPSM/ NESCON/FM/UFMG. Elaboração própria.

N= número de municípios respondentes

Nos dois quadros anteriores, a questão da remuneração tem lugar de destaque na resposta dos gestores. A estratégia, como um todo, carece de financiamento não só para os trabalhadores

de nível superior, mas para o conjunto de trabalhadores de nível médio e técnico, além de equipamentos e insumos. Portanto, é crucial apresentar as particularidades do financiamento da ESF na Bahia para compreender os desenhos de intervenção propostos frente à problemática da expansão e das questões imediatamente vinculadas, como o provimento e fixação dos trabalhadores.

O atual financiamento da estratégia saúde da família na Bahia, assim como nos demais estados, é composto por recursos dos três entes federados. Considerando que o percentual de 15% do orçamento de um município de 20.000 habitantes é irrisório – frente às necessidades de organização de sua rede de serviços e contratação de trabalhadores –, a União e o Estado são os principais financiadores não apenas da ESF, mas dos demais níveis de atenção que lhes servem de referência. A participação do Ministério da Saúde e da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia no financiamento da estratégia, conforme descrito no Quadro 3, ocorre da seguinte forma:

**Quadro 3: Financiamento da Estratégia Saúde da Família no Estado da Bahia**

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	FINANCIAMENTO EM REAIS		
	MINISTÉRIO DA SAÚDE		SECRETARIA DE SAÚDE - BA
	PAB fixo (valor mínimo por hab/mês)	PAB Variável/por equipe/mês	Incentivo estadual mínimo/por equipe/mês
<b>Modalidade I</b>	<b>R\$ 1,42</b>	<b>R\$ 9mil/mês</b>	<b>R\$ 1.500,00</b>
<b>Modalidade II</b>	<b>R\$ 1,42</b>	<b>R\$ 6mil/mês</b>	<b>R\$ 1.500,00</b>

Fonte: MS/SAS/Departamento de Atenção Básica, 2009. Elaboração própria

No entanto, essa composição do financiamento e a quantidade de recursos não têm sido suficientes para garantir a fixação e muitas vezes a própria contratação de trabalhadores para a estratégia saúde da família em muitos municípios baianos.

Os dados apresentados pela pesquisa telefônica elencam grande parte das razões responsáveis pelo fato de que, mesmo com um teto de equipes de saúde da família para o Estado de 6.052, até março de 2009 foram implantadas apenas 2.375 equipes, o que corresponde a pouco mais

de um terço das possibilidades. Está posto, portanto, um gigantesco desafio para a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia e para as 417 Secretarias Municipais que demandam medidas de grande impacto.

Visando a dar resposta aos problemas elencados, uma análise detalhada do conjunto desses dados precedeu à construção da política de atenção básica do Estado. A Diretoria de Atenção Básica/ SESAB, que tem como uma de suas responsabilidades promover a mobilização, articulação e mesmo coordenação do processo de ampliação e implementação qualificada da estratégia, tomou como base os problemas referidos pela pesquisa e já empiricamente sistematizados desde 2007, para traçar estratégias de ação.

Uma das prioridades assumidas pela DAB/SESAB foi a expansão da estratégia saúde da família com inclusão social de diversos grupos e populações historicamente excluídos. Através desse eixo, pactuou-se na Comissão Intergestores Bipartite a destinação de parte dos recursos das Compensações das Especificidades Regionais (CER) para a instituição da FESF. O objetivo anunciado para a Fundação foi o de desprecarizar, através da constituição de uma carreira estadual para os trabalhadores da saúde da família, com os objetivos de promover planejamento e regulação do concurso, distribuir os trabalhadores nos municípios do Estado, prover educação permanente, avaliar os trabalhadores no alcance de metas, remunerar de forma variável os trabalhadores a depender do município em que trabalhem, além de qualificar a gestão e o trabalhador para o cuidado em saúde na estratégia.

Para pensar essa carreira foi preciso reconhecer as múltiplas determinações dos fatores de provimento e fixação; identificar qual o perfil dos profissionais médicos, enfermeiros e dentistas que trabalham na estratégia; mapear as distintas ofertas educacionais, culturais e econômicas dos municípios capazes de influenciar na escolha do profissional; cartografar as diferenças salariais entre profissionais, vínculos, bairros e municípios e elencar as gratificações, “folgas”, oferta de plantões, moradia, transporte, etc.

Com base nesses antigos desafios e preocupações, a Secretaria de Saúde do Estado apresentou aos municípios baianos, em 2007, uma alternativa jurídica e administrativa interfederada, vinculada à administração indireta dos municípios, com o objetivo central de prover e fixar trabalhadores da saúde da família através de uma carreira estadual. Para tanto, seria necessária a adesão do conjunto de municípios do Estado para conformar uma rede solidária de organização da atenção, da gestão do trabalho e do próprio cuidado para ESF, ao tempo em que também se pretende regular esse mercado de trabalho. O ente jurídico proposto e em fase de implantação, a partir de maio de 2009, foi a Fundação Estatal Saúde da Família.

## **CAPÍTULO 4. CARACTERIZAÇÃO DA PROPOSTA DA FUNDAÇÃO ESTADUAL SAÚDE DA FAMÍLIA NA BAHIA**

*“O tempo se encarrega de completar uma idéia.”*

Burle Marx

Em 2007, com a mudança de gestão na Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (SESAB), foi realizado um diagnóstico da situação da gestão do trabalho na saúde da família. A partir daí, construíram-se as prioridades dessa gestão para os problemas explicitados.

Uma das principais prioridades da SESAB foi a da expansão, com qualidade, da estratégia saúde da família. A idéia era construir viabilidade para o provimento e fixação de trabalhadores, com progressiva desprecarização do trabalho, além de investir na necessária regulação do trabalho na Estratégia. Para isso foi identificada pelos dirigentes, como necessária, uma ação articulada do Estado com os municípios, que disputam trabalhadores diante da escassa oferta de profissionais.

Desse modo, para traduzir em resultado essa articulação, a SESAB iniciou o debate sobre a construção de uma carreira estadual para trabalhadores de nível superior da saúde da família. Entendeu-se que essa carreira não poderia partir do Estado sob pena de retroceder à indesejada situação de centralização administrativa. Os municípios, por seu turno, diante das restrições orçamentárias e das imposições da Lei de Responsabilidade Fiscal, também demonstraram dificuldades para construir sua própria carreira. Além disso, essa última alternativa seguiria carecendo dos acordos e pactos com os demais municípios, todos interessados em preencher e manter seus quadros de trabalhadores.

Diante dessa situação, surgiu com premência a necessidade de se criar uma estratégia que congregasse as possibilidades de governança colegiada e que permitisse a criação de uma carreira de âmbito estadual. Assim começaram, inicialmente no âmbito da SESAB, o debate e o desenho de um novo ente jurídico que viesse a propiciar novos mecanismos para mudanças na gestão do trabalho na Estratégia de Saúde da Família.

#### 4.1. BREVE HISTÓRICO: OS TRÊS MOMENTOS DA CONSTRUÇÃO DA PROPOSTA BAIANA

Tomando como base a proposta do governo federal para a criação de um novo ente jurídico, cujo objetivo era viabilizar novos modelos de gestão, condizentes com as necessidades de atenção dos usuários do SUS, os Estados da Bahia, Rio de Janeiro<sup>xv</sup>, Sergipe<sup>xvi</sup> e Pernambuco<sup>xvii</sup>, entre outros, começaram a debater a proposta da Fundação Estatal e vêm submetendo propostas de Lei Complementar e Autorizativas nas respectivas câmaras legislativas.

Esse contexto de calorosos debates sobre a Fundação Estatal também encontrou espaço no Estado da Bahia, cujas propostas retratam as marcas de suas necessidades e também configuram um novo campo de possibilidades para a gestão estadual da saúde no que se refere à Estratégia de Saúde da Família. Além do atraso na adoção dessa Estratégia no Estado, não se produziram políticas capazes de superar um dos principais obstáculos da Atenção Básica na Bahia: a oferta irregular de atenção à saúde, o que vem contribuindo para uma baixa expansão e qualificação da Estratégia em nível estadual.

Diante da grande instabilidade das equipes, as prefeituras buscam mecanismos para atrair profissionais aos diversos locais de difícil fixação: incrementam artificialmente os salários, oferecem benefícios que funcionam como salário indireto e flexibilizam irregularmente a carga horária. Constitui-se, assim, um mercado concorrencial e predatório entre os municípios, uma competição que dificulta a consolidação do próprio SUS em seus princípios e diretrizes.

Soma-se a essa situação de grande flexibilização do trabalho a baixa capacidade da maioria dos municípios de fazerem a gestão da educação e do trabalho para os trabalhadores da saúde da família, que usualmente são vistos como temporários e, portanto, não “merecedores” destes investimentos. A precarização das relações de trabalho coloca-se como umas das raízes causadoras da desqualificação de trabalhadores e, portanto, do cuidado à saúde da população.

---

xv No Rio de Janeiro, um dos Estados pioneiros no debate e formulação de propostas para FE, tendo em vista a crise e intervenção na gestão de seus hospitais desde 2004, aprovou-se a Lei ordinária nº 5.164/2007 que autorizou o Poder Executivo a instituir três fundações: a dos hospitais gerais de urgência, a dos institutos de saúde e da central estadual de transplante, além de determinar que 24 hospitais podem ser incorporados.

xvi Em Sergipe, foram aprovadas em janeiro 2008 três Leis Autorizativas para instituição de Fundações: Lei nº 6.346, que dispõe sobre a autorização para criação da Fundação de Saúde “Parreiras Horta” – FSPH; Lei nº 6.347, que dispõe sobre a autorização para criação da Fundação Hospitalar de Saúde – FHS; e a Lei nº 6.348, que dispõe sobre a autorização para criação da Fundação Estadual de Saúde – FUNESA. O Estado encontra-se em processo de implantação.

xvii Em Pernambuco, a Assembléia Legislativa aprovou a Lei nº 126, que cria as fundações estatais no Estado, em 29 de agosto de 2008.

Observa-se também, ao longo dos anos de implementação da Estratégia, que a constituição de uma carreira municipal para os profissionais de nível superior das equipes esbarra em obstáculos como o teto salarial legal da maioria dos municípios, insuficiente para garantir a fixação dos profissionais e a tendência de abandono da carreira por migração, ao longo da vida, para outras cidades mais condizentes com as necessidades dos profissionais. Era premente a necessidade de se criar uma solução para esta problemática.

A construção de uma alternativa de resposta a esses desafios da Bahia foi marcada por três importantes momentos: 1) Elaboração de uma proposta de Fundação Estatal Interfederada Saúde da Família co-instituída por Estado e municípios; 2) Conformação de uma proposta de Fundação Intermunicipal Saúde da Família co-instituída pelos municípios, com participação do Estado no financiamento, apoio técnico e instâncias de decisão da FESF; e 3) Instituição da Fundação Intermunicipal.

O primeiro momento, caracterizado pela elaboração da proposta da Fundação Estatal Saúde da Família (FESF), entrou na agenda do atual governo da Bahia já no período de mudança de gestão, especificamente no final de 2006, quando a comissão de transição analisou a problemática do provimento e fixação de trabalhadores da Estratégia. Nesse momento, as alternativas de solução giravam em torno da conformação de consórcio<sup>xviii</sup> ou de Fundação Estatal.

De um lado, o modelo de consórcio não parecia adequado para enfrentar o desafio de construir uma carreira estadual. Por outro lado, o Secretário Estadual de Saúde – que foi Secretário de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde e membro do grupo de trabalho do governo federal para o enfrentamento da crise dos hospitais do Rio de Janeiro – mostrou-se inclinado à implantação do modelo de Fundação Estatal na Bahia.

Importante ressaltar que a Fundação Estatal não era um projeto isolado, tampouco se apresentava como a única solução para os problemas da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Ela estava inserida no contexto de construção de uma Política Estadual de Atenção Básica e surgiu

---

<sup>xviii</sup> A conformação de consórcios públicos no Brasil foi prevista na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica 8.080/ 1990. Em 2003, o governo federal começou a discutir a lei dos consórcios com o objetivo de regulamentar o artigo 241 da Constituição e dar mais segurança jurídica e administrativa às parcerias entre os entes consorciados. Recentemente, o assunto foi objeto de regulamentação por meio da Lei de Consórcios Nº 11.107/ 2005, que dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências e pelo Decreto Federal 6.017/2007, que regulamenta essa Lei nº 11.107 e dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos.



como possibilidade de resposta a um dos objetivos prioritários desta Política, ou seja, a construção de uma carreira estadual para os trabalhadores da Saúde da Família.

Em 2007, com a nova gestão empossada, iniciaram-se os debates para a conformação de uma Fundação Estatal Interfederada – composta pelo Estado e pelos municípios – com COSEMS, Colegiado de Superintendentes da SESAB, gabinete do secretário, Procuradoria Geral do Estado (PGE), sindicatos e controle social nas conferências municipais e na Estadual. Além disso, as Instituições de Ensino Superior (IES) também convidavam a Diretoria de Atenção Básica/SESAB para conhecer e debater o projeto. A intensa mobilização para os debates da FESF confirmou a preocupação de gestores, trabalhadores e usuários, pois a Atenção Básica na Bahia encontrava-se em uma das piores situações do Nordeste.

A Diretoria de Atenção Básica da SESAB fez uma avaliação positiva desses debates, afirmando em cartilha de divulgação da FESF que as discussões levaram a um amadurecimento da proposta, uma vez que sugestões e críticas agregaram-se ao projeto inicial e enriqueceram a proposta baiana<sup>21</sup>. Aponta ainda que, em 2007, com o avanço das pactuações<sup>xix</sup> – apesar da ausência de unanimidade na adesão à proposta –, houve importantes aprovações relacionadas à possibilidade de utilização do modelo de Fundação Estatal como instrumento de gestão descentralizada no SUS – BA, em instâncias estratégicas como: Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), Comissão Intergestores Bipartite (CIB)<sup>xx</sup>, Conselho Estadual de Saúde (CES) e na VII Conferência Estadual de Saúde, em que participaram 1.600 delegados que representavam 393 dos 417 municípios baianos. Nesse mesmo ano, aprovou-se a Lei Complementar Estadual nº 29, de 2007, estabelecendo os critérios para a criação e estruturação de Fundações Estatais no âmbito da saúde no Estado.

Apesar dessas pactuações referentes à proposta da Fundação interfederada para a estratégia saúde da família do Estado, intensificou-se, no interior do governo da Bahia, o dissenso sobre a

---

xix Em entrevista, a conselheira do CES afirma que “a proposta pronta foi submetida à aprovação do CES. Não houve participação do CES quanto à elaboração da proposta”. Segundo ela, trabalhadores e sindicatos estiveram à margem do debate, havendo uma discussão primordialmente com gestores. Ela ainda ressalta que o CES aprovou o modelo de Fundação Estatal com um número significativo de conselheiros votando contra e reitera que o resultado da votação assume a FESF como uma das alternativas de gestão, não a alternativa eleita. Pontua também que o projeto das Fundações Estatais não tem o amparo da 13ª. Conferência Nacional de Saúde, afirmando que o aprovado na Conferência Estadual é fruto da incipiente discussão, o que teria levado muitos conselheiros a votarem de forma equivocada. Apesar dessas considerações, aprovou-se por meio da Resolução nº 013/2007 do Conselho Estadual de Saúde a “possibilidade de utilização do modelo de Fundação Estatal como instrumento de gestão descentralizada do SUS”.

xx Resolução nº 106/2007 da Comissão Intergestores Bipartite, que aprovou os “critérios de distribuição de parte do recurso das Compensações das Especificidades Regionais para instituir e implementar a Fundação Estatal Saúde da Família”.

participação do Estado na instituição da FESF. As principais resistências advieram da Secretaria de Fazenda (SEFAZ), da Secretaria de Administração (SAEB) e da Procuradoria Geral do Estado, influenciando o posicionamento da Casa Civil do Estado.

Para exemplificar, a SAEB manifestou posicionamento favorável à conformação de Organizações Sociais. No que diz respeito a esse ponto, a Secretaria de Saúde do Estado (SESAB) manteve sua defesa à FESF, indicando “vantagens” dessa Fundação quando comparada ao modelo de organizações sociais. Além disso fundamentou suas razões afirmando que o fato de a FESF fazer parte da administração pública constitui-se como elemento fortalecedor do papel do Estado na regulação do mercado de trabalho na saúde da família na Bahia. Considera-se, para efeito de comparação dos modelos FESF e Organizações Sociais, o comparativo do quadro 1, tendo em vista que a Fundação Estatal tem a mesma base jurídica da proposta nacional. Portanto, apresenta-se a comparação da FESF e O.S. quanto ao Regime Administrativo ( Quadro 4).

**Quadro 4: Comparativo do Regime Administrativo: Fundação Estatal Saúde da Família e Organizações Sociais (proposta nacional)<sup>xxi</sup>**

<b>REGIME ADMINISTRATIVO</b>	<b>FESF</b>	<b>O.S. (proposta nacional)</b>
<b>Licitações e contratos</b>	<b>Lei 8.666 e Regulamento próprio</b>	<b>Regulamento próprio</b>
<b>Imunidade tributária</b>	<b>Em alguns casos</b>	<b>Tem imunidade<sup>xxii</sup></b>
<b>Penhorabilidade</b>	<b>Sistema especial de penhora</b>	<b>Impenhorabilidade dos bens públicos</b>
<b>Sistema de governança</b>	<b>Colegiado com participação social</b>	<b>Colegiado</b>

---

Fonte: MPOG<sup>17</sup> (2007) e SESAB<sup>21</sup> (2007). Elaboração própria

Para deixar ainda mais claras as distinções e mesmo semelhanças dos modelos, vale apresentar uma síntese histórica dos objetivos e dificuldades encontrados para implantação tanto do modelo de O.S. da proposta nacional quanto de FESF (Quadro 5). Isso pode favorecer a compreensão das divergências, dentro dos mesmos governos – tanto federal quanto estadual – quanto a escolha de mecanismos e modelos de gestão, cujos impasse perpetua dissensos e, por vezes, invalida projetos.

---

xxi A escolha pela comparação entre FESF e proposta nacional de O.S.– que, inclusive, ficou em aberto e não foi implantada no campo da saúde – assenta-se no fato de que na Bahia os modelos de contratação na saúde da família predominantes foram cooperativas e OSCIP, havendo também contratações via O.S. Mas, no debate sobre a FESF, as O.S. não se apresentaram como um modelo que se contrapunha à proposta de Fundação Estatal Saúde da Família, mas sim ao modelo de Fundações Hospitalares.

xxii A imunidade tributária das Organizações Sociais está condicionada à não remuneração, dos cargos da diretoria, conselhos fiscais, deliberativos ou consultivos e à não distribuição de lucros, bonificações ou vantagens a dirigentes, mantenedores ou associados, sob nenhuma forma ou pretexto.

**Quadro 5: Comparativo dos objetivos e dificuldades na implantação dos modelos: Fundação Estatal Saúde da Família e Projeto Nacional de Organizações Sociais**

	<b>FESF</b>	<b>O.S. (proposta nacional)</b>
<b>OBJETIVOS E PRESSUPOSTOS</b>	Autonomia e flexibilidade do serviço público, aumento da eficiência e qualidade nos serviços com vistas a expandir, consolidar e qualificar a Estratégia Saúde da Família	Autonomia e flexibilidade do serviço público, aumento da eficiência e qualidade nos serviços na área em que atuar
<b>ELEMENTOS DIFICULTADORES À IMPLANTAÇÃO DO MODELO</b>	Indecisão de muitas câmaras de vereadores, dúvidas quanto ao modelo e sua aplicabilidade	Oposição no Legislativo federal que questionou a natureza jurídica das O.S
	Incerteza dos municípios frente a dúvidas relacionadas à LRF e ações do TCM	Insegurança dos atores envolvidos na criação destas instituições
	Incertezas quanto à governabilidade dos trabalhadores contratados pela FESF e dúvidas sobre como proceder com seus trabalhadores concursados	Incertezas relativas à extinção da autarquia que seria substituída pela O.S
	Preocupação com os custos da desprecarização	Dúvida em relação à transparência no que diz respeito ao repasse das verbas e ao seu controle
	Dúvidas sobre a perenidade de uma política de co-financiamento e incentivos para as desigualdades regionais e para a estratégia saúde da família	Desinteresse dos dirigentes em aderirem, por desconhecerem uma proposta clara de incentivos
<b>MOTIVAÇÃO DE AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE (ADIN)</b>	Questiona a modalidade de contratação de pessoal pelo regime celetista na Administração Pública	Método de qualificação da OS; cessão de servidores públicos com ônus para a origem; aplicação nas áreas de saúde e educação; e Programa de publicização

Fonte: Pereira & Spink<sup>13</sup> (2001). SESAB<sup>21</sup>. Elaboração própria.

Outra questão relevante relacionada a essas discordâncias, quanto à eleição de modelos de gestão para o Estado, foi a preocupação sobre a incidência da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) no Estado, caso esse se tornasse co-instituidor. Isso gerou retardo no posicionamento do restante do governo. A respeito disto, a Procuradoria Geral do Estado, com todo o seu peso político e institucional, emitiu seu relatório, já em 2007, concluindo que as despesas de pessoal da Fundação Estatal deveriam ser computadas para fins de cumprimento da LRF<sup>22</sup>.

Vale ressaltar que esse posicionamento da PGE não é unanimidade na instituição, a exemplo do relato de um de seus procuradores ao afirmar que, na sua visão pessoal, “os motivos para o argumento de que os gastos com a FESF não contam para a LRF são mais fortes que os motivos que falam contra”. Segundo ele, para além da discussão do mérito<sup>xxiii</sup>, há uma desconexão entre o princípio constitucional e a LRF; a referida lei trata de instituição que é da administração pública dependente e que tem lei orçamentária que destina orçamento daquele ente – União, Estado ou município – para pagamento de pessoal. Então, esse orçamento tem que ser limitado pela LRF. No caso da FESF, segundo o procurador, isso não se aplicaria, pois:

não há lei orçamentária que vincule um determinado valor ao funcionamento da FESF, porque o valor dela está ligado a prestação de serviço, não é um valor garantido independente de qualquer outra coisa. Se ela presta o serviço, ela recebe, se não presta não recebe. ( Procurador da PGE)

Assim, a despeito das disposições contrárias de algumas secretarias estratégicas do governo da Bahia, a proposta que predominou no debate de 2007 até 2008 foi a da instituição de Fundação Estatal Interfederada para a Saúde da Família. Essa Fundação interfederada seria composta pelos municípios e Estado da Bahia que, juntos, fariam a gestão da FESF, com apoio e participação de trabalhadores e usuários. A idéia de interfederada buscava incorporar a lógica da solidariedade e responsabilização mútua dos entes envolvidos, fundamental para a necessária regulação do mercado de profissionais de saúde da família, o que requer participação ativa do Estado e dos demais municípios.

No entanto, o já citado dissenso no âmbito do governo estadual acerca da participação do Estado na FESF inviabilizou a aprovação da lei autorizativa, pré-requisito para que ele fosse co-

---

<sup>xxiii</sup> Para o procurador da PGE, “tem-se que superar uma questão importante na LRF, na medida em que áreas como saúde, assistência social e educação são áreas de capital trabalho intensivo, quer dizer, grande parte do gasto é com pessoal, a lei fica incongruente. A Constituição Federal garante o direito à saúde como serviço público, universal, gratuito, etc, a mesma coisa para assistência social e educação. E a LRF, que é infraconstitucional, vem e limita.”

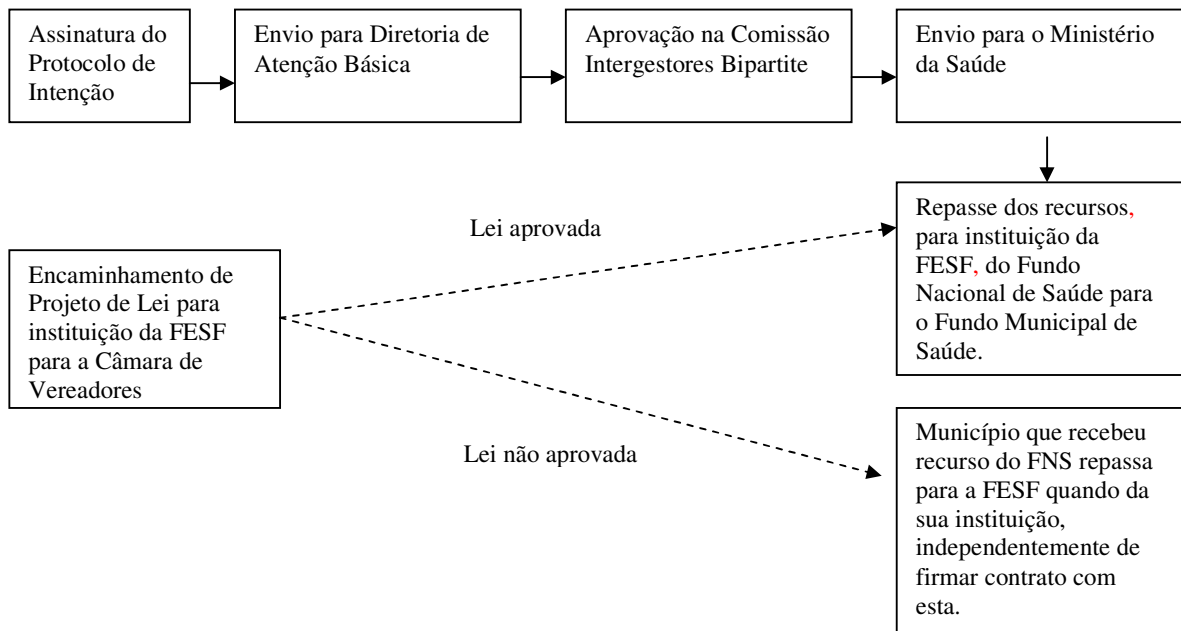
instituidor. A inexecutabilidade deste formato preferencial, o de fundação interfederada composta por Estado e municípios, assumida como bandeira pela Secretaria de Saúde do Estado e por inúmeros municípios até 2008, levou à configuração de uma proposta de Fundação Intermunicipal de Saúde da Família.

Esse segundo momento da constituição da proposta foi marcado pelo empenho da DAB/SESAB, que reforçou o debate com os municípios para que aprovassem suas leis e, assim, instituíssem a FESF, mesmo em caso de a esfera estadual não se tornar co-instituidora. Nesse momento, a Secretaria Estadual de Saúde ratificou os compromissos de ofertar assessoria técnica, contratação de serviços, além de participação no co-financiamento para desenvolvimento de ações dos municípios que aderissem à FESF.

Avançou-se, dessa maneira, nos debates e viabilizações jurídicas e políticas para a proposta de uma FESF intermunicipal com abrangência estadual, com o objetivo de regular o mercado de profissionais na saúde da família e prover e fixar trabalhadores.

O ano de 2009 foi marcado por importantes eventos políticos cuja finalidade principal era aumentar a adesão dos municípios à proposta. Intensificaram-se ainda mais as agendas de debates na perspectiva de ampliar também o número de leis autorizativas para co-instituição. O fluxo de adesão do município à proposta da FESF foi composto de dois movimentos paralelos (Figura 3).

**Figura 3: Fluxo para a adesão dos municípios à FESF - Março/2009**



Fonte: Diretoria de Atenção Básica/SESAB, 2009. Elaboração própria.

Em março 2009, a DAB/SESAB promoveu um seminário<sup>xxiv</sup> envolvendo os 417 prefeitos e secretários municipais de saúde, no qual se contou com a presença de representantes do governador da Bahia, da Casa Civil do Estado e do Ministro da Saúde, José Gomes Temporão.

Nesse seminário, o ministro ratificou o seu apoio ao Estado e aos municípios co-instituidores da FESF:

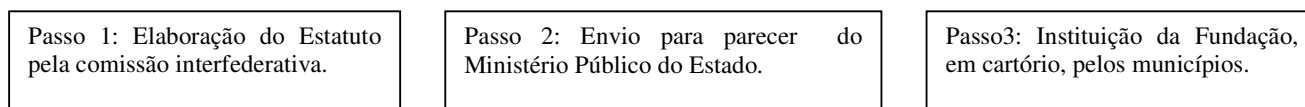
pela coragem de propor uma inovação, tão criticada por muitos que ficam apegados a modelos de 50, de 100 anos atrás e não percebem que nós temos que pensar diferente para realidades diferentes. [...] A Fundação Estatal de direito privado Saúde da Família da Bahia é um modelo que os outros Estados do Brasil podem e devem copiar. Não temos que ficar apegados a dogmas, temos que pensar como inovar para levar saúde de qualidade.

O secretário de saúde da Bahia, por seu turno, afirmou que:

A Fundação é uma proposta que vai alterar substancialmente a situação de recursos humanos na saúde da família. É uma política inovadora e, por que não dizer, até revolucionária no que diz respeito à organização intermunicipal para somar esforços para buscar uma solução adequada para o problema.

Além do peso do ato político de legitimação, articulou-se nesse mesmo seminário o processo de operacionalização da proposta com os municípios que aderiram e que já contavam com leis autorizativas aprovadas. Foram eleitos os representantes desses municípios para a comissão interfederativa provisória, composta pelo Estado, Ministério da Saúde e esses municípios para, juntos, elaborarem o Estatuto da FESF, pré-requisito para viabilização da sua instituição. O processo de sua instituição foi orientado pelos seguintes fluxos (Figura 4):

#### **Figura 4: Fluxo de instituição da Fundação Estatal Saúde da Família na Bahia**



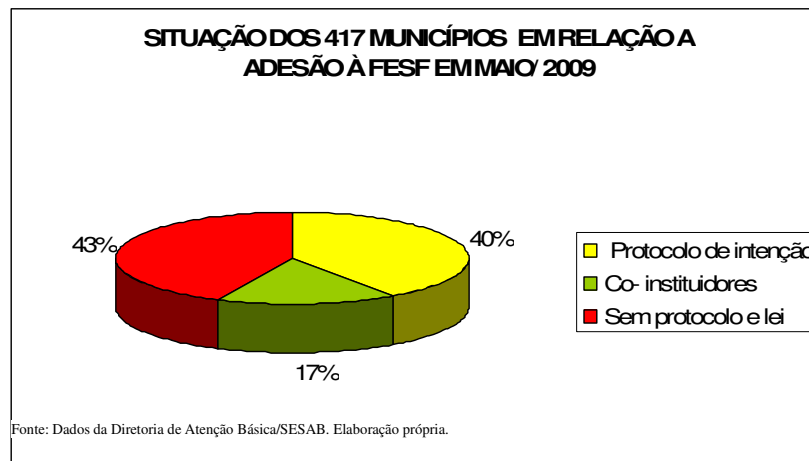
Fonte: Diretoria de Atenção Básica/SESAB, 2009. Elaboração própria.

---

<sup>xxiv</sup> Seminário: “Os municípios e a Saúde de Todos nós: Promovendo a Política Estadual de Saúde nos municípios da Bahia de Todos Nós”, nos dias 16 e 17 de março de 2009, em Salvador - Bahia,

O terceiro momento tem seu marco em maio de 2009, durante a 1ª Mostra de Saúde da Família do Estado, onde ocorreu o ato solene de instituição da FESF. Esse evento contou com 3.500 trabalhadores, gestores das três esferas, estudantes, instituições de ensino e controle social. Até esse momento, 237 municípios haviam assinado protocolo de intenção comprometendo-se com a adesão à FESF, ou seja, 56,8% dos municípios do Estado manifestaram interesse na proposta. Deste total, havia 75 municípios com leis autorizativas aprovadas, mas nem todos providenciaram, em tempo hábil, a documentação necessária para a data de instituição, portanto, foram 69 os co-instituidores da FESF (Figura 5).

**Figura 5: Situação de adesão dos municípios baianos à FESF no momento da instituição em maio de 2009**



Em junho de 2009, mesmo após a instituição da FESF, o número de municípios que aprovaram leis autorizativas ampliou-se para 106. Considerando que o Estado contava, nesse mês, com 2.375 equipes de saúde da família e que os municípios que assinaram o protocolo de intenção para adesão à FESF possuíam uma média de 1.400 equipes, isto correspondia a 58,9 % do total das equipes implantadas no Estado.

Cabe ressaltar que o total de equipes a serem contratadas pela FESF dependerá da demanda de municípios que assinarem contratos de gestão com a Fundação. Os demais, que não assinaram o protocolo de intenção e não aprovaram suas leis autorizativas, também poderão estabelecer contrato de gestão com a FESF.

Esse novo fluxo de adesão estabeleceu-se depois da instituição da FESF e é diferente do apresentado na Figura 3, já que qualquer município do Estado pode estabelecer o contrato independente de lei autorizativa, no entanto, fica limitado o tempo de seu contrato a dois anos, depois dos quais terá que aprovar a lei para renová-lo.



Este caminho trilhado para a instituição da FESF pode, resumidamente, ser dividido em três momentos-chave (Quadro 6).

**Quadro 6: Momentos-chave da trajetória da proposta FESF-BA. Período: 2007 a 2009**

<b>Momentos</b>	<b>Período</b>	<b>Características</b>	<b>Atores</b>	<b>Pontos relevantes</b>
<b>1) Diagnóstico e conformação da proposta de Fundação Estatal Interfederada Saúde da Família</b>	2007-2008	- Diagnóstico da real situação da gestão do trabalho na saúde da família do Estado; - Intensos debates e início da elaboração da proposta com pareceres favoráveis à proposta da FESF na CES, CIB e Conferência Estadual; - Pactuações importantes na CIB, relacionadas ao recurso para instituição;	DAB/SESAB Casa Civil; COSEMS; CES; MS; CIB; Ministério; Público; Procuradoria Geral do Estado;  Instituições de ensino	Dissenso no âmbito do governo estadual;  Dúvidas relacionadas à incidência da LRF;  Não aprovação da lei autorizativa para instituição da FESF no Estado.
<b>2) Conformação da proposta de Fundação Intermunicipal Saúde da Família</b>	<b>2008-2009</b>	Aumento marcante no número de adesões à FESF; Apoio explícito do Ministério da Saúde; Intensificação das consultorias para elaboração da carreira e dos instrumentos jurídicos para instituição, a exemplo do estatuto.	DAB/SESAB; Secretários Municipais; Ministério Público; consultores.	CES e CNS manifestam-se contrários à FESF; Inviabilização da SESAB como co-instituidora da FESF.
<b>3) Ato formal de Instituição da Fundação Intermunicipal Saúde da Família e início de implantação</b>	Maio/2009	Negociações na CIB para manutenção da fonte de financiamento; Pactuações do organograma, estatuto e plano de carreiras no conselho curador.	DAB/SESAB; Conselho curador da FESF; conselho interfederativo; municípios que não possuem leis autorizativas	Sustentabilidade do financiamento; Pleito de inclusão de representantes dos novos municípios que estabelecerão contrato de gestão no conselho curador; Diálogo intenso com DAB/SESAB acerca da gestão da saúde da família no Estado; Demanda de participação de municípios que não são co-instituidores nas instâncias de deliberação da FESF.

Fonte: Bahia (2007)<sup>22</sup>. Elaboração própria

## 4.2. MODELO JURÍDICO INSTITUCIONAL

Em relação a esse eixo, a análise apresenta a base legal e vinculação jurídica para o caráter interfederado<sup>xxv</sup>, especifica o papel e responsabilidades das esferas municipal, estadual e federal, bem como apresenta o conjunto de pactuações feitas para a construção da proposta.

A sustentabilidade legal da proposta das Fundações Estatais assenta-se na Emenda Constitucional nº 19, de 1998 que alterou o inciso XIX do seu Artigo 37 postulando que:

somente por lei específica poderá ser criada autarquia e autorizada a instituição de empresa pública, de sociedade de economia mista e de fundação, cabendo à lei complementar, neste último caso, definir as áreas de sua atuação<sup>23</sup>.

No caso da FESF, considerou-se também o Art. 17<sup>xxvi</sup> da Constituição do Estado da Bahia<sup>24</sup> para elaboração da Lei complementar nº 29, de 21 de dezembro de 2007. Essa lei estabeleceu os critérios para a criação e estruturação de Fundações Estatais no Estado, definindo a saúde como sua área de atuação. Vale ressaltar que o Estado da Bahia não se tornou co-instituidor, porque seria necessária uma lei autorizativa que não foi aprovada.

Interessante notar que, em certa medida, foi “transferida” entre esferas de governo a possibilidade de instituição de Fundação Estatal. Inicialmente, na esfera federal, que segue sem aprovação no Legislativo; em seguida, no Estado da Bahia que, por iniciativa própria, começou os debates e avançou até a lei complementar, não conseguindo aprovar sua lei autorizativa frente aos dissensos no interior do governo. O Estado, portanto, foi um indutor para que os municípios viabilizassem a proposta.

A Fundação Estatal Intermunicipal Saúde da Família é fruto, portanto, da aprovação de um conjunto de leis autorizativas municipais. A criação dessa nova entidade jurídico-institucional prevê que ela seja instituída, financiada e gerida pelo Poder Público, submetida em certos aspectos ao Código Civil, ou seja, às leis do direito privado. Com isso, afirma-se que a propriedade, a gestão, a finalidade e

---

xxv A nomenclatura interfederada também tem sido utilizada para descrever a fundação intermunicipal, pois parte-se do entendimento de que os municípios também são entes federados autônomos entre si e, portanto, ao instituírem juntos uma FESF, esta apresenta, mesmo na ausência de participação da SESAB, um caráter interfederado.

xxvi O artigo 17 da Constituição Estadual afirma que “depende do estabelecimento de critérios por Lei complementar, a serem observados pelo Poder Executivo, para a criação e estruturação de secretarias, autarquias, fundações, empresas públicas e sociedades de economia mista.”

a direção são públicas; e que os trabalhadores são empregados públicos, ou seja, regidos pelo regime de trabalho da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

Dentre os vários questionamentos jurídicos relacionados à FESF, um deles diz respeito ao regime de contratação de trabalhadores para o serviço público na Fundação Estatal. As dúvidas embasam-se em liminar do Supremo Tribunal Federal que restabeleceu a obrigatoriedade do Regime Jurídico Único na contratação de servidores. Quanto a isso, o jurista Sundfeld, presidente da Sociedade Brasileira de Direito Público, argumenta que:

a fundação governamental de direito privado tem o mesmo regime das empresas estatais, cujos trabalhadores estão sob o regime trabalhista, da Consolidação das Leis do Trabalho. A decisão do STF atinge apenas os servidores da administração direta (ex.: ministérios), das autarquias (ex.: Banco Central) e das fundações estatais de direito público (ex.: Funai)<sup>17</sup>.

Na visão do autor, esses servidores, segundo o texto original do Art. 39 da Constituição, que foi restaurado pela liminar, é que estão forçosamente sob o Regime Jurídico Único.

Debate intenso tanto no âmbito nacional quanto no Estado da Bahia refere-se ao dissenso quanto à Fundação caracterizar-se ou não como uma espécie de privatização. As críticas à Fundação – sendo as do Conselho Nacional de Saúde das mais incisivas – chamam atenção para o fato de que entendem como incongruência entre o ente caracterizado como público, mas relacionado ao direito privado.

As críticas à Fundação, advindas da representante do CES, afirmam que:

A FESF promove um loteamento das instituições públicas por interesses privados. A FESF é uma apropriação do público pelo privado, pois utiliza a estrutura que é pública, prédios públicos e equipamentos públicos. Para a conselheira, a FESF será um espaço de predominância de interesses privados em detrimento do público, de favorecimento político, de difícil controle financeiro, sendo uma privatização e terceirização. (Conselheira do CES)

O documento do Ministério do Planejamento apresenta um posicionamento diferente quanto a esse tópico, justificando o caráter público da FESF através da diferença entre direito privado e privatização:

A fundação de direito privado é instituída por pessoas físicas ou jurídicas no campo da iniciativa privada. A fundação pública de direito privado (Fundação Estatal) é instituída, mediante lei, pelo Estado. Assim, a fundação de direito privado pura e simples está fora do Estado, e a outra integra a administração pública, compondo o Estado<sup>17</sup>.

A impressão que esse dissenso deixa é que as divergências tratam, na verdade, de preocupações semelhantes que nem o legalismo do discurso do Ministério do Planejamento nem a negativa do caráter público da Fundação retomam com profundidade. Ou seja, trata-se da ausência, no debate, da reflexão de como manter o interesse público em qualquer instituição pública ou privada que preste serviços àquele setor.

Portanto, fica de fora uma discussão importante: como garantir a mudança de um quadro de ausência de controle, monitoramento e avaliação sistemáticos tanto das instâncias consolidadas jurídica e culturalmente no âmbito da gestão do SUS, quanto as que, sendo privadas, lhe prestam serviços. A sociedade carece de transparência e resultado. Enquanto prioriza-se a polêmica entre as vantagens e desvantagens do direito público e do privado, segue-se desconsiderando as reais necessidades da população na grande maioria das entidades, governamentais ou não, hoje em funcionamento.

Outra questão de destaque em relação à FESF é sobre a sua vinculação à administração direta. A que ente está vinculada? Se, na proposta nacional da Fundação, fica claro que essa deve estar ligada a um ente da administração direta que a institui, no caso da FESF, co-instituída por 69 municípios, como isso se equaciona?

Isso se esclarece observando no Estatuto da FESF – aprovado pelo curador de Fundações do Ministério Público da Bahia em 2009 – que elenca, já no seu primeiro parágrafo, os 69 municípios que instituem a FESF, como se observa a seguir:

Art. 1º: A Fundação Estatal Saúde da Família da Bahia, designada, abreviadamente, neste Estatuto, pelo termo Fundação, instituída pelos municípios de [...], todos do Estado da Bahia, é uma fundação pública dotada de personalidade jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, de interesse coletivo e utilidade pública, regida pelo presente Estatuto<sup>25</sup>.

Com base no argumento de vinculação ao ente instituidor, a FESF compõe a administração indireta de todos os municípios co-instituidores, vinculada, portanto, ao conjunto de secretarias municipais de saúde desses municípios.

Essas e outras peculiaridades e diferenças da proposta da FESF em relação à proposta nacional podem ser analisadas no Quadro 7.

**Quadro 7: Comparativo da Fundação Estatal da proposta Nacional com a FESF - BA**

	<b>FESF</b>	<b>FE</b>
<b>Objeto na saúde</b>	Saúde da Família	Hospitais
<b>Ente jurídico</b>	Interfederada	Apenas um ente
<b>Vínculo com a administração</b>	Administração indireta de todos os municípios co-instituidores	Administração indireta de um ente
<b>Legislação necessária</b>	Leis autorizativas de todos os entes instituidores	Apenas uma lei autorizativa na respectiva esfera de governo
<b>Governança</b>	Colegiada com maioria do governo: envolve todos os municípios co-instituidores e representações do Estado no conselho interfederativo; e municípios, Estados e sociedade civil no colegiado gestor	Colegiada com maioria do governo e envolve trabalhadores da FE e representantes da população
<b>Controle interno e externo</b>	Ouvidoria e auditoria da FESF; auditoria do Estado;  Tribunal de Contas do Município; Tribunal de Contas do Estado; Ministério Público do Estado	Controladoria Geral da União; Tribunal de Contas da União e Ministério Público da União
<b>Gestão do trabalho</b>	Concurso público; plano de empregos; acordo coletivo; cedência com ônus para a FESF; avaliação de desenvolvimento funcional	Concurso público; plano de empregos; acordo coletivo; cedência com ônus para a FE; avaliação de desenvolvimento funcional

<b>Autonomia orçamentária</b>	Todos os municípios contratantes da FESF pagam, via contrato de gestão, por serviços previamente negociados e precificados.	Ente da administração direta paga pelos serviços prestados, previamente negociados, precificados e contratados;
<b>Filosofia de gestão</b>	Gestão por resultados	Gestão por resultados
<b>Extinção</b>	Autorização legislativa de, pelo menos, 60% dos municípios instituidores	Depende de uma lei para extinção

Fonte: MPOG<sup>17</sup> (2007), SESAB<sup>21</sup> (2007). Elaboração própria.

Diante das peculiaridades da proposta baiana, cabe apresentar alguns argumentos jurídicos relacionados à viabilidade jurídica dessa fundação intermunicipal. Segundo a jurista Lenir Santos<sup>26</sup>, que prestou consultoria à SESAB na conformação da proposta,

[...] não há nada que impeça a instituição de uma fundação por diversos entes públicos, desde que esta fundação seja de direito privado. Todos os regramentos aplicáveis à fundação instituída por apenas um ente federativo, seriam aplicáveis a fundação interfederativa, ressalvando-se que seria escolhido um ente, no protocolo de intenções, para ser a entidade supervisora da fundação.

Para a jurista, a fundação intermunicipal, com apoio da Secretaria Estadual de Saúde e do Ministério da Saúde, traria a possibilidade de criar uma verdadeira rede de atenção primária em todo o Estado. A autora retoma a assertiva constitucional que, ao configurar o SUS como um Sistema Nacional de Saúde, de competência das três esferas de governo, reclama-se a criação das condições operacionais para o seu funcionamento. Viabilizar essa operacionalização prescinde da consideração de que os entes federados são autônomos, mas, ao mesmo tempo, co-responsáveis pela gestão do sistema que é único. Com este argumento autora conclui que:

a fundação interfederativa veste como uma luva para a gestão compartilhada de serviços de saúde, como os do PSF, uma vez que todos os serviços de saúde devem integrar-se em redes de serviços que, muitas vezes, podem ser intermunicipais, regionais e estaduais, unindo serviços de todos os entes federativos responsáveis pela saúde no âmbito do SUS. A fundação interfederativa funcionaria como um elo entre todos os

entes federativos envolvidos no PSF.

Em consonância com a referida jurista, o procurador da PGE entende que a criação de uma entidade interfederada:

estaria dentro da autonomia constitucional, porque se vive em uma federação, não em um Estado unitário, então, há um espaço de possibilidade de organização municipal que é dado pelo legislador constitucional, dentro da federação, na qual ele pode utilizar os instrumentos que estão previstos na legislação e instituir uma entidade que está previsto no sistema. Ele se organiza, considerando os aspectos da manifestação da vontade popular da localidade que é feita através do legislador e participação do gestor municipal isto traz legitimidade pra fazer esta mudança. ( Procurador da PGE)

A procuradora do Ministério Público do Estado, por sua vez, ressalva que:

a assertiva da viabilidade jurídica de uma Fundação Interfederada demandaria um estudo jurídico, principalmente em se tratando de instituição nova e polêmica.[...] na ciência do Direito, a subsunção de determinados fatos a dispositivos legais reclamam um trabalho de hermenêutica jurídica, devidamente fundamentado. (Procuradora do MP-BA)

Apesar das posições favoráveis e outras cautelosas, fica claro que é consenso entre esses juristas que não há inscrição de tal ente nos cânones jurídicos e que, em certa medida, o Direito<sup>xxvii</sup> deve avançar para acompanhar um conjunto de entidades e mecanismos criados diante de necessidades reais, algumas hoje desprovidas do aval da legislação.

---

<sup>xxvii</sup> Quanto a isso, o procurador da PGE conclui: “que há uma tradição no Estado brasileiro de centralidade do poder parlamentar e talvez o SUS seja tão revolucionário que traga elementos de um pluralismo democrático maior. As instâncias colegiadas de gestão, termos de compromisso e outros instrumentos de gestão que a saúde cria algumas vezes, carecem de uma base legal mais sólida. Há uma tradição liberal de dar legitimidade aos aspectos que passam pelo parlamento. Embora se saiba que a edição de leis pelo Congresso Nacional não esgota a democracia, muito pelo contrário, pois há um distanciamento entre os interesses coletivos e os interesses que são representados no Congresso Nacional. A democracia se faz no dia a dia. Se faz nos Conselhos, nas obras de bairro, com representação de trabalhadores e uma série de outras coisas que não faz parte da eleição democrática.”



Outra questão importante a ser esclarecida nesse desenho interfederado é definir o papel de cada ente federativo em relação à FESF. Quais as responsabilidades dos municípios co-instituidores, dos que não o são, do Estado da Bahia e do Ministério da Saúde?

Nesse ponto, converge um grande consenso dos atores entrevistados tendo em vista a unanimidade desses frente ao fato de que é da responsabilidade e papel das três esferas a formulação de políticas no seu âmbito de atuação, gestão, planejamento, execução, avaliação, controle e fiscalização, inclusive auditorias e financiamento do SUS, além de terem que executar todas as obrigações previstas na Constituição Federal, inclusive o que está posto na Emenda Constitucional 29, nas Leis 8.080 e 8142, de 1990, na NOAS e no Pacto pela Saúde.

A procuradora do MP-BA e o procurador da PGE ainda ressaltaram, em entrevista, a importância de nenhum ente poder violar direitos e garantias assegurados na legislação constitucional e infraconstitucional. O diretor da DAB/SESAB e o presidente do COSEMS apontaram a necessidade de garantir lógicas de equidade, junto aos municípios, fomentar a qualificação dos trabalhadores e proporcionar apoio institucional às equipes e gestores.

Até aí essas afirmações não trazem novidade ou acrescentam a esses entes outras responsabilidades que já não possuam. Cabe então pontuar, segundo as compreensões detalhadas de cada ator, o que ele entende como responsabilidade de sua gestão frente à FESF. As entrevistas foram bastante elucidativas quanto a isso, portanto, alguns trechos emblemáticos serão aqui dispostos.

O gestor da Diretoria de Atenção Básica da SESAB do Estado pontuou que:

a Secretaria de Saúde do Estado tem um papel estratégico nesse cenário de instituição da FESF: apoiar tecnicamente a implantação da FESF; exercer seu papel de gestor estadual no Conselho Curador tendo em vista que a FESF entra num espaço importante de pactuação da política de atenção básica. [...] além da manutenção da direcionalidade na construção e revisão da política de Atenção Básica junto aos municípios; apoiar e financiar a FESF, via incentivo estadual, valorizando o esforço dos municípios para desprecarizar as relações de trabalho e ampliar a cobertura, entre outras. (Diretor da DAB/SESAB)

Para o presidente do COSEMS, o papel dos secretários municipais é de apoio à FESF e afirma que o COSEMS precisa avançar do papel de participante institucional, e “se colocar acima de tudo como participante operacional de toda a estrutura da FESF”.

A conselheira do CES entende que a FESF é privatização e que, além da compra de serviços, os municípios e Estados terão reduzida a condição de interferir frente a interesses políticos de grupos que

estiverem à frente da FESF. Reafirma a necessidade de as instâncias do SUS articularem para avançar na organização da regionalização e, principalmente, na resolutividade dos problemas de saúde da população.

Esses posicionamentos são bastante coerentes com o histórico de debates da FESF, ou seja, a SESAB, como importante fomentadora e formuladora da proposta, pretende continuar participando dos fóruns de decisão da FESF e garantindo seu papel na direcionalidade da política estadual da atenção básica. O COSEMS, apesar de ter aprovado na CIB a proposta e mesmo a vinculação de recursos para sua instituição, não se aliou ao Estado, enquanto instância, para a defesa da proposta. Diante da ausência de um posicionamento mais pró-ativo, os municípios fizeram individualmente escolhas de aderirem ou não à FESF.

Portanto, as pactuações necessárias para o avanço da proposta foram feitas nos órgãos de gestão colegiada, como CIB e CES, mas não obtiveram unanimidade. Os municípios aderiram individualmente à FESF frente ao intenso trabalho de debate da DAB/SESAB junto a esses e aos colegiados de gestão microrregional.

Assim, em março de 2009, em seminário que envolveu os 417 secretários municipais, como já relatado, elegeram-se, entre os municípios que aderiram à proposta, representantes para o conselho interfederativo, também composto por representantes da SESAB e MS presentes no evento. A partir daí, debateu-se a proposta de Estatuto da FESF, que foi encaminhada para o Ministério Público para aprovação.

#### **4.3.SISTEMA DE GOVERNANÇA**

Nesse eixo, privilegiou-se a análise da estrutura de gestão, financiamento e do modelo de regulação da FESF. No que diz respeito ao financiamento, debatem-se as fontes e perenidade dos recursos. Quanto à sua regulação, descrevem-se o contrato de gestão, responsabilidades das instâncias e órgãos de controle interno e externo à Fundação.

A estrutura de gestão da FESF é conformada por órgãos de direção, supervisão, administração superior e fiscalização. São eles: o Conselho Curador, o Conselho Interfederativo, o Conselho Fiscal e a Diretoria Executiva, como disposto em seu Estatuto aprovado pelo Ministério Público (Apêndice 3).

O Conselho Interfederativo é um órgão de supervisão superior e consultivo de direção, composto por todos os sessenta e nove municípios co-instituidores da Fundação, por quatro representantes da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia e por dois secretários de saúde de

municípios não instituidores de cada macrorregião de saúde, mas que mantenham contrato de gestão com a Fundação.

O Conselho Curador é um órgão deliberativo de direção superior, controle e fiscalização, composto por 14 membros da seguinte forma:

- a) quatro secretários de saúde representantes dos municípios instituidores, eleitos pelo Conselho Interfederativo dentre seus integrantes;
- b) um secretário de saúde eleito pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde;
- c) dois membros representantes da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia,
- d) dois membros representantes do Governo da Bahia;
- e) dois representantes dos empregados da Fundação, escolhidos por eleição direta, organizada pela FESF em conjunto com as entidades sindicais que os representem;
- f) um representante dos trabalhadores que seja membro do Conselho Estadual de Saúde;
- g) um representante dos usuários membro do Conselho Estadual de Saúde; e
- h) um representante das Universidades Públicas da Bahia.

O Conselho Fiscal é órgão de controle interno, composto de três integrantes efetivos e três suplentes, escolhidos pelo Conselho Interfederativo para um mandato de três anos. O Estatuto não esclarece a origem dos integrantes, apenas cita o número de representantes para efeito comparativo com os demais conselhos, sem indicar a composição (Quadro 8).

**Quadro 8: Comparativo do quantitativo de representantes nos Conselhos da FESF, maio de 2009**

<b>Composição e representação</b>	<b>Conselho Curador</b>	<b>Cons. interfederativo</b>	<b>Conselho fiscal</b>
<b>Municípios</b>	5	87	
<b>Estado</b>	4	4	
<b>Empregados da FESF</b>	2	-	
<b>Conselho Estadual de Saúde</b>	2	-	
<b>Universidade Pública da Bahia</b>	1	-	
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>91</b>	<b>6</b>

Fonte: FESF<sup>25</sup> (2009). Elaboração Própria.

Considerando-se os três conselhos previstos no Estatuto, observa-se que a governança da FESF é majoritariamente exercida pelos gestores da saúde, pois, somando-se o conjunto das representações dos municípios com as do Estado, têm-se nove votos no conselho curador. Além disso, apenas gestores<sup>xxviii</sup> municipais e estadual têm representação no conselho interfederativo.

A Diretoria Executiva, por seu turno, é um órgão de direção subordinada e de administração superior, responsável pela gestão técnica, patrimonial, financeira, administrativa e operacional da Fundação; é composta pelo diretor-geral, diretor administrativo e financeiro, diretor de desenvolvimento da atenção à saúde e diretor de gestão da educação e do trabalho.

Em relação aos mecanismos de regulação da FESF, eles são compostos por supervisão e controles internos e externos. No que diz respeito ao controle interno, o sistema de governança da Fundação tem como seus principais órgãos de controle, além do conselho fiscal, a controladoria interna, um núcleo de gestão participativa e ouvidoria (Apêndice 3). Para a fiscalização externa, prevê-se a supervisão dos órgãos públicos da administração direta, aos quais o sistema se encontra vinculado. Como exemplo, observe-se o que consta no Estatuto em seu Art. 49:

A Fundação submeterá as suas contas ao controle do Tribunal de Contas e à Promotoria de Justiça de Fundações, nos termos da legislação vigente, e às supervisões do Conselho Curador e do Conselho Interfederativo, para efeito de cumprimento de seus objetivos estatutários<sup>25</sup>.

Como é caracterizada por um sistema de governança interfederativo – composto de diferentes unidades federadas de gestão municipal, além da estadual – a Fundação subordina-se à Ouvidoria do Estado, ao Tribunal de Contas do Estado, Tribunal de Contas dos municípios, à Controladoria Geral do Estado, Procuradoria de Justiça das Fundações e ao Ministério Público Estadual. Também deve prestar contas aos Conselhos Municipais de Saúde na análise e acompanhamento dos contratos de gestão

---

<sup>xxviii</sup> A conselheira do CES afirma que “o conselho curador é um conselho de gestão, então não tem por que o conselheiro gastar suas energias pra acompanhar o fato consumado, onde, de fato, ele não tem direito, sua voz e seu voto serão sempre vencidos. O espaço para representação do CES nesse conselho será figurativo. [...] como se dará o controle social, como os conselhos de saúde poderão propor, discutir e fiscalizar os contratos das FE? [...] há um risco de nulidade muito grande dos conselhos frente a participação que considera extremamente minoritária. [...] o conselho curador não é substitutivo dos conselhos municipais. Não existe conselho curador previsto pelo SUS. Existe nas Fundações para acompanhamento da gestão.”

firmados entre FESF e seu município e Conselho Estadual de Saúde na análise do cumprimento da missão institucional da FESF e monitoramento da utilização dos seus recursos.

Há ainda no Estatuto<sup>25</sup> obrigações da FESF com as despesas de auditoria externa como consta no Art. 59. “A Fundação arcará com as despesas de auditoria externa que a Promotoria de Justiça de Fundações determinar seja feita, quando entender necessário, para o exame das contas prestadas.”

No tocante à publicidade dos gastos da FESF, previu-se no Art. 44: “Caberá à Fundação promover a ampla divulgação, por meios físicos e eletrônicos, dos relatórios anuais sobre a execução do contrato de gestão, que contemplem demonstrativos da realização orçamentária e financeira<sup>25</sup>.”

Observa-se que não falta previsão legal para a prestação de contas, principalmente se for considerada a quantidade de instituições e instâncias da própria FESF que se encontram envolvidas. No entanto, nesse momento de instituição da FESF, não ficam claros os fluxos a serem seguidos. Seus regimentos internos ainda estão sendo construídos e o Tribunal de Contas dos municípios encontra-se reticente quanto à incidência da Lei de Responsabilidade Fiscal diante do contrato de gestão. Muitos consensos e instrumentos ainda estão sendo viabilizados para o bom funcionamento da FESF, desde os mecanismos de repasses financeiros de recursos oriundos da SESAB, quanto os mecanismos de prestação de contas a órgãos externos à FESF.

Além dessas questões, outro ponto importante é o modelo de financiamento da Fundação. A proposta da FESF foi construída sobre o pilar do co-financiamento, assim como em certa medida já acontece para a estratégia saúde da família. Logo, a proposta de financiamento da FESF prevê a utilização de recursos:

a) federais, que hoje já são repassados para os municípios para implantação e manutenção da estratégia, além dos destinados a compensações das especificidades regionais que, desde 2008, têm sido também repassados para implantação da FESF. Aliás, o aporte inicial de recurso para implantação vem integralmente dessa fonte;

b) estaduais, através do re-direcionamento de parte do incentivo estadual para o financiamento do fundo de equidade<sup>xxix</sup> da FESF; e

---

<sup>xxix</sup> Esse fundo será utilizado para cobrir as diferenças salariais pagas aos profissionais em municípios pequenos, com baixa arrecadação e também com reduzida capacidade de provimento e fixação. Pretende-se que ele seja um mecanismo que auxilie também o início de uma regulação do mercado de trabalho, na medida em que pretende constituir um sistema de equidade com mais co-financiamento.

c) municipais, com aportes do recurso do tesouro municipal que hoje já é bastante utilizado para manutenção da estratégia a altos custos diante do mercado concorrencial e predatório já explicitado.

Para garantir mais estabilidade para a gestão financeira da FESF, tendo em vista problemas que possam ocorrer no que diz respeito a atrasos no pagamento do contrato de gestão, rescisões contratuais e eventuais multas ou dívidas, dirigentes da FESF estabeleceram a criação de fundos operacionais. Os valores a serem pagos à FESF para qualquer serviço contratado pelos municípios preveem a destinação de valores para manutenção de cinco fundos:

a) operacional, que congrega todas as gratificações e encargos a serem pagos aos trabalhadores da FESF;

b) de contingência, com recursos destinados para o FGTS e para projeção de ações trabalhistas;

c) de desenvolvimento, já previsto no Estatuto da FESF, associa um mínimo de 3% para educação permanente e apoio institucional, modernização, desenvolvimento e investimentos;

d) administrativo, relaciona-se ao gasto com a estrutura administrativa da FESF e institui-se como reserva para casos de inadimplência; e

e) de equidade, constituído por recursos da SESAB, MS e outros a serem captados na OPAS, Banco Mundial, entre outros, para subsidiar os municípios de menores faixas de fixação.

Assim, a fórmula do preço da contratação de pessoal e serviços da FESF é a seguinte:

$$\text{(Fundo operacional + Fundo de contingência) X (\% Fundo de desenvolvimento + \% Fundo de Administração) - Fundo de Equidade = preço de contratação da FESF.}$$

Vale lembrar que a FESF não tem a finalidade de lucro nem pode cobrar taxas de administração, portanto, todos os recursos e rendimentos deverão ser revestidos em ações para os municípios dela contratantes.

É importante ressaltar que, além das fontes descritas e das propostas de administração financeira, a FESF também poderá contar com receitas como as descritas em seu Estatuto no Art. 41:

Os recursos decorrentes de compromissos assumidos anualmente entre a Fundação e os entes públicos; as rendas patrimoniais; as rendas que auferir no desenvolvimento de suas atividades; as subvenções, auxílios, transferências, créditos especiais e outras receitas públicas; as rendas de aplicações de valores patrimoniais, operações de crédito, aplicações financeiras nos investimentos e cadernetas de poupança, vedadas as aplicações de risco e as de taxa de rendimento não conhecível previamente para as aplicações por prazo superior a cinco dias; contribuições, auxílios, transferências, doações, legados e subvenções de pessoas físicas ou jurídicas, públicas ou privadas, nacionais, internacionais ou estrangeiras; recursos advindos de contratos e convênios com órgãos e entidades integrantes do Sistema Único de Saúde; outros recursos financeiros da União, do Estado e dos Municípios, repassados à Fundação; recursos oriundos de convênios, contratos ou acordos de cooperação técnica firmados com entidades públicas ou privadas, nacionais, internacionais ou estrangeiras; outras rendas extraordinárias ou eventuais<sup>25</sup>.

Assim como para o SUS o financiamento é um nó crítico, para a FESF repetem-se as preocupações quanto ao volume de recursos, a perenidade, fontes, mecanismos de repasse e prestação de contas. Na Fundação, adiciona-se a essas preocupações o fato de que o recurso que sustenta tanto a parte administrativa quanto o montante de contratações de trabalhadores advém dos contratos de gestão com os municípios. Enquanto a FESF não iniciar seu processo de contratualização, previsto para outubro de 2009, o grau de incerteza do número de equipes a serem contratadas pelos municípios é grande.

Diante dessa instabilidade, instrumentos de gestão e mesmo legislação têm sido criados para dar mais solidez aos contratos e à sua duração. Um exemplo é o estabelecimento de prazo mínimo dos contratos de gestão que devem ter duração de pelo menos dois anos, e cuja renovação deve ser comunicada até seis meses antes do seu término. Com esse dispositivo, pretende-se traçar um panorama tanto para as mudanças no montante de recursos quanto para o volume de trabalhadores a serem contratados e qualificados pela FESF.

Está claro que, para o repasse de recurso do município à FESF, será necessário contrato de gestão, que é um compromisso institucional firmado entre a Fundação e cada município e também entre a FESF e a Secretaria de Saúde do Estado. Mas qual a previsão legal desse contrato? Quais serão suas diretrizes, fluxos, formas de acompanhamento e avaliação?

O contrato de gestão é um instrumento-chave que regula estas relações. Sua previsão legal tem origem na Emenda Complementar 19, de 1998, que incluiu o parágrafo 8º do inciso XIX do Art. 37 da Constituição Federal, o qual enuncia que:

a autonomia gerencial, orçamentária e financeira dos órgãos e entidades da administração direta e indireta poderá ser ampliada mediante contrato, a ser firmado entre seus administradores e o Poder Público, que tenha por objeto a fixação de metas de desempenho para o órgão ou entidade, cabendo à lei dispor sobre: o prazo de duração do contrato; os controles e critérios de avaliação de desempenho, direitos, obrigações e responsabilidade dos dirigentes; e a remuneração do pessoal<sup>23</sup>.

No caso da Bahia, o contrato está previsto no Programa para o Desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família no Estado da Bahia, pactuado entre Secretaria Estadual e Secretarias Municipais, na Comissão Intergestores Bipartite, por meio da Resolução<sup>xxx</sup> n° 123/2009, de 23 de julho de 2009.

O modelo de contrato de gestão da FESF prevê as obrigações, responsabilidades, recursos, condicionantes, mecanismos de avaliação, rescisão e penalidades. Está previsto no seu Estatuto, Art. 42, onde enuncia:

A Fundação celebrará contrato de gestão, o qual deverá conter o programa plurianual da Fundação, com objetivos e metas quantificados e apazados, com indicadores de desempenho, devendo o programa plurianual ser desdobrado em planos de atividades anuais e seus respectivos orçamentos, devendo ainda constar no contrato as obrigações e responsabilidades de seus dirigentes e penalidades administrativas para o descumprimento injustificado do contrato, conforme previsto neste Estatuto<sup>25</sup>.

Apesar de o modelo de contrato de gestão da FESF ainda estar em fase de elaboração, já foram explicitadas as diretrizes que o norteiam: fomento à expansão, interiorização e consolidação de cobertura da Estratégia de Saúde da Família; desenvolvimento de ferramentas e tecnologias de análise

---

<sup>xxx</sup> Essa resolução aprova o referido Programa de Desenvolvimento Interfederado da Estratégia de Saúde da Família e dá diretrizes gerais para o processo de contratualização dos municípios junto à FESF, afirmando que a participação e o desenvolvimento efetivo das ações dos municípios junto à FESF exigem processo de contratualização. O programa visa a incentivar os municípios baianos, o governo do Estado e a FESF a atuarem em cooperação e articulados para a expansão, qualificação e desenvolvimento da estratégia de saúde da família. Os principais objetivos desse programa são: a desprecarização dos vínculos de trabalho dos profissionais da estratégia de saúde da família para enfrentar os problemas da rotatividade, instabilidade das equipes, vulnerabilidade e desmotivação dos trabalhadores, e baixo investimento em educação permanente; expansão, interiorização e ampliação de cobertura da estratégia de saúde da família, buscando a promoção da equidade para grupos populacionais, municípios e regiões da Bahia; e melhoria da qualidade das ações, dos serviços e da gestão da atenção básica.



de situação de saúde, gestão do cuidado, qualificação clínica, programação das ações, padronização e informatização de prontuários; instituição de processos de avaliação e monitoramento relacionados a mecanismos de remuneração por alcance de metas; qualificação da gestão e do trabalho na Estratégia; e ganhos de escala, agilidade e eficiência nas compras de equipamentos e insumos.

O fluxo para contratualização da FESF será o seguinte:

1) Cada município assina o Termo de Convênio de Cooperação Técnico-Científica previsto no Programa Interfederado acima citado;

2) a FESF disponibiliza modelo de contrato de gestão para esses municípios, que servirá de base para o contrato com cada município;

3) os municípios contarão com o auxílio dos apoiadores institucionais da FESF para debater e esclarecer dúvidas relacionadas à pactuação e contratualização de cada município, que se responsabilizará pelo fornecimento de todas as informações para a contratualização;

4) o diretor geral da FESF e o secretário municipal do município contratante assinam contrato de gestão que se constitui, nesse momento, como o instrumento de regulação da relação desses dois entes.

Tanto o contrato como seus anexos serão anualmente revisados e pactuados quando for necessário. Os municípios que ainda não dispõem de leis autorizativas receberão, no intervalo máximo de dois anos, essa autorização legislativa para renovarem o contrato com a FESF.

Os serviços previstos para serem pactuados entre FESF e município estão organizados em quatro eixos: ações e serviços de saúde de atenção básica; educação permanente para trabalhadores; qualificação da gestão municipal e do cuidado à saúde e aquisição de equipamentos e materiais.

Um exemplo da utilização do contrato é a demanda por contratação de trabalhadores. Nesse caso, o contrato explicitará quantidade e perfil dos trabalhadores, previsão dos valores de salários para eles, com base no histórico de provimento e fixação dos municípios. Vale frisar que o contrato terá que prever, e mesmo regulamentar, também situações específicas, a título de ilustração: alguns municípios já demonstraram interesse em contratar apenas o profissional médico, além de desejar ceder trabalhadores de concurso municipal. O contrato terá que formalizar esses acordos.

Nessa pactuação contratual, será estabelecido um conjunto de responsabilidades para FESF e município. As principais, no que diz respeito à FESF são: prestar os serviços de saúde especificados no plano de trabalho; contratar trabalhadores por meio de processo seletivo; responder pelas obrigações, despesas e encargos trabalhistas e previdenciários; qualificar trabalhadores por ela contratados; arcar

com eventuais prejuízos causados aos municípios<sup>xxx1</sup>; manter os municípios informados sobre a movimentação dos recursos financeiros; elaborar instrumentos de acompanhamento e avaliação de resultados do contrato de gestão a serem aplicados pela contratante; avaliar periodicamente a pertinência e a consistência dos indicadores de resultado, propondo alterações quando necessário, entre outras.

Já ao município contratante da FESF caberá: garantir infraestrutura para a prestação de serviços, viabilizando o alcance das metas e indicadores; programar, no orçamento do município, os recursos necessários para o custeio das ações do contrato; definir, monitorar e avaliar, junto aos trabalhadores dos serviços, o contrato de gestão do cuidado; realizar avaliação funcional dos trabalhadores lotados em suas unidades de saúde da família, observando o cumprimento das metas pactuadas com as equipes, entre outras.

Para o município, o contrato de gestão serve também como instrumento de implementação, supervisão e mesmo avaliação, uma vez que vincula os recursos ao alcance das metas. Implica, portanto, uma previsão orçamentária global no que diz respeito a esta relação contratual. Já para FESF, o contrato pode funcionar como instrumento de gestão estratégica, na medida em que direciona sua ação para os objetivos prioritários pactuados.

Esses objetivos prioritários, no caso da relação FESF-SMS e FESF-SESAB, devem guardar relação direta com os objetivos das políticas nacional, estadual e municipal de Atenção Básica, além de considerarem os instrumentos de pactuação legalmente reconhecidos pelo SUS como a Programação e Pactuação Integrada – PPI, Planos Estadual e Municipal de Saúde.

Mas a principal coerência a ser mantida e mesmo perseguida nos objetivos do contrato e na sua operacionalização é que as ações previstas e pactuadas sejam capazes de responder às necessidades de saúde da população que receberá estes serviços. Ou seja, elas devem atingir a missão primeira da FESF, enunciada no Estatuto no Art. 2º:

A Fundação tem o fim exclusivo de, no âmbito do Sistema Único de Saúde do Estado, desenvolver ações e serviços de atenção básica, em especial a estratégia de saúde da família, de acordo com as políticas de saúde dos municípios instituidores e as políticas

---

xxx1 As falhas relativas à prestação dos serviços sofrerão as sanções previstas no Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078/90) e na Lei federal nº 8.666/93.

estadual e nacional de atenção básica. [...] A Fundação deverá observar todos os princípios, diretrizes e bases do SUS e da atenção básica brasileira.<sup>25</sup>

O contrato de gestão proposto pela FESF traz um conjunto importante de desafios, tais como: organizar estrutura adequada para o volume de contratualizações, acompanhar o cumprimento de metas – o que está vinculado a ganhos remuneratórios -; trabalhar com especificidades de cada contrato em um contexto de diferenças importantes entre situações e necessidades dos municípios; além da diversidade de objetos propostos como serviços pela FESF. Soma-se a toda essa complexidade a ausência de experiência prévia na coordenação e execução desse processo de contratualização e acompanhamento.

Importante lembrar que a Fundação Estatal Saúde da Família da Bahia abre um campo novo de atuação colegiada entre entes públicos, o que requer o estabelecimento e consolidação de um conjunto de questões jurídicas e operacionais. Ressalte-se ainda que a gestão do trabalho no SUS já é marcada por um conjunto de lacunas e dificuldades. A FESF está inserida nesse contexto e herda uma lógica de flexibilidade nas relações de trabalho, bem como nos custos tendo, por conseguinte, que implantar e administrar, via contrato de gestão, um processo de gestão do trabalho cujo número de trabalhadores, ainda é desconhecido, bem como a quantidade de municípios que venham a contratualizá-la.

Durante a elaboração dessa dissertação essas respostas estavam sendo construídas e debatidas junto ao Conselho Curador da FESF visando definir as prioridades, os serviços a serem prestados e as formas de ampliar a adesão dos municípios para contratualização da Fundação.

## CAPÍTULO 5. CARACTERIZAÇÃO DA PROPOSTA DE GESTÃO DO TRABALHO DA FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA DA BAHIA

*“Afirmar sem ser cúmplice, criticar sem desertar”.* Boaventura Souza Santos

A proposta de gestão do trabalho – eixo principal desta dissertação – é discutida neste capítulo com foco nas modalidades de contratação, remuneração e fixação de profissionais, nas estratégias de gestão do cuidado, como o contrato de gestão do cuidado, além dos mecanismos e nos dispositivos e estratégias de regulação do mercado de trabalho para a saúde da família na Bahia.

A concepção de gestão do trabalho em saúde, tomada como referência no presente trabalho, trata das relações laborais, considerando a participação efetiva do trabalhador como fundamental para a operacionalização de um sistema tão complexo como o Sistema Único de Saúde. Ademais, compreende o trabalho como um processo de trocas, criatividade, co-participação e co-responsabilização, de enriquecimento e comprometimento mútuos<sup>27</sup>.

A FESF pretende incorporar esses conceitos para tentar resolver o antigo e complexo problema do provimento, fixação e qualificação dos trabalhadores para a saúde da família no Estado, através de uma ousada proposta de gestão do trabalho, considerada como eixo fundamental e estruturante para a operacionalização da saúde da família do SUS-BA.

Portanto, pode-se afirmar que um dos principais desafios da FESF é prover e fixar profissionais da saúde da família a fim de garantir vínculo do profissional com o usuário, longitudinalidade do cuidado e resolutividade. Esse desafio já fora constatado pelo CONASS e CONASEMS quando fizeram constar no Programa Nacional de Desprecarização do SUS<sup>28</sup> que a fragilidade das modalidades de contratação compromete a dedicação desses profissionais.

A proposta para a gestão do trabalho da FESF, além de conter uma ampla gama de proposições que serão apresentadas aqui, também se propõe a desburocratizar e prestar um atendimento efetivo às necessidades de saúde da população, enunciando-se como alternativa para agilizar, dar transparência e promover uma gestão mais participativa.

Na tentativa de dar respostas a questões como essas, tornou-se necessário, entre outras ações estruturantes – como o estabelecimento de relações cooperativas entre municípios e Estado, co-financiamento da saúde da família e proposta de qualificação de todos os trabalhadores da FESF –, elaborar um Plano de Empregos, Cargos e Salários<sup>29</sup> (PECS), com abrangência estadual para os municípios que estabelecerem contrato de gestão com a Fundação Estatal. Alguns dos principais

objetivos do PECS são desprecarizar<sup>xxxii</sup> as relações de trabalho na ESF; valorizar o trabalho em equipe e estimular a interiorização e fixação dos profissionais para fortalecer os vínculos com a comunidade em todos os municípios.

Para elaborar o PECS e demais instrumentos e estratégias para gestão do trabalho da FESF, o grupo de trabalho instituído pela DAB/SESAB contou com o decisivo apoio dos consultores para o debate e formulação<sup>xxxiii</sup>. Portanto, precederam a constituição da proposta de carreira estadual para a saúde da família do Estado os seguintes produtos e ações:

- a) Estudo do mercado de trabalho na Saúde da Família do Estado, buscando compreender o perfil profissional de ocupação e remuneração regionalizado dos postos de trabalho, explicitando os fatores de fixação e provimento dos profissionais; tempo de permanência no município, entre outros aspectos;
- b) Diretrizes para o modelo e para os instrumentos jurídicos da Fundação Estatal Saúde da Família, incluindo embasamento legal da proposta e conformação dos fluxos referentes aos trâmites jurídicos necessários à sua instituição;
- c) Estudo do impacto econômico da FESF e, especificamente, da carreira proposta; e
- d) Elaboração de proposta de plano de empregos, cargos e salário para os trabalhadores da FESF, levando em consideração os acordos coletivos existentes no Estado.

Partindo desses estudos, elaborou-se a proposta de gestão do trabalho da Fundação, norteadas pelo diagnóstico de escassez de mão-de-obra qualificada, em um cenário de predominância da contratação informal, com grande oscilação das remunerações entre municípios vizinhos e entre as categorias profissionais – enfermeiro, médico e dentista –, além da frequente migração entre municípios da mesma microrregião em busca de salários e condições de trabalho mais atrativas.

Assim, estabeleceu-se que o Plano de Empregos, Cargos e Salários (PECS) deve observar os princípios constitucionais vigentes, especialmente os da eficácia, eficiência e os da continuidade dos serviços de interesse público. Além desses, anuncia que essa carreira deve:

---

<sup>xxxii</sup> Segundo entendimento do CONASS e do CONASEMS (2004), o trabalho precário está relacionado aos vínculos de trabalho no SUS que não garantem os direitos trabalhistas e previdenciários consagrados em lei, seja por meio de vínculo direto ou indireto. Ainda afirmam que mesmo que o vínculo seja indireto, é necessário garantir o processo seletivo e, sobretudo, uma relação democrática com os trabalhadores<sup>14</sup>.

<sup>xxxiii</sup> Os resultados dos estudos realizados pelos consultores foram apresentados no capítulo três.

a) definir uma maior amplitude de evolução funcional, com horizonte temporal adequado à Fundação e à vida funcional dos empregados;

b) contemplar a complexidade e especificidade dos serviços e aumentar as possibilidades de alocação e mobilidade dos empregados nas diferentes unidades organizacionais da Fundação;

c) estabelecer equilíbrio externo, compatibilizando as faixas de salários da Fundação com o mercado *loco* regional;

d) instituir uma política de ingresso, integração funcional, evolução, desenvolvimento e avaliação de desempenho;

e) aumentar o grau de responsabilidade do empregado sobre sua própria evolução, estabelecendo uma dinâmica e processos que potencializem o seu desenvolvimento profissional.

Através dessas ações, a FESF pretende desprecarizar as relações de trabalho na saúde da família, na medida em que visa a promover vínculo de trabalho com proteção social e as condições elencadas como as mais atrativas pelos trabalhadores que responderam à pesquisa, exposta no capítulo três.

Vale ressaltar que o plano de carreira da FESF também incorpora um conjunto de objetivos das diretrizes nacionais para instituição dos planos de carreiras, cargos e salários no âmbito do SUS, tais como:

Orientar a organização dos trabalhadores do SUS em carreira para atender aos municípios e regiões carentes; estabelecer compromissos solidários entre gestores e trabalhadores do SUS com a qualidade e profissionalismo na prestação dos serviços públicos de saúde [...] ingressar na carreira por meio de aprovação em concurso público; prever mobilidade sem perda de direitos; investir em educação permanente e avaliar desempenho para progressão na carreira<sup>30</sup>.

Mas deixa de incluir os princípios da universalidade dos planos de carreiras, equivalência dos cargos ou empregos em todas as esferas de governo.

A proposta de gestão de trabalho da FESF, traduzida no PECS, apareceu nas entrevistas acirrando alguns dissensos como os relacionados a regimes de contratação, estabilidade e responsáveis pelo trabalhador. Quanto a essas questões, o representante da DAB/SESAB afirmou que:

a carreira estadual para a saúde da família possibilita um emprego na gestão pública, o que faz uma diferença grande em relação ao que se tem hoje, onde há vários contratantes e muitas modalidades de contratação competindo entre si. Essa carreira responsabiliza tanto a FESF quanto o trabalhador, uma vez que a movimentação desses está relacionada à avaliação de desempenho. [...] não se trata da estabilidade clássica como a do servidor estatutário, mas é uma estabilidade muito maior do que quando esse é contratado fora do emprego público. (Diretor da DAB/SESAB)

Nessa questão, a representante do CES demonstra sua preocupação com o futuro profissional desse trabalhador e afirma que:

a Fundação funciona como uma espécie de “quarteirização”, tendo em vista que pode terceirizar serviços. Isso vai incorrer em mais prejuízo para os vínculos empregatícios, portanto mais extremamente precário, sem controle. [...] sendo um ente privado, pode romper o contrato sem nenhuma garantia da assunção do próximo contratado com relação aos trabalhadores. O sindicato luta contra todas as formas de transferência de gestão da saúde, por compreender que estas alternativas de gestão ferem princípios do SUS, particularmente o princípio do concurso para Administração Direta. (Conselheira do CES)

Para o procurador da PGE, a FESF:

está tratando de aprofundar uma proposta de modelo ao identificar os problemas e criar uma solução, pelo menos uma tentativa de solução. Isto já é um grande passo, porque o que a gente tinha até pouco tempo era uma ausência completa de uma política neste sentido.

Mas como todos esses princípios e diretrizes se organizam na carreira da FESF para os trabalhadores da saúde da família na Bahia? Quem contrata, remunera e faz a gestão do trabalho e a gestão do processo do trabalho? De quem é a responsabilidade da qualificação desses trabalhadores, da avaliação, progressão na carreira, demissão? Enfim, quais são as responsabilidades dos municípios, Estado e FESF frente a esses trabalhadores?

A começar pelo ingresso do trabalhador na FESF, observa-se que tal ocorre via concurso público. A Fundação realizará concursos a partir das demandas dos contratos de gestão estabelecidos entre ela e os municípios. Assim, o quantitativo de trabalhadores, a categoria e a localidade onde eles irão trabalhar serão definidos pelos municípios a partir das suas necessidades específicas. A FESF assume toda a responsabilidade pela execução do concurso, desde a licitação de empresas, passando pela criação de comissão específica e chegando à contratação dos trabalhadores.

A realização do concurso público, previsto para o início de 2010, apresentará uma distribuição regionalizada de vagas e terá provas na capital Salvador e descentralizadas para o interior: Juazeiro, Barreiras, Vitória da Conquista e Ilhéus. Além disso, será aplicada em outros sete Estados brasileiros: Porto Alegre, Curitiba, São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Brasília e Recife. O objetivo dessa ampla descentralização é divulgar a FESF e atrair profissionais interessados em uma carreira na saúde da família.

O concurso contemplará a contratação de sanitaristas para atuarem na gestão municipal e na administração da Fundação, além de profissionais para os Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF). Ainda para a estrutura administrativa, serão contratados também assistentes e analistas administrativos, técnicos e engenheiros de segurança do trabalho, assistentes sociais, farmacêuticos, psicólogos, especialistas educacionais, advogados, etc.

A distribuição regionalizada dos trabalhadores da saúde da família nos municípios do Estado será por ordem de classificação no concurso, escolhendo-se como sua primeira opção de lotação o município e depois a microrregião, ambos selecionados no momento da inscrição. A idéia é que, já no momento da inscrição, o trabalhador tenha acesso às características mais atrativas de cada município para incentivar sua escolha a partir de aspectos que favoreçam a sua permanência por um mínimo de dois anos no município, depois dos quais poderá requisitar mudança.

Caso os municípios pleiteados pelos trabalhadores já tenham preenchido suas vagas pelos concursados com melhor classificação, eles escolherão entre os municípios restantes. Quando não houver mais vagas disponíveis, irão para o cadastro-reserva. Os trabalhadores desse cadastro poderão estabelecer contratos temporários para cobrirem férias e licença-maternidade podendo, quando da vacância de posto em um município, estabelecer sua contratação celetista.

Aqui fica colocado mais um desafio para a FESF, o de convocar, negociar a lotação do trabalhador – na tentativa de garantir o ingresso do profissional que não tenha sido contemplado na escolha do município – e realizar todos os trâmites de contratação dentro de um curto período de tempo. Isso tudo em um ano de eleições, em que os prazos para convocação são menores.

Os trabalhadores da FESF terão como regime de contratação o da Consolidação das Leis do Trabalho<sup>xxxiv</sup> (CLT), que lhes assegura todos os direitos trabalhistas e previdenciários. Segundo Nogueira, esse vínculo:

é necessário no contexto institucional das fundações estatais não porque custa menos aos cofres públicos do que o estatutário; na verdade, atualmente, o celetista envolve

---

<sup>xxxiv</sup> A aprovação da Consolidação das Leis do Trabalho se deu pelo Decreto-Lei 5.452, de 1º de maio de 1943 que, em seu Art. 1º, afirma: “Fica aprovada a Consolidação das Leis do Trabalho, que a este decreto-lei acompanha, com as alterações por ela introduzidas na legislação vigente.”



maiores custos, devido, sobretudo, às contribuições que devem ser pagas ao Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS). O que é decisivo aqui é a instauração de um novo estilo de gestão de pessoal, caracterizado pela maior flexibilidade das regras e dos procedimentos administrativos, mas também pela valorização diferenciada dos trabalhadores, de tal modo a facilitar o alcance do objetivo maior, que é o de prestar serviços de melhor qualidade e mais satisfatórios aos usuários do SUS<sup>31</sup>.

Aqui residem outros dois tópicos importantes no debate: o concurso nas Fundações e seu regime de contratação. Depois de apresentar o debate sobre a estabilidade no regime celetista, vêm à tona os custos, benefícios e prejuízos que podem recair tanto sobre os trabalhadores quanto a FESF em um cenário de busca de equilíbrio entre a Fundação ter um grau de qualidade com custos mais baixos ou similares aos municípios que atualmente possuem para que seja viabilizada a contratualização entre esses dois entes.

No que tange ao concurso para o regime celetista, a representante do CES entende:

que deve haver mecanismos no contrato para que a Fundação assumira todos os direitos dos trabalhadores. Eles serão contratados pela CLT, isto é, o mínimo que se pode pleitear, porque seria um absurdo se o Estado fomentasse que a FESF contratasse de qualquer forma. A CLT garante aos trabalhadores, em sendo demitidos, o direito a receber fundo de garantia e suas vantagens demissionárias. [...] isso não impede de trabalharem três, seis meses ou um ano na FESF e serem demitidos, pois estão sob as regras estabelecidas pelo setor privado. (Conselheira do CES)

Segundo o diretor da atenção básica, que defende a distinção da aplicação do regime celetista na Administração Pública,

o concurso traz garantias na medida que um servidor quando faz um concurso para emprego público só pode ser demitido por demissão motivada, falta grave, etc. Então dá segurança ao trabalhador planejar sua vida, e isso torna a carreira da FESF atrativa.[...] traz garantias para o município que pode, via avaliação de desempenho insuficiente, requerer o desligamento de um trabalhador do seu município e pelo mesmo mecanismo de avaliação o trabalhador contestar as críticas do gestor. (Diretor da DAB/SESAB)

Para a operacionalização disso na prática, o PECS da FESF prevê a participação de trabalhadores da sua diretoria de gestão do trabalho para dirimir dúvidas e impasses nessa negociação.

No entanto, observa-se que há desvantagem do regime celetista em comparação com o estatutário, pois, devido aos encargos extraprevidenciários e com o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), ele se constitui uma alternativa de vinculação que só proporciona retorno de eficiência

em longo prazo, como contenção de gastos da previdência pública, na medida em que começar a acontecer a aposentadoria dos empregados celetistas.

O procurador da PGE levantou outras importantes questões no que diz respeito a esse regime. Ele preocupa-se com os controles que precisam ser estabelecidos na relação celetista. Segundo ele:

como historicamente o regime celetista é um regime privado, então os controles feitos pelas empresas são adequados à eficiência do setor privado, porque existe um controle efetivo de cada benefício. O cuidado que deve haver é o mesmo que as empresas privadas têm em relação a proteger seu patrimônio. No estabelecimento de uma relação trabalhista, tem-se o universo jurídico do direito privado que é protetivo do trabalhador, então, qualquer tipo de equívoco no PECS pode ter influências patrimoniais muito grandes para a FESF no futuro. Outra questão é o risco de atrasos com o pagamento de pessoal, pois na CLT paga-se multa trabalhista e isso gera um passivo muito grande para a FESF.  
(Procurador da PGE)

E é o custo da contratação dos profissionais um dos mais importantes desafios da FESF. A situação de precarização caracterizada por acordos informais entre gestores e trabalhadores tem garantido uma “economia” para os gestores, que não assegura os direitos trabalhistas e previdenciários. Por outro lado, “beneficia” o trabalhador que recebe um salário maior por trabalhar segundo essa lógica. Com a contratação celetista da Fundação Estatal, muitos gestores terão que refazer seus cálculos com o gasto de pessoal em saúde, porque, de fato, desprecarizar traz custos adicionais.

Com o intuito de promover a desprecarização, qualificar os trabalhadores e também de regular o mercado de trabalho na Estratégia de Saúde da Família, a FESF distribuiu os municípios em faixas de remuneração que correspondem às diferenças socioeconômicas e às condições de provimento e fixação dos trabalhadores entre os municípios e regiões da Bahia.

A questão da promoção da regulação do mercado de trabalho da estratégia saúde da família apareceu como um debate rico nas entrevistas. O diretor da DAB/SESAB, por exemplo, detalhou a forma como se pensa essa regulação:

A FESF não é como uma agência reguladora que tem o poder dado pelo Estado para fazer a regulação, ela tem autoridade de Estado para fazer regulação, uma regulação mercadológica. Na FESF, o conjunto de municípios contratantes fará parte de um sistema que tem salário, preços por equipe e lógica de mobilização pré-definidos; ter entrada por concurso público, então, inviabiliza que o município e trabalhador rompam unilateralmente o contrato, pois fazem parte de um sistema que tem regras. Nesse sentido, se 40% dos postos de trabalho da Bahia entram nesse monopóssônio, esse

comprador único que é o sistema, passa-se a ter um grande potencial desse sistema regular os preços de quem está fora do sistema. É nesse sentido que a FESF entra regulando o mercado de trabalho. Quanto maior a quantidade de postos de trabalho estiver por dentro desse sistema, maior é a potência de regulação do mercado de trabalho da FESF. [...] chegando numa situação que 90, 100%, total ideal, 100% dos postos de trabalho estivessem dentro da FESF, aí, sim, a decisão de quais seriam os salários seria uma decisão administrativa dentro da FESF. Essa é que é a idéia de regulação da FESF. (Diretor da DAB/SESAB)

Quanto a isso, o representante da procuradoria do Estado chama atenção para:

O fato de o município não ser obrigado a aderir à FESF e da necessidade do mercado de trabalho da saúde da família precisar ser regulado como um todo, ou seja, independente dos municípios, micro e macro regiões terem aderido total ou parcialmente à FESF. (Procurador da PGE)

Desse debate, pode-se concluir que, para além da FESF, precisa-se de uma ação conjunta, debatida e articulada nas instâncias de gestão colegiada, como os colegiados de gestão e CIB para pactuar minimamente as remunerações desses trabalhadores, sob pena de se construir um outro mercado concorrencial entre os municípios da FESF e os que não aderiram a essa.

A distribuição dos municípios em faixas também coaduna com o movimento de regulação do mercado de trabalho e impacta diretamente na proposta de contratação da FESF, estabelecendo o custo de cada trabalhador e equipe, ou seja, precificando os serviços a serem prestados. Portanto, o preço pago à FESF pela gestão do trabalho e educação permanente dos trabalhadores relaciona-se diretamente à faixa em que o município se localiza.

São onze as faixas de distribuição dos 417 municípios do Estado. O objetivo da faixa<sup>xxxv</sup> é diferenciar os municípios segundo seu potencial de atração e fixação de trabalhadores. A faixa zero corresponde à faixa de um índice de escassez muito alto de profissionais, ela também congrega os piores indicadores socioeconômicos, tendo, portanto, maior dificuldade de prover e fixar os

---

xxxv Considerou-se, para sua definição, o Índice de Desenvolvimento Social (IDS) combinado ao Índice de Desenvolvimento Econômico (IDE), utilizado pelo governo estadual, associados aos salários atuais apresentados na pesquisa de mercado de trabalho na saúde da família da Bahia.

profissionais. A faixa 10 situa-se no polo oposto, pois aí se encontram os municípios que reúnem as condições mais atrativas como educação, escola, lazer, boas estradas, etc.

Partindo dessa diferença do potencial de fixação, municípios de faixas diferentes pagarão remunerações diferentes aos seus trabalhadores. Vale observar que os municípios situados na faixa zero a quatro contarão com subsídios advindos do incentivo de especificidades regionais do Ministério da Saúde e também da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. A lógica da equidade é o eixo central da construção das faixas.

Caso o município não concorde com o custo da equipe ou de um de seus profissionais na faixa em que a FESF lhe enquadrou, ele pode reivindicar, junto à FESF, a troca de faixa para quatro, acima ou abaixo da que ele se encontra, comprovando que sua condição de provimento e fixação corresponde à da faixa que ele pleiteia. Essa possibilidade de negociar a faixa diz respeito à grande variabilidade das condições de provimento e fixação do profissional, bem como quanto à realidade de remuneração atual. Afinal, observou-se no capítulo três que o número de itens elencados como importantes para fixação de trabalhadores compõe uma extensa lista de requisitos que poucos municípios contemplam.

Com base nisso, cada município poderá pleitear a mudança desde que apresente comprovação até um mês antes do estabelecimento do contrato de gestão para que a FESF tenha tempo hábil de avaliar o pedido, que se dará a partir dos seguintes critérios:

- 1) Análise regional: relaciona a distância do município pleiteante para o município sede de microrregião, bem como apresenta as condições de oferta de residência para os trabalhadores, transporte e outros atrativos à fixação, além das remunerações pagas a municípios da mesma microrregião;
- 2) Dificuldades na fixação dos profissionais: comprovar à FESF, mediante apresentação do histórico do cadastro das equipes do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), demonstrando a rotatividade dos trabalhadores de nível superior da saúde da família nos últimos dois anos;
- 3) Remuneração atual: o município deve apresentar documentos à FESF com valores da remuneração atual como folhas de pagamento, cópias de recibos, ordem bancária, contratos e declarações, além de pactuações feitas nos colegiados de gestão regionais. Com isso, demonstrará que os salários da faixa em que está inserido são discrepantes do que ele vem pagando para tentar fixar seus trabalhadores.

A mudança de faixa pode se dar também por categoria profissional, tendo em vista que cada categoria, assim como a equipe, tem um custo especificado por faixa. Ou seja, o município terá prazo para requisitar mudança de faixa antes do estabelecimento do contrato de gestão ou quando da sua

renovação, o que inclui mudança de valores para a equipe inteira ou para uma ou mais de suas categorias (médico, enfermeiro e dentista).

Vale trazer o exemplo da enfermagem, que, segundo a pesquisa telefônica exposta no capítulo três, era a categoria com maior número de trabalhadores estatutários nos municípios. Em alguns casos a média salarial nesse tipo de vínculo estará abaixo do valor a ser pago para trabalhadores dessa categoria na FESF. Isso poderá influenciar a definição da faixa salarial para enfermagem.

Tendo em vista essas diferenças de valores por equipe e custo de profissionais, vale especificar a composição da remuneração para os trabalhadores da FESF, que contará com:

a) Salário-base para cada categoria profissional independentemente da faixa para 40 horas. O salário-base para médicos é de R\$ 4.065,59 e para enfermeiros e dentistas, R\$ 2.000,00;

b) Gratificações indutoras de qualidade:

b1) Adicional de monitoramento de produção e qualidade mensal que agrega 20% ao salário-base de cada trabalhador e corresponde ao cumprimento mínimo das atividades previstas na estratégia saúde da família (consultas, visitas domiciliares, atividades educativas, carga horária, etc.) e

b2) Prêmio semestral com base no contrato de gestão do cuidado – pactuado entre gestão municipal e equipe – está relacionado ao desempenho de toda a equipe no alcance de metas de qualidade;

c) Gratificações indutoras de provimento e fixação dos trabalhadores:

c1) Adicional de localização é a gratificação por fator de atração e fixação que depende da faixa na qual o município se encontra. A faixa zero é a de menor fator de fixação de trabalhadores e a faixa 10, a de maior fator. No caso dos médicos, esse adicional por localização varia da seguinte forma: os municípios da faixa 10 são os únicos que não recebem essa gratificação, já que não apresentam dificuldades de atrair e fixar os profissionais. Os municípios da faixa 9 receberão 10% a mais do salário-base, os da faixa 8 receberão 20% a mais, ou seja, vão-se agregando 10% a cada faixa menor até atingir 100% do salário-base por município na faixa de pior atração e fixação, a faixa zero.

**Tabela 8: Percentuais de agregação do adicional de localização para médicos da FESF, segundo faixa do município**

FAIXA	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
-------	----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

**Gratificação por localização**

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

Fonte: FESF. Gratificação por localização. Em prelo, 2009. Elaboração própria

No caso dos enfermeiros e dentistas, os valores dessa gratificação atingem um máximo de 50% e guardam a mesma lógica de não gratificar municípios da faixa 10 e atribuir gratificação máxima aos da faixa zero. A distribuição percentual dessa gratificação nas demais faixas ocorrerá segundo a tabela 9 abaixo.

**Tabela 9: Percentuais de agregação do adicional de localização para dentistas e enfermeiros da FESF, segundo faixa do município**

FAIXA	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
-------	----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

**Gratificação por localização**

0% 5% 10% 15% 20% 25% 30% 35% 40% 45% 50%

Fonte: FESF. Gratificação por localização. Em prelo, 2009. Elaboração própria

Os municípios das faixas com menor fator de atração e fixação, especificamente da faixa zero a quatro, terão subsídios no pagamento dessa gratificação provenientes de recursos estaduais e federais<sup>xxxvi</sup>.

<sup>xxxvi</sup> Os recursos federais estão vinculados ao incentivo das Compensações das Especificidades Regionais (CER), pactuado através da Resolução CIB nº 76/2008, que aprovou os critérios para a distribuição dos recursos financeiros e definiu prazo e

c2) Adicional por permanência de, no mínimo, dois anos na mesma equipe com o intuito de garantir o vínculo do profissional com o usuário e comunidade. Esse adicional será incorporado à remuneração do trabalhador após o referido período e mantém-se enquanto ele estiver no município, já que é essa a condição do adicional;

c3) Adicional por condições especiais de trabalho: o objetivo é atrair e fixar profissionais em todas as regiões do mesmo município, interiorizar a atenção em saúde e prestar serviços de qualidade para populações historicamente desassistidas. Esse adicional é um diferencial remuneratório para fixação em determinadas regiões, bairros ou localidades dentro do município que possuam áreas de difícil acesso, com população vulnerável, altos índices de violência, populações historicamente excluídas (indígenas, quilombolas, assentadas e presidiárias). Caso a localidade do município congregue mais de um desses fatores, o valor pode chegar a 20% do salário-base.

d) Gratificação para educação permanente: o trabalhador da FESF será incentivado a assumir a preceptoria de estudantes de residência e a tutoria dos cursos de especialização em Saúde da Família, iniciativa permanente de qualificação da estratégia na qual o trabalhador receberá uma bolsa relacionada a essas atividades, incluindo a qualificação de outros trabalhadores da estratégia, como Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Técnicos de Saúde Bucal (TSB), etc.

Observa-se que a composição da remuneração, partindo do salário-base e incluindo o adicional de localização, mantém a disparidade entre os salários do médico quando comparados aos do dentista e enfermeiro. Persiste na FESF a lógica de mercado, ou seja, de remunerar distintamente profissionais do mesmo serviço, com mesma carga horária e complexidade do trabalho. A dificuldade de contratar e manter médicos para a Estratégia tem permitido a essa categoria uma negociação “privilegiada”, porque bastante marcada pela lógica da oferta e da procura, em um Estado no qual as escolas médicas, além de serem insuficientes no que tange à quantidade de médicos formados para a população, apresentam limitações na qualificação para o trabalho no SUS, por conseguinte, na atenção básica.

---

sistemática de adesão aos programas propostos, sendo o componente I destinado ao Programa de Instituição Interfederada da Fundação Estatal Saúde da Família. Em relação ao incentivo estadual. Está em debate e negociação na CIB a mudança dos critérios, tendo em vista a necessidade de dar resposta às diretrizes de desprecarização e expansão da proposta do Programa de Desenvolvimento Interfederado da Estratégia de Saúde da Família, pactuada através da Resolução CIB 123/2009.

**Tabela 10: Composição da remuneração dos trabalhadores de saúde da família da FESF**

<b>Componentes fixos e variáveis da remuneração</b>	<b>Médico</b>	<b>Dentista e Enfermeiro</b>
Salário-Base em reais	R\$ 4.065,00	R\$ 2.000,00
Gratificação por Fator de Atração e Fixação (faixas) agrega até:	100%	50%
Adicional por monitoramento de produção e qualidade agrega até:	20%	20%
Adicional por condições especiais de trabalho agrega até:	20%	20%
Adicional por permanência de, no mínimo, 2 anos na mesma equipe agrega mais:	10%	10%
Prêmio semestral conforme desempenho e metas de qualidade para toda a equipe	50%	75%
Gratificação para Educação Permanente pode agregar até:	R\$ 2.000,00	R\$ 2.000,00

Fonte: FESF. Composição da remuneração dos trabalhadores de saúde da família da FESF. Em prelo 2009

Para explicitar tanto a remuneração que resulta dessa composição quanto o valor que o município paga pela equipe nas distintas faixas, montou-se a tabela 11 a seguir.



**Tabela 11: Proposta de remuneração para médicos, dentistas e enfermeiros, com prêmio máximo, por faixa de atração e fixação, e preço final da equipe para o município com subsídios**

<b>FAIXA</b>	<b>Médico</b>	<b>Enfermeiro e dentista</b>	<b>Preço final da equipe p/ município c/ subsídio</b>
<b>10</b>	<b>6.126,92</b>	<b>3.284,00</b>	<b>17.334,15</b>
<b>9</b>	<b>6.578,65</b>	<b>3.395,11</b>	<b>17.906,77</b>
<b>8</b>	<b>7.030,38</b>	<b>3.506,22</b>	<b>18.540,39</b>
<b>7</b>	<b>7.482,12</b>	<b>3.617,33</b>	<b>19.173,00</b>
<b>6</b>	<b>7.933,85</b>	<b>3.728,44</b>	<b>19.806,62</b>
<b>5</b>	<b>8.385,58</b>	<b>3.839,56</b>	<b>20.499,23</b>
<b>4</b>	<b>8.837,31</b>	<b>3.950,67</b>	<b>21.191,85</b>
<b>3</b>	<b>9.289,05</b>	<b>4.061,78</b>	<b>21.885,46</b>
<b>2</b>	<b>9.740,78</b>	<b>4.172,89</b>	<b>22.578,08</b>
<b>1</b>	<b>10.192,51</b>	<b>4.284,00</b>	<b>23.271,69</b>
<b>0</b>	<b>10.644,24</b>	<b>4.395,11</b>	<b>23.965,31</b>

Fonte: Custo da equipe e remuneração de médico, enfermeiro e dentista da FESF. Em prelo, 2009

Para detalhar o custo da desprecarização na FESF – com garantia de todos os direitos trabalhistas previstos na CLT e incluindo as gratificações já citadas –, apresenta-se aqui uma tabela que será utilizada como base de cálculo para definir o valor a ser pago a médicos, enfermeiros e dentistas em cada município que contratar a FESF (Tabela 12).

**Tabela 12: Cálculo do custo-base dos trabalhadores médicos, enfermeiros e dentistas da FESF**

<b>Profissionais</b>	<b>%</b>	<b>Médico</b>	<b>Enfermeiro</b>	<b>Dentista</b>
<b>Salário-base</b>		<b>4.065,59</b>	<b>2.000,00</b>	<b>2.000,00</b>
<b>Adicional de produção e qualidade agrega até</b>	<b>20%</b>	<b>813,12</b>	<b>400,00</b>	<b>400,00</b>
<b>Adicional por localização (11 faixas – 0 – 100%)</b>	<b>O valor desse adicional depende da faixa do município</b>			
<b>Subtotal 1</b>		<b>4.878,71</b>	<b>2.400,00</b>	<b>2.400,00</b>
<b>Adic. insalubridade (20% Sal. Mín)</b>		<b>93,00</b>	<b>93,00</b>	<b>93,00</b>
<b>Salário bruto sem vale alimentação</b>		<b>4.971,71</b>	<b>2.493,00</b>	<b>2.493,00</b>
<b>Férias</b>	<b>1/12/3</b>	<b>138,10</b>	<b>69,25</b>	<b>69,25</b>
<b>13º Salário</b>	<b>1/12</b>	<b>414,31</b>	<b>207,75</b>	<b>207,75</b>
<b>Base Salarial</b>		<b>5.524,12</b>	<b>2.770,00</b>	<b>2.770,00</b>
<b>Encargos</b>				
<b>INSS</b>	<b>20,0%</b>	<b>1.104,82</b>	<b>554,00</b>	<b>554,00</b>
<b>FGTS</b>	<b>8,0%</b>	<b>441,93</b>	<b>221,60</b>	<b>221,60</b>

<b>FGTS s/ Rescisão/p/ Fundação =100%</b>	<b>4,0%</b>	<b>220,96</b>	<b>110,80</b>	<b>110,80</b>
<b>PIS</b>	<b>1,0%</b>	<b>55,24</b>	<b>27,70</b>	<b>27,70</b>
<b>Seguro Acidente de Trabalho</b>	<b>3,0%</b>	<b>165,72</b>	<b>83,10</b>	<b>83,10</b>
<b>Salário Educação</b>	<b>2,5%</b>	<b>138,10</b>	<b>69,25</b>	<b>69,25</b>
<b>Inbra</b>	<b>0,2%</b>	<b>11,05</b>	<b>5,54</b>	<b>5,54</b>
<b>SESC</b>	<b>1,0%</b>	<b>55,24</b>	<b>27,70</b>	<b>27,70</b>
<b>SENAC</b>	<b>1,5%</b>	<b>82,86</b>	<b>41,55</b>	<b>41,55</b>
<b>Sebrae</b>	<b>0,6%</b>	<b>33,14</b>	<b>16,62</b>	<b>16,62</b>
<b>Subtotal Encargos s/ Base Sal.</b>	<b>41,8</b>	<b>2.309,08</b>	<b>1.157,86</b>	<b>1.157,86</b>
<b>Total Salários + Encargos</b>		<b>7.833,20</b>	<b>3.927,86</b>	<b>3.927,86</b>
<b>Vale Alimentação (12 x 22 dias)</b>		<b>264,00</b>	<b>264,00</b>	<b>264,00</b>
<b>Vale Transporte</b>		<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
<b>Prêmio Máximo<sup>xxxvii</sup></b>		<b>338,80</b>	<b>250,00</b>	<b>250,00</b>
<b>Total custo mensal</b>		<b>8.436,00</b>	<b>4.441,86</b>	<b>4.441,86</b>

<sup>xxxvii</sup> O prêmio refere-se ao alcance das metas frente aos indicadores pactuados entre equipe e gestor municipal através do contrato de gestão do cuidado.

<b>RESUMO</b>				
<b>Salário Bruto Completo com Prêmio mensal</b>		<b>6.126,92</b>	<b>3.284,00</b>	<b>3.284,00</b>
<b>Salário Bruto Anual</b>		<b>73.523,03</b>	<b>39.408,00</b>	<b>39.408,00</b>
<b>Total custo anual</b>	<b>x12</b>	<b>101.232,02</b>	<b>53.302,32</b>	<b>53.302,32</b>

Fonte: Instituto de Direito Sanitário (IDISA, 2009)

O que mais chama atenção é que o conjunto desses custos não é sequer conhecido pelos secretários municipais de saúde, nem pelo prefeito. Algumas das garantias trabalhistas são calculadas pela Secretaria de Administração do município, sendo muito frequente o alheamento da coordenação da atenção básica que usualmente sabe apenas do salário bruto ou líquido, sem ter os dados da composição da remuneração global de seus trabalhadores. Isso faz com que o gestor desconheça o valor real pago aos seus trabalhadores, bem como as garantias que deixa de pagar, o que lhe coloca e mantém em situação de irregularidade e traz dificuldades para a gestão desse novo contrato de trabalho, afinal, há um reduzido número de profissionais qualificados nessa área.

Observa-se que a proposta de remuneração da FESF, apresentada anteriormente (Tabela 12), já inclui o adicional por produção e qualidade que comporá a remuneração da Fundação, mas deixa em aberto o adicional de localização que fará a diferença na remuneração final do trabalhador a depender do município em que ele seja lotado. Esse adicional de localização segue a lógica da equidade, uma vez que prevê o pagamento de um valor maior aos trabalhadores lotados em municípios com menores fatores de fixação.

A disparidade entre o que o trabalhador ganha e o que o município tem que arcar com impostos e demais obrigações legais foi colocada por todos os atores envolvidos como uma questão a ser equacionada. Do ponto de vista do município, a idéia de desprecarizar seus trabalhadores está vinculada a um gasto compatível com o que ele tem atualmente para contratá-los. Por outro lado, os trabalhadores, em alguns municípios, poderão ficar com salários menores do que recebem no contrato precário. Encontrar um meio termo entre a necessidade de não aumentar custos do gestor e a demanda dos trabalhadores pela manutenção do que hoje já ganham é fundamental para viabilizar a própria FESF.

Nesse momento que antecede o estabelecimento dos contratos de gestão, os gestores tiveram – muitos pela primeira vez – a clareza da quantidade de impostos e tributos a serem pagos para manter um regime de trabalho com inclusão dos direitos trabalhistas. Dirigentes da Fundação Estatal têm buscado subsídios nas diversas esferas de gestão do SUS para reduzir o preço final da equipe e viabilizar a própria proposta.

É um momento de importantes definições esse da implantação da FESF, pois, além de buscar e estabelecer as fontes de recurso que tornarão viável a contratação da Fundação, esta se esforça por convencer os municípios a pagarem o preço da desprecarização e a ganhar o interesse dos trabalhadores para uma carreira que pretende mudar o que hoje é instituído e hegemônico.

Como já demonstrado na pesquisa apresentada no capítulo três, a remuneração, apesar de ser o fator que mais atrai os trabalhadores, não resolve sozinha o problema do provimento e da fixação. Resta saber se as garantias trabalhistas e as diferenças que a FESF apresenta frente a outros modelos, como o das Organizações Sociais, serão suficientes para garantir a presença de trabalhadores nos municípios que contratá-la.

Apenas para ilustrar, seguem, no quadro 9, algumas das principais distinções da proposta de gestão do trabalho da FESF e das O.S. da proposta nacional.

## Quadro 9: Comparação dos modelos FESF e O.S. no que tange à gestão do trabalho

<b>GESTÃO DO TRABALHO</b>	<b>FESF</b>	<b>O.S. (proposta nacional)</b>
<b>Regime de emprego</b>	<b>CLT com regras da iniciativa pública</b>	<b>CLT com regras da iniciativa privada</b>
<b>Concurso público</b>	<b>Obrigatório</b>	<b>Não é obrigatório</b>
<b>Cessão de pessoal</b>	<b>Com ônus para a FESF</b>	<b>Com ônus para o setor público<sup>xxxviii</sup></b>
<b>Complemento de remuneração para pessoal cedido</b>	<b>Permitido com recurso de ente público contratante</b>	<b>Permitido desde que não seja com recurso público</b>
<b>Demissão</b>	<b>Abre processo administrativo para avaliar se há justa causa</b>	<b>Não requer processo administrativo</b>
<b>Vínculo com a Administração Pública</b>	<b>Não é terceirização, está dentro do Estado, vinculado à administração</b>	<b>Terceirização autorizada pelo Estado</b>

Fonte: MPOG<sup>17</sup> (2007), SESAB<sup>21</sup> (2007). Elaboração própria.

Diante dessas distinções, ainda cabe perguntar: quais seriam as outras estratégias e os mecanismos construídos pela FESF para viabilizar e tornar atraente a sua carreira?

Algumas outras peculiaridades da carreira proposta pela Fundação é a utilização da composição de gratificações, como estratégia que pretende favorecer a fixação de profissionais da saúde da família nos municípios; também prevê a criação de mecanismos que viabilizem a mudança do trabalhador entre municípios contratantes da FESF sem demissão, tendo em vista que a carreira tem abrangência estadual.

---

<sup>xxxviii</sup> Prevista a cessão especial de servidores públicos, com ônus para o Poder Público com objetivo é transferir o conhecimento acumulado dos servidores que atuavam no órgão/entidade extinto e, assim, não prejudicar a prestação do serviço<sup>17</sup>. A remuneração complementar de servidores pela OS é permitida, desde que não seja com recursos públicos, provenientes do Contrato de Gestão.

Mas, para que seja possível essa mobilidade, um conjunto de critérios precisa ser preenchido pelo trabalhador. Os critérios para mobilidade incluem: possuir, no mínimo, dois anos de vínculo com a FESF; que sua última mudança de município tenha ocorrido há, no mínimo, dois anos, além de tomar como base de cálculo a faixa de atração e fixação do município em que o trabalhador se encontra. Assim, será maior pontuado o trabalhador que estiver em município de menor fator de fixação, como mostra a tabela 13 abaixo.

**Tabela 13: Pontuação de trabalhadores para mobilidade entre municípios, por faixa de fixação do município**

<b>Faixa do Município</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
<b>Fator de fixação</b>	0,11	0,1	0,09	0,08	0,07	0,06	0,05	0,04	0,03	0,02	0,01

Elaboração própria

Portanto, a mobilidade do trabalhador está balizada pelo cálculo:

Tempo de trabalho no último município (meses) X fator correspondente à faixa do último município em que atuou X média em avaliações de desenvolvimento X progressão na carreira = pontos do trabalhador na seleção interna.

Em caso de empate, será considerada a maior média geral das avaliações de desempenho funcional.

A mobilidade do trabalhador – característica dos trabalhadores da saúde da família na Bahia – foi considerada pela FESF como uma de suas principais demandas e, para respondê-la, estabeleceram-se esses parâmetros de mobilidade, caracterizando uma carreira estadual para a saúde da família.

Como se pode observar, a mobilidade está condicionada à avaliação de seu trabalho e essa é orientada por instrumentos de avaliação de desempenho funcional, que co-responsabiliza o trabalhador com base em metas, parâmetros, indicadores e obrigações pactuados entre ele e a gestão municipal; mapeia as necessidades de educação permanente e debruça-se sobre as relações de trabalho

estabelecendo, em caso de desempenhos insatisfatórios, planos de ação individuais ou para equipe.

Com o intento de dar a transparência necessária nos processos de avaliação dos trabalhadores da FESF – o que tem implicações no recebimento de gratificações mensais e semestrais – cada município será co-responsável pela execução da avaliação. Também está prevista a necessidade de estabelecimento de um Contrato de Gestão do Cuidado (CGC), no qual devem ser elencados, para cada equipe, os indicadores, parâmetros e metas para avaliação do desempenho do trabalhador.

A idéia relacionada ao CGC é a de associar a gestão do trabalho à gestão do processo de trabalho. Isso é absolutamente necessário para a FESF, uma vez que, ao instituir uma remuneração variável, relacionada a metas de qualidade e à mudança do modelo de atenção, torna-se necessário o estabelecimento de um instrumento de pactuação e planejamento desse processo de trabalho.

A expectativa relacionada ao CGC é de que o município estreite as relações com esses trabalhadores, fazendo a gestão do seu processo de trabalho e priorizando ações, ao tempo em que institui uma nova lógica de gestão do cuidado que inclui planejamento sistemático, programação da agenda, acompanhamento e avaliação dos indicadores e metas pactuadas. Nesse sentido, o CGC pode e deve ser sempre revisado perante avaliações mensais de seu cumprimento.

A avaliação de desenvolvimento funcional tem a finalidade de apreciar sistematicamente o desempenho do empregado e da sua conduta no exercício de suas atribuições para que sejam alcançadas as metas e objetivos da Fundação. Outro objetivo desse instrumento é de que ele possa constituir-se em um processo pedagógico e participativo.

Sendo assim, algumas das principais consequências da avaliação de desenvolvimento funcional da FESF, que será realizada, no mínimo, anualmente, são: aprovação ou não do empregado no período de experiência (noventa dias), conforme CLT; gratificações a partir do cumprimento das metas; progressão funcional dos empregados e desligamento do empregado da FESF em caso de insuficiência de desempenho.

A progressão funcional e pecuniária dos empregados da FESF dar-se-á, como referido no Plano de Emprego, Carreiras e Salários da FESF, através da progressão por mérito e adicional por titulação, considerando-se para fins de concessão da progressão por mérito a ordem de classificação do empregado na avaliação de desenvolvimento funcional; observa-se aí o interstício mínimo de dois anos de serviço contínuo.

Para a progressão por mérito ainda serão exigidas as seguintes condições: dois anos de efetivo exercício no emprego / função; mínimo de doze meses no exercício no emprego; pontuação mínima



estabelecida no processo de avaliação de desenvolvimento funcional; inexistência de qualquer tipo de afastamento superior a noventa dias, nos últimos doze meses, exceto o relacionado à licença-maternidade; não ter se afastado do exercício das atividades próprias do emprego / função que ocupa, excetuadas as hipóteses de aproveitamento, substituições e readaptações previstas.

Para a progressão por mérito<sup>29</sup> será resguardada a proporcionalidade das diferentes categorias funcionais, unidades organizacionais e turnos de trabalho dos empregados vinculados à carreira. O Conselho Curador da Fundação fixará, a cada exercício, o percentual de empregados que terão direito à progressão por mérito, observando a faixa limitadora entre o mínimo de 20% e o máximo de 60%.

Por seu turno, a progressão por titulação consiste na evolução pecuniária da remuneração do empregado ao longo de sua vida funcional na Fundação, na razão estabelecida, incidindo sobre o padrão salarial inicial do emprego<sup>29</sup>.

Essa progressão prevista no PECS configura-se como um dos objetivos da FESF elencados no Estatuto, que é o de promover formação, qualificação e educação permanente para os trabalhadores dos municípios instituidores e contratantes da Fundação. A previsão é de que se construa uma política de educação permanente em consonância com as políticas nacional e estadual de educação permanente para o SUS. No Estatuto<sup>25</sup>, ainda consta como obrigação da FESF, em seu Art. 42, § 2º que:

a Fundação deverá investir na qualificação, desenvolvimento e publicização e de suas atividades, anualmente, no mínimo 3% de suas receitas, em especial em ações destinadas à inovação tecnológica, modernização administrativa, qualificação do processo de trabalho, educação permanente de pessoal, pesquisa, adequação mobiliária e imobiliária e comunicação social<sup>25</sup>.

A preocupação dos dirigentes da FESF em garantir financiamento para educação permanente no Estatuto assentou-se na trajetória histórica de secundarização dos processos de qualificação de trabalhadores no SUS, frente a escassez de recursos. Outra questão já diagnosticada é a situação de baixa qualificação dos profissionais que trabalham na saúde da família – no que se refere ao entendimento da própria estratégia e dos modos de cuidar com foco em promoção e prevenção da saúde – o que tem distorcido os processos de cuidado em saúde.

Por isso, a FESF conta com uma diretoria de gestão da educação e do trabalho em saúde com o intuito de qualificar permanentemente os trabalhadores. O compromisso assumido com os municípios é que todo trabalhador contratado pela Fundação terá assegurado o curso introdutório, bem como a especialização em, no máximo, dois anos de trabalho na FESF. Um conjunto de atualizações

também será ofertado pela Fundação e estará disponível para os municípios escolherem no contrato de gestão a ser firmado entre cada um deles e a FESF. Vale ressaltar que os municípios podem contratar formação para os profissionais de seu território que não sejam empregados da Fundação Estatal.

Em relação à aposentadoria do trabalhador da FESF, cabe esclarecer que o fato de ser contratado pelo regime CLT na Administração Pública o constitui como empregado público<sup>xxxix</sup> e, portanto, está fora do regime da previdência pública. Mas devem contribuir para o Regime Geral de Previdência Social e serão aposentados de acordo com as regras e o teto de valor da aposentadoria que valem para os trabalhadores dos demais setores da economia; assim, de um modo geral, para nível de remuneração bruta superior a 10 salários mínimos, a aposentadoria do empregado público dá-se em valores abaixo do que se aplicaria a um estatutário do mesmo nível de remuneração.

Vale pontuar que uma das principais motivações para o governo federal ter decidido adotar a relação celetista para seus empregados encontra-se na possibilidade desse vínculo acarretar diminuição do *déficit* da previdência dos funcionários públicos. O empregado público terá sua aposentadoria fixada em valores equivalentes aos limites que hoje se aplicam a todos os trabalhadores do setor privado e terá que recorrer ao sistema complementar de previdência privada, se quiser aumentar o valor de sua aposentadoria. Portanto, mesmo considerando os ajustes que foram introduzidos no que se refere a limites de idade e de tempo de serviço, a perspectiva de aposentadoria dos estatutários será sempre melhor que a dos empregados.

Fica aí mais um desafio à FESF, ou seja, o de promover uma remuneração a seus empregados com valores que compensem, de alguma maneira, as diferenças nas regras de aposentadoria.

---

<sup>xxxix</sup> É a Lei Nº 9.962, de 22 de fevereiro de 2000 que “disciplina o regime de emprego público do pessoal da Administração federal direta, autárquica e fundacional, e dá outras providências”. E afirma no seu “Art. 1º O pessoal admitido para emprego público na Administração federal direta, autárquica e fundacional terá sua relação de trabalho regida pela Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e legislação trabalhista correlata, naquilo que a lei não dispuser em contrário.”

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve um caráter descritivo e exploratório da proposta de gestão do trabalho da Fundação Estatal Saúde da Família. A sua consecução foi marcada por dois importantes desafios: o primeiro refere-se ao fato de o objeto encontrar-se inicialmente em processo de elaboração e, posteriormente, de implantação. O segundo, diz respeito ao envolvimento direto da pesquisadora nas discussões sobre a Fundação na Diretoria de Atenção Básica da Secretaria de Saúde do Estado, o que imprimiu ao estudo um aspecto de vivência sistematizada.

A escolha do tema teve como finalidade lançar luz tanto à proposta de gestão do trabalho da FESF da Bahia, quanto de ampliar as reflexões em torno de sua instituição interfederada e vinculada à saúde da família, tendo em vista que o debate de Fundações estatais no âmbito da saúde que domina o cenário nacional relaciona-se a Fundações hospitalares. Pretendeu-se também abrir um novo campo de debates para a gestão da saúde de municípios e Estados que enfrentam as mesmas dificuldades em relação à Estratégia de Saúde da Família. Para isso, envidaram-se esforços para discutir os principais elementos e desafios trazidos pela FESF.

O resgate histórico das mudanças no mundo do trabalho explicitou alguns determinantes dos problemas relacionados à gestão do trabalho em saúde revelando como os momentos de crise financeira das últimas décadas impactaram, entre outras questões, na retração dos empregos, flexibilização das relações de trabalho e da regulação pública sobre o contrato de trabalho, além da redução da proteção social.

Essas mudanças gerais no mundo do trabalho, mencionadas no capítulo 1, bem como a agenda de reforma do Estado, afetaram tanto o emprego no setor público como no privado. Nesse cenário, a revisão do papel do Estado tinha por objetivo alinhá-lo à agenda hegemônica e internacional de reformas. Isso implicava a redução do seu papel de prestador de serviços, assumindo mais um papel de regulador e promotor das políticas públicas.

Mas, paralelamente à reforma do Estado, ocorria uma outra reforma, a da saúde, com um caráter marcadamente expansionista na medida em que conferia direitos sociais universais e demandava responsabilidades e ações estatais. Assim, se de um lado a reforma da saúde necessitava da ampliação do número de serviços e da contratação de mais trabalhadores, do outro, as transformações no mundo do trabalho e principalmente as mudanças no papel do Estado – materializadas no Plano Diretor da Reforma do Estado – traziam objetivos incompatíveis com a reforma da saúde, a exemplo da

redução de custos com pessoal na Administração Pública.

Na década de 90, o compromisso de implantar reformas estruturais, como a reforma do setor produtivo estatal, levou à necessidade de se debater a configuração de novos modelos jurídico-institucionais que poderiam estabelecer relações com o Estado, para atuarem inclusive na área social. Em relação às atividades não exclusivas do Estado, como educação e saúde, a expectativa enunciada no Plano Diretor da Reforma de Estado era de que fossem repassadas para as Organizações Sociais. Rever o papel do Estado e reduzir o seu tamanho traduzia-se também na necessidade de compartilhar ou mesmo delegar responsabilidades a outros entes

Em 2004, ressurgiu o debate sobre a necessidade de novos modelos jurídicos para a Administração Pública. A idéia central era viabilizar a conformação de um ente que, ligado à administração direta, conseguisse dar mais agilidade aos trâmites burocráticos, mais flexibilidade à gestão e aos formatos de contratação de pessoal para o serviço público. Surgiu nessa discussão a proposta Nacional de Fundação Estatal de direito privado, cuja principal vantagem apontada pelos seus defensores em relação ao modelo das O.S. é o fato de compor a administração indireta do Estado e, portanto, ser uma entidade pública.

Vale ressaltar que organizações sociais e a proposta da Fundação apresentam algumas similaridades, pois ambas propõem mudanças em algumas lógicas tradicionais do serviço público. Dois exemplos emblemáticos disso são o fato de ambas terem como propósito tanto a revisão dos modelos organizacionais do serviço público quanto do ponto de vista do vínculo com o emprego público, ao instituírem a substituição do vínculo estatutário pelo celetista. Outro ponto de similaridade é que tanto as Organizações Sociais quanto a Fundação enfrentaram resistências no Legislativo federal para a aprovação de suas leis autorizativas.

No entanto, assim como no final dos anos 1990 a implantação de Organizações Sociais na saúde dependeu de iniciativas estaduais, também no período recente a instituição do modelo de Fundações Estatais decorreu da adesão de alguns Estados, que conseguiram autorizações legislativas, visto que até o momento a União não conseguiu viabilizar politicamente a sua proposta de Fundação Estatal.

O Estado da Bahia, por seu turno, deparou-se com entraves para aprovação da lei autorizativa para Fundação hospitalar e também para a Fundação Estatal Saúde da Família, por conta dos dissensos no bojo do próprio governo. Isso levou à responsabilidade de aprovação da lei de instituição da Fundação Estatal Saúde da Família para os municípios. Pode-se concluir daí que as dificuldades

encontradas nas esferas federal e estadual levaram, no caso da Bahia, para o âmbito do município a possibilidade de instituição da FESF.

O desenho da Fundação Estatal Saúde da Família ainda agregou desafios que a proposta nacional não enfrentou, como as relacionadas ao modelo jurídico, afinal, trata-se de um ente interfederado instituído por um conjunto de leis autorizativas dos municípios.

Outra diferença da proposta nacional de Fundação Estatal e a da FESF é que essa não se restringe a mudanças no modelo organizacional como pensado originalmente para o modelo de Fundação discutido em caráter nacional, pois busca também soluções para a gestão do trabalho na estratégia saúde da família, tomando como uma de suas prioridades a instituição de uma carreira estadual para esses trabalhadores.

Além dessa distinção, pode-se elencar ainda que os espaços de gestão colegiados da FESF incluem um maior número de atores e que seu controle externo envolve órgãos de controle tanto do Estado quanto do município e que até a sua extinção depende de mais de 60% de leis municipais dos co-instituidores, enquanto na proposta nacional basta uma. Com isso, observa-se o grau de complexidade tanto das relações contratuais entre esses entes quando do ponto de vista da gestão da FESF.

Para dar continuidade a essa análise e debater os principais desafios da Fundação, tomou-se como base os eixos estruturantes da proposta: o jurídico institucional, o sistema de governança e o objeto deste estudo, a proposta de gestão do trabalho.

Em relação ao caráter interfederado da FESF, algumas vantagens foram apontadas e relacionaram-se à mobilização de um número expressivo de municípios na Bahia, que, diante dessa aliança, tem ganhado força nas negociações junto à Comissão Intergestores Bipartite e também ao MS, ou seja, agregou poder de discussão política, o que facilita sua pactuação nos órgãos colegiados do SUS.

Mas um dos grandes desafios desse desenho interfederado é o fato de não possuir precedente na história do SUS e na legislação do País, apesar de o Brasil ter tradicionalmente uma relação interfederada entre seus entes. É importante destacar que, para além das necessidades de avanços na legislação, é necessário reconhecer os limites impostos pelos problemas estruturais e institucionais que afetam os municípios. Esses não são superáveis apenas com mudanças nos modelos de gestão, pois as peculiaridades de cada município, resultantes de sua trajetória frente às demandas das políticas de saúde, requerem investimentos também na qualificação dos seus gestores e trabalhadores, além de fontes estáveis de financiamento para a gestão do trabalho e para ações e serviços de saúde.

O sistema de governança da FESF também apresenta muitos desafios para implementação do modelo. Alguns deles dizem respeito à composição e funcionalidade do papel estratégico do conselho curador, uma vez que a maioria dos seus membros inaugurará um formato de gestão para essa fundação, tendo em vista o fato dessa ser a primeira no país.

Já a composição ampliada do conselho interfederativo aponta tanto para uma democratização da gestão quanto para um esforço maior de pactuação diante de interesses muitas vezes divergentes. Vale pontuar que a eleição para o conselho curador relaciona a vaga ao município e não ao seu representante, o que traz mais estabilidade para a gestão do conselho em caso de mudanças de secretários municipais de saúde.

Como todo o quadro da Fundação é composto de trabalhadores que devem prezar pelo interesse público e, ao mesmo tempo, estão em uma instituição com as peculiaridades do direito privado, torna-se necessária a constituição de uma cultura organizacional que contemple tanto a eficiência que o modelo quer imprimir na gestão do trabalho quanto a garantia da conservação do interesse público na execução de suas ações.

A construção, utilização, acompanhamento e avaliação dos contratos de gestão são outros pontos estratégicos para esse debate. Pode-se começar pela constatação da falta de experiência nesse formato de relações entre entes no SUS. A construção de metas e indicadores, muitas vezes, restringe-se à elaboração dos planos de gestão municipais que, na maioria dos casos, sequer são consultados ao longo de toda uma gestão.

Outro aspecto é a ausência de experiência dos trabalhadores da gestão municipal para o acompanhamento cotidiano dos contratos. Assim, a FESF, além de desenhar e pactuar as estruturas de acompanhamento e avaliação do alcance de resultados, tem que se comprometer em ofertar qualificações frequentes para os trabalhadores da sua própria administração e daqueles da gestão municipal. Afinal, o histórico de dificuldades e a rigidez do modelo da Administração Pública atual, caracterizada, em sua maioria, pela limitada autonomia de gestão e baixa profissionalização, são reconhecidamente um problema.

No atual momento de início de implantação, ainda está em construção um conjunto de novos pactos, tais como a definição da inserção do controle social frente ao acompanhamento e avaliação do contrato de gestão, bem como a atuação do Tribunal de Contas dos Municípios, Tribunais de contas dos Estados, auditoria do Estado, Ministério Público Estadual e Controladoria Geral do Estado. Outras questões importantes que estão sendo definidas dizem respeito ao relacionamento da FESF como os

controles internos advindos da ouvidoria, conselhos fiscal, interfederativo e com os controles externos acima citados. Quais são os fluxos, prazos e qual a relação de cada ente no acompanhamento dos contratos e da própria gestão da FESF? Como criar um sistema efetivo de controle de metas? E como evitar que a avaliação dos contratos de gestão, cujo objetivo é funcionar como um instrumento de qualificação da gestão, não se torne cartorial e obsoleta? Essas questões remetem à necessidade da participação ativa de cada entidade referida no processo de construção dessas relações.

Já em relação ao número de contratos a serem estabelecidos entre a Fundação Estatal Saúde da Família e os municípios, a expectativa dos dirigentes da FESF é que seja, no mínimo, de todos os municípios que possuem leis autorizativas e daqueles que assinaram protocolos de intenção, o que corresponderia à metade dos municípios da Bahia.

O volume de contratos é absolutamente essencial, tendo em vista que a Fundação existe enquanto houver municípios que a contratem, pois se mantêm majoritariamente dos recursos advindos desses contratos. Convencer os municípios a contratarem os serviços da Fundação Estatal Saúde da Família tem sido a prioridade nesse momento inicial de implantação. Vale ressaltar também que o número de equipes contratadas definirá o tamanho do concurso e também o quantitativo de trabalhadores para a administração da Fundação. O contrato de gestão, portanto, se configura como um dos mais notórios determinantes do modo como funcionará a FESF.

Uma das variáveis que pode intervir nos contratos relaciona-se à descontinuidade da gestão municipal, que pode mudar a configuração tanto do montante de contratações como o número de rescisões e quebras de contrato. As instabilidades advindas dessa mudança referem-se ao fato de o novo gestor decidir romper o contrato, requerer a demissão ou realocação do trabalhador contratado pela FESF no município, ou ainda não renovar o contrato. Isso, na prática, já ocorre hoje tanto nas relações entre municípios e Estado quanto entre Estados e Ministério da Saúde.

Outra preocupação quanto ao contrato diz respeito às frequentes dificuldades no financiamento da saúde, o que pode levar a rompimentos de contrato e, por conseguinte, demissão ou remoção de trabalhadores da FESF, gerando desassistência aos usuários do município. Ou seja, estas instabilidades podem afetar diretamente o usuário como hoje também afetam em um cenário de migração constante de profissionais.

Como proposta para sanar esse desafio, os dirigentes da FESF propuseram uma duração mínima do contrato de dois anos e também estabeleceram a necessidade de comunicação, com antecedência de seis meses, do interesse pela renovação. A ideia é que os contratos de gestão mais longos, com

previsão de sanções, dificultem a interrupção do contrato e que se garanta uma negociação prévia para agilizar a renovação, além do estabelecimento de multas rescisórias caso o município rompa contrato fora das cláusulas previstas e antes do tempo.

Além disso, tem-se a necessidade de garantir a pontualidade do pagamento tendo em vista o impacto de multas trabalhistas frente ao não pagamento dos trabalhadores. Outro desafio da FESF é ter um grau de qualidade importante com um custo baixo para que os municípios possam contratar e manter os contratos. Esse elemento é decisivo para ampliar a base contratual da Fundação e para definir sua sustentabilidade.

No que concerne ao financiamento da Fundação, encontra-se um amplo debate acerca da Lei de Responsabilidade Fiscal. Enquanto os críticos afirmam que a Fundação pretende driblar as restrições orçamentárias, mantendo os municípios em situação de irregularidade na prestação de suas contas, os defensores argumentam que a natureza da FESF é a de prestação de serviços ao Poder Público, sendo esse seu único “cliente”; afirmam ainda que não há lei orçamentária que destine recurso dos municípios para pagamento de pessoal. Mas uma coisa é consenso entre os principais atores que debateram a proposta na Bahia, ou seja, a incongruência da Lei de Responsabilidade Fiscal frente à garantia constitucional do direito à saúde.

Observa-se que, assim como já ocorre no SUS, a Fundação também poderá enfrentar restrições orçamentárias e irregularidade nas transferências do financiamento da saúde. A Fundação terá que imprimir esforços de pactuação com a Comissão Intergestores Bipartite, o Conselho Estadual de Saúde e com o Ministério da Saúde para construir mecanismos mais ágeis e perenes de financiamento.

Através da aliança desses atores, um dos propósitos dos gestores da FESF é de que ela seja uma instância de fomento de regulação do mercado de trabalho na saúde da família. Hoje, a grande maioria dos 417 municípios baianos apresenta mais de uma modalidade de vínculo e oferece diferentes valores e condições de trabalho, além de muitas dessas contratações não ocorrerem por vias legais, gerando processos para o município junto ao Tribunal de Contas.

No entanto, a FESF não é como uma agência reguladora que tem o poder dado pelo Estado para fazer a regulação, ela pretende fazer uma regulação mercadológica na medida em que, sendo constituída e contratada por um conjunto de municípios, com salários e condições de trabalho pré-definidos, acaba por pressionar outros municípios que não a contratem para que se articulem nos colegiados de gestão e definam valores mais aproximados, diante de condições similares de provimento



e fixação de trabalhadores. Isso pode se configurar como uma estratégia para dar início a um equilíbrio nos modos de ofertar postos de trabalho na saúde da família do Estado.

Por outro lado, tem-se o risco de que os municípios que não contratem a FESF concorram com ela pagando salários superiores aos seus, pois, não tendo carreira e mantendo irregularidades no modo de contratar, tem mais disponibilidade de recursos.

Desde o movimento de descentralização estimulado pelo SUS, uma questão crítica enfrentada pelas secretarias municipais de saúde é a oferta irregular de atenção à saúde, o que contribui para uma baixa expansão e qualificação da Estratégia Saúde da Família em todo o Brasil.

A proposta de gestão do trabalho da FESF embasa-se nesse diagnóstico e tem como objetivo sanar mazelas relacionadas tanto ao provimento quanto à fixação, propondo-se a constituir uma carreira que viabilize a qualificação permanente do trabalhador, remunerações distintas frente às peculiaridades dos municípios e também mobilidade do trabalhador ao longo de sua carreira. A FESF, portanto, apresenta propostas de soluções em um campo marcado por insuficiência de políticas neste sentido.

Mas cabe perguntar o que significa formalizar um modelo contratual que aponta para mudanças no que estava sendo perseguido pela Constituição no modo de fazer a gestão do trabalho no setor público? Observa-se que a FESF não incorpora elementos tradicionais da carreira pública, como a isonomia salarial, substituindo-a pela flexibilidade dos custos laborais relacionados à faixa do município em que o trabalhador for lotado. Também modifica o vínculo estatutário caracterizado por uma relação direta com o empregador Estado, criando instrumentos como o contrato de gestão do cuidado, com intuito de estimular e formalizar uma relação do trabalhador com os municípios, cujo vínculo torna-se indireto, pois esse é contratado da Fundação.

Desse modo, os desafios da FESF no que tange à gestão do trabalho iniciam-se já no concurso que, ao prever uma distribuição regionalizada dos trabalhadores, acarretam a necessidade de negociar a lotação dos que não tenham sido contemplados na escolha do município. Adiciona-se a isso a organização dos trâmites de contratação para um número ainda indefinido de trabalhadores.

Vale lembrar outra inovação da FESF, isto é, a de que os municípios possam pleitear a mudança de faixa relacionada aos fatores de fixação de profissionais. Isso coloca os municípios como atores ativos no seu processo de pactuação junto à Fundação, na medida em que apresentam e discutem as peculiaridades de seu território, re- pactuando a partir daí com os apoiadores da FESF. O desafio nesse ponto refere-se ao tempo exíguo e à capacidade de gestão de tantos processos de contratualização simultâneos.

Outra questão é que a contratação dos trabalhadores pela FESF faz com que esses não constituam uma relação empregatícia direta com os municípios. Diante disso, a Fundação teve que construir estratégias para ampliar a vinculação entre seus trabalhadores e os municípios onde eles estiverem lotados, na perspectiva de garantir o comando único do gestor municipal. Então, frente à necessidade de equacionar esse problema, a FESF valeu-se de um instrumento, o contrato de gestão do cuidado.

Como legalmente quem contrata o trabalhador é a FESF, portanto, quem responde pela gestão da carreira, pelo vínculo, pela gestão da força de trabalho é ela. Mas, o fato do empregado desenvolver seu trabalho no município e, na prática, receber seu salário dos recursos aportados por esse no contrato de gestão, traz responsabilidades ao município quanto a gestão desse trabalhador.

O contrato de gestão do cuidado é um instrumento novo criado pela FESF para facilitar a relação entre o município contratante e os gestores e trabalhadores dessa Fundação. Sua lógica é que ele seja um dispositivo de transformação da prática do trabalhador com objetivo de prestar serviços com mais qualidade. Ele também serve como instrumento de pactuação e planejamento do gestor municipal com o trabalhador da FESF, cujo cumprimento das metas e prazos pactuados gera premiações semestrais para ele.

Mas, mesmo com todas essas vantagens relacionadas à instituição do contrato de gestão do cuidado, ficam alguns desafios: Como evitar que ele seja mal aplicado, gerando problemas trabalhistas? Como prevenir fraudes? E como garantir que, ao invés de ser um instrumento potente de trabalho e mudança do processo de trabalho, seja um instrumento de beneficiar discriminadamente alguns trabalhadores para garantir um salário maior e mantê-los no município?

Isso aponta para mais um desafio à complexidade da remuneração desses trabalhadores. Afinal, além de ter remunerações variáveis para cada faixa, a FESF terá que possuir um sistema ágil e complexo para a gestão de pagamentos, tendo em vista o conjunto de gratificações, adicionais e principalmente sua variação dentro da mesma equipe, do município e depois entre municípios.

Observa-se que os mesmos elementos estratégicos e inovadores no campo da gestão do trabalho propostos pela FESF são também desafiadores, pois sua operacionalização depende de variáveis relacionadas tanto ao financiamento quanto à qualificação de quem desenvolverá as estratégias.

Fica aberta a questão de como operacionalizar uma proposta tão complexa como essa que exige competências para gestão desse processo e também uma relação de parceria entre a administração da FESF e os responsáveis pela gestão do processo de trabalho no município. Afinal, é necessário

descentralizar parte desse trabalho para municípios que hoje têm dificuldade de fazer uma gestão do trabalho mais simples.

Portanto, alguns dos mais importantes desafios dessa carreira dizem respeito à execução da gestão do trabalho com esse grau de flexibilidade, tendo em vista que uma má gestão desses processos pode desembocar em ações trabalhistas e gerar passivos que inviabilizem a própria FESF.

Outro fator importante é encontrar um ponto de equilíbrio entre fazer com que a remuneração proposta seja atraente para os trabalhadores sem ser tão onerosa para os gestores. Isso em um cenário em que predomina a cultura da precarização, onde os trabalhadores, muitas vezes, recebem salários mais altos que os a serem pagos pela FESF e os gestores, em alguns casos, gastam menos com as equipes na medida em que não pagam todos os encargos trabalhistas.

Assim, enquanto de um lado há críticas à retirada da “estabilidade” do trabalhador em um contrato celetista, como as colocadas pelo Conselho Estadual de Saúde, por outro lado gestores, trabalhadores e juristas ocupam-se com outras questões como os salários, sustentabilidade e operacionalidade da proposta.

Associar esses desafios a uma política de educação permanente também é outro objetivo da Fundação, porque geralmente separa-se o processo de qualificação do desenvolvimento dos trabalhadores nas carreiras. Outro tópico relevante refere-se ao valor de uso que terá a avaliação de desenvolvimento funcional dos trabalhadores, proposto como um processo pedagógico e relacionado tanto à progressão na carreira quanto ao desligamento do empregado. O desafio é instaurar processos transparentes de acompanhamento dessas avaliações que serão realizadas pelo município com orientação da FESF.

As entrevistas realizadas neste estudo elucidaram um conjunto de questões e também demonstraram que muitas delas continuam inconclusas, até que a FESF seja implantada e comece a operar suas propostas. Afinal, o mais importante não é o modelo em si, mas sua execução. Apesar de a FESF ser anunciada como uma estratégia que visa a dar resposta a questões cruciais de gestão do trabalho, sua efetividade dependerá de um conjunto de variáveis histórico-político, estruturais, econômicas e institucionais.

Assim, fica além da possibilidade de inovar, um conjunto de desafios para os que resolverem instituir um ente marcado por objetivos tão complexos e que, se operacionalizado a contento, pode mudar todo o cenário de gestão do trabalho da estratégia saúde da família no Estado da Bahia. Afinal,

prover e fixar trabalhadores é desafio antigo e o primeiro passo para garantir o cuidado em saúde definido pela Constituição.

O desafio principal, portanto, é fazer tanta mudança em tão pouco tempo e dar consistência a tudo isso preservando o interesse coletivo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

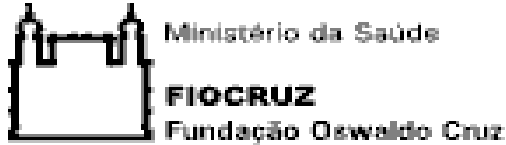
1. Castel R. As metamorfoses da questão social. Uma crônica do Salário. 5ª Edição. Petrópolis (RJ): Vozes; 1998.
2. Minayo MCS (org), Gomes SFDR. Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade. 26ª Edição. Petrópolis (RJ): Vozes; 2007.
3. Dedecca CS. Flexibilidade e Regulação de um mercado de trabalho precário: Experiência Brasileira. In: Colóquio Internacional. Novas Formas do Trabalho e do emprego: Brasil, Japão e França numa perspectiva comparada. São Paulo (SP); 2006 - Setembro.
4. Dedecca CS, Barbieri C, Carvalho M, Rosandiski E. A dimensão ocupacional do setor de atendimento à saúde no Brasil. Trabalho apresentado no XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP. Caxambu (MG); Setembro de 2004.
5. Cardoso Junior JC. Macroeconomia e Mercado de Trabalho no Brasil: Trajetória Recente e Tendência a Aparente. In: ObservaRH/ UNB. Extraído de [<http://www.observarh.org.br/nesp>]. Brasília (DF); 2006.
6. Teixeira M. Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde: notas sobre a construção da estratégia nacional no período de 2003 a 2008. In: Relatório Científico Final do Projeto de Pesquisa: “O papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira no período de 2003 a 2006”. Rio de Janeiro (RJ): FIOCRUZ; 2008.
7. Fiori JL. O Poder Global e a nova geopolítica das nações. 1ª Edição. São Paulo (SP): Boitempo Editorial, 2007.
8. Nogueira RP. Novas tendências internacionais da força de trabalho no setor público. O Brasil comparado com outros países. In: ObservaRH/ UNB. Extraído de [<http://www.observarh.org.br/nesp>]. Brasília (DF); 2005.
9. Machado CV. Prioridades de saúde no Brasil nos anos 1990: três políticas, muitas lições. Rev Panam Salud Publica 2006; 20 (1): 44-9.
10. Torres MDF. Estado, Democracia e Administração Pública. 1ª Edição. Rio de Janeiro (RJ): FGV; 2004.

11. Teixeira M. Desenhos alternativos de incorporação e gestão do trabalho médico na SMS do Rio de Janeiro: As experiências dos Hospitais Lourenço Jorge e Salgado Filho [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): FIOCRUZ; 1999.
12. Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Brasil. Brasília (DF): Presidência da república; 1995.
13. Bresser-Pereira LC, Spink P. Reforma do estado e Administração Pública gerencial, 4ª edição. Rio de Janeiro (RJ): FGV; 2001.
14. Estruturação da área de recursos humanos nas Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal. Brasil. Brasília (DF): CONASS (2004).
15. Nogueira RP. Evolução do emprego em saúde entre 2000 e 2005. In: ObservaRH/ UNB. Disponível em: <http://www.observarh.org.br/nesp>.
16. Fleury S. Fundação Estatal. Observatório de conjuntura da política de saúde. Palestra no Encontro de Conjuntura e Saúde. Rio de Janeiro (RJ). FIOCRUZ; 2007.
17. Projeto Fundação Estatal – Principais Aspectos. Brasil. Brasília (DF): Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; 2007.
18. Barbosa P. Entrevista. Rio de Janeiro (RJ): Notícias-Coordenação de Comunicação Institucional/FIOCRUZ; abril de 2007.
19. Conselho Nacional de Saúde. Fundação Estatal: Entenda o posicionamento do Conselho Nacional de Saúde. Brasília (DF): Jornal do CNS. Publicação mensal do Conselho Nacional de Saúde. Ano 3. Edição especial. Novembro; 2007.
20. Indicadores de Gestão do Trabalho em Saúde. Brasil. Brasília (DF): Secretaria de gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/Ministério da Saúde; 2007.
21. Fundação Estatal Saúde da Família: proposta para debate. Bahia (BA): Secretaria de Saúde do Estado da Bahia; 2007.
22. Relatório sobre criação da Fundação Estatal de Saúde no Estado. Bahia (BA). Procuradoria Geral do Estado; 2007.
23. Constituição Federal do Brasil de 1988. 1ª Edição. São Paulo (SP): Editora Escala; 2009.

24. Constituição do Estado da Bahia de 1989. 1ª Edição. Bahia. Diário oficial do Estado; 2005.
25. Estatuto da Fundação Estatal Saúde da Família. Salvador (BA): FESF; 2009.
26. Santos L. Estudo sobre a viabilidade e justificativa jurídica para o caráter interfederado da Fundação Estatal Saúde da Família e parecer sobre o projeto de lei autorizativa da Fundação Estatal Saúde da Família. Em prelo, 2008.
27. Ministério da Saúde. Gestão do Trabalho. Disponível em [www.saude.gov.br/sgtes](http://www.saude.gov.br/sgtes)
28. Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS: Desprecariza SUS: perguntas & respostas. Brasil. Brasília (DF): Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/Ministério da Saúde; 2006.
29. Plano de Empregos Cargos e Salários. Salvador (BA): FESF; 2009.
30. PCCS – SUS: diretrizes nacionais para a instituição de planos de carreiras, cargos e salários no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasil. Brasília (DF): Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/Ministério da Saúde; 2006.
31. Nogueira RP. Vínculo de trabalho nas fundações. Brasília (DF): Jornal de Brasília. Publicado em 06 de maio de 2009.

## **APÊNDICE 1**





## **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Você está sendo convidado para participar da pesquisa do Mestrado Profissionalizante em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde da ENSP/FIOCRUZ intitulada “A FE no SUS: Fundação Estatal como proposta de Gestão do Trabalho para a Estratégia Saúde da Família na Bahia” que discorrerá sobre as estratégias de gestão do trabalho da proposta de Fundação Estatal Saúde da Família da Bahia.

Você foi selecionado atendendo aos critérios de cargo ocupado, poder de decisão e de influência sobre a aprovação da proposta.

Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento.

Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

O objetivo deste estudo são analisar as estratégias de gestão do trabalho da proposta de Fundação Estatal Saúde da Família na Bahia.

Sua participação nesta pesquisa será a de entrevistado. A entrevista tem como base um roteiro semi-estruturado.

Os riscos relacionados com sua participação são nulos tendo em vista que as respostas ao questionário refletem sua posição institucional já declarada em eventos e documentos públicos.

Os benefícios relacionados com a sua participação são contribuir para o esclarecimento de pontos importantes referentes à proposta da Fundação, portanto, auxiliar na construção do conhecimento sobre o tema e na produção de subsídios para tomada de decisão de gestores da saúde.

Sua entrevista será gravada e os dados serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação, mostrando seu posicionamento institucional.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal e do CEP, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Nome e assinatura do pesquisador:

---

Laíse Rezende de Andrade

Escola Nacional de Saúde Pública, Manguinhos, Rio de Janeiro- RJ

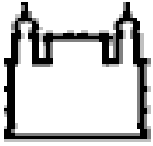
Telefone: (21) 2598-2969 e (71) 9917-5710

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

---

Sujeito da pesquisa

## **APÊNDICE 2**



## Roteiro de Entrevista 1

### (Dirigente Estadual: Diretor da Atenção Básica)

- Como surgiu a proposta de Fundação Estatal para a Saúde da Família na Bahia? Por que foi o modelo escolhido?
- Quais as vantagens e desvantagens da proposta de gestão do trabalho da FESF se comparada com o modelo de Organização Social, cooperativas, OSCIP e consórcios?
- Como a proposta de gestão do trabalho da FESF vai repercutir nos problemas de gestão do trabalho na Atenção Básica?
- Quais as modalidades de contratação, remuneração e fixação de profissionais?
- Quais as limitações e possibilidades que você observa na proposta de gestão do trabalho da Fundação Estatal para o Estado da Bahia?
- A que ente jurídico da administração direta a FESF está vinculada?
- A FESF está sujeita às disposições da Lei de Responsabilidade Fiscal? Por quê?
- Como se dará a participação da Secretaria de Saúde do Estado (SESAB) na FESF? Haverá aporte financeiro e apoio técnico da SESAB à FESF?
- Qual o modelo de financiamento pensado para a FESF? Quais as bases para sua sustentabilidade financeira?
- Como se efetuará a proposta de regulação do mercado de trabalho da FESF para a saúde da família?
- Como serão estabelecidos os contratos de gestão na FESF com municípios e SESAB?
- Que modelo de regulação está sendo pensado para a FESF? Quais serão os órgãos de controle interno e externo à Fundação?
- Qual é a finalidade do contrato de gestão do cuidado?

## **Roteiro de Entrevista 2**

### **(Presidente do Conselho de Secretários Municipais de Saúde da Bahia – COSEMS)**

- Quais as vantagens e desvantagens da proposta de gestão do trabalho da FESF se comparado com o modelo de organização social, cooperativas, OSCIP e consórcios?
- Como a proposta de gestão do trabalho da FESF vai repercutir nos problemas de gestão do trabalho na Atenção Básica?
- Como se efetuará a proposta da FESF para regulação do mercado de trabalho para a saúde da família?
- Quais as modalidades de contratação, remuneração e fixação de profissionais?
- Quais as vantagens e desvantagens que a FESF traz para a relação do município com seus trabalhadores?
- Qual o modelo de financiamento pensado para a FESF? Quais as bases para sua sustentabilidade financeira?
- A fundação estatal está sujeita às disposições da Lei de Responsabilidade Fiscal?
- Qual foi a participação do COSEMS na conformação da proposta, mobilização dos gestores municipais, elaboração do estatuto e na fase de instituição?
- Como serão estabelecidos os contratos de gestão da FESF com municípios?
- Que modelo de regulação está sendo pensado para a FESF? Quais serão os órgãos de controle interno e externo à Fundação?
- Qual é a finalidade do contrato de gestão do cuidado? Qual participação do COSEMS no debate e formulação destes contratos?
- Qual será o papel do COSEMS junto à FESF quando instituída?

### **Roteiro de Entrevista 3**

#### **(Representante do sindicato de trabalhadores do Conselho Estadual de Saúde)**

- Qual foi a participação do CES no processo de debates e acompanhamento da elaboração da proposta da FESF?
- Quais foram as pactuações feitas entre CES, COSEMS e SESAB para a conformação da proposta?
- Como representante do sindicato, qual foi a participação na construção da proposta?
- Como o seu sindicato pretende negociar com a FESF? Quais são os principais pleitos e críticas à Fundação por parte dos trabalhadores vinculados a este sindicato?
- Como avalia o posicionamento do Conselho Nacional de Saúde em relação às Fundações?
- Qual o papel das esferas municipal, estadual e federal junto à FESF?
- Qual o papel do CES quando da instituição da FESF?
- Que modelo de regulação está sendo pensado para a FESF? Quais serão os órgãos de controle interno e externo à Fundação?
- Quais as vantagens e desvantagens que observa na proposta de gestão do trabalho para a saúde da família da FESF?

## **Roteiro de Entrevista 4**

### **(Ministério Público do Estado)**

- Qual o posicionamento do Ministério Público referente à proposta de gestão do trabalho da FESF?
- Qual é a base legal e vinculação jurídica para o caráter interfederado? A que ente jurídico da administração direta a FESF está vinculada?
- Quais as vantagens e desvantagens para a gestão do trabalho em saúde da FESF se comparada com os modelos de Organização Social, cooperativas, OSCIP e consórcios?
- Como se dará o controle e fiscalização deste ente jurídico? Quais são os entes responsáveis pela regulação e prestação de contas da FESF?
- Quais são as obrigações legais dos municípios, Estado e União no financiamento, fiscalização e avaliação das ações da Fundação Estatal no que diz respeito à gestão do trabalho?
- A qual sistema de informação e cadastramento de trabalhadores à FESF está vinculada?
- Aplica-se à Fundação estatal a observância do teto de remuneração dos servidores? A Fundação Estatal está sujeita às disposições da Lei de Responsabilidade Fiscal?
- A Fundação tem que necessariamente atender ao Regime Administrativo mínimo? (está sujeita ao direito público, caracterizado, neste caso, por lei autorizativa, controle do TCU, concurso público para pessoal), ou há flexibilidade também para isto?

## **Roteiro de Entrevista 5**

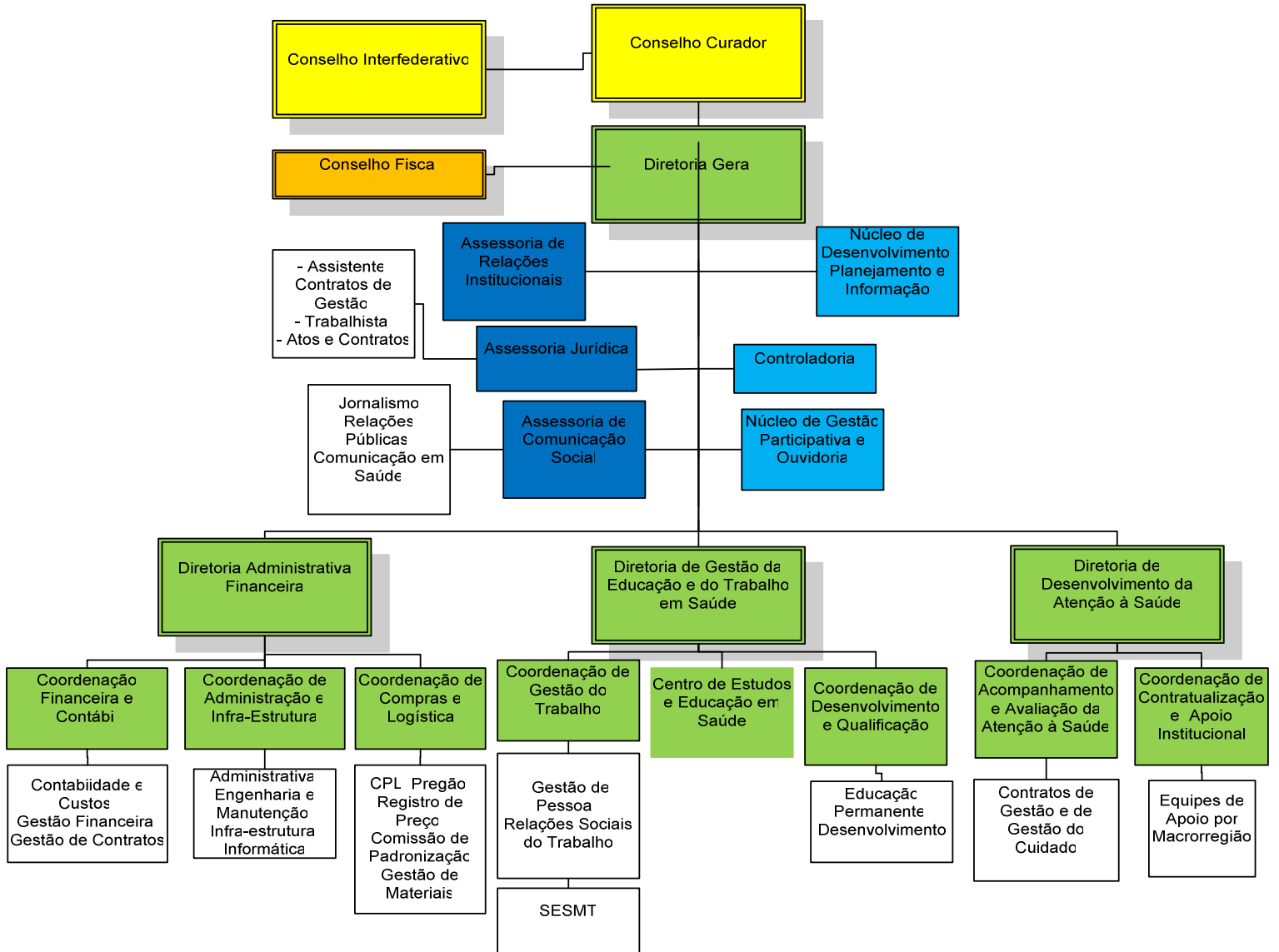
### **(Procuradoria Geral do Estado)**

- Qual o posicionamento da Procuradoria Geral do Estado referente à proposta de gestão do trabalho da FESF?
- Quais as vantagens e desvantagens para a gestão do trabalho em saúde da FESF se comparado com os modelos de Organização Social, cooperativas, OSCIP e consórcios?
- Quais são as obrigações legais dos municípios, Estado e União no financiamento, fiscalização e avaliação das ações da Fundação Estatal no que diz respeito à gestão do trabalho?
- A qual sistema de informação e cadastramento de trabalhadores a FESF estará vinculada?
- Quais seriam as críticas e/ou desafios da proposta de gestão do trabalho da Fundação para Saúde da Família?
- Qual é a base legal e vinculação jurídica para o caráter interfederado da FESF? A que ente jurídico da administração direta está vinculada?
- Como se dará o controle e fiscalização deste ente jurídico? Quais são os entes responsáveis pela regulação e prestação de contas da FESF?
- A Fundação Estatal está sujeita às disposições da Lei de Responsabilidade Fiscal?
- A Fundação tem que atender ao Regime Administrativo mínimo? Ou há flexibilidade também para isto?



## APÊNDICE 3

# ORGANOGRAMA DA FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA



Fonte: Estatuto da Fundação Estatal Saúde da Família<sup>25</sup> (2009)