ISSN 1415-4765

TEXTO PARA DISCUSSÃO Nº 758

O PACTO DE DESCENTRALIZAÇÃO DO SUS E A APOSENTADORIA DOS SERVIDORES FEDERAIS*

Roberto Passos Nogueira**

Rio de Janeiro, setembro de 2000

* Agradecemos a Nathalie Beghin por seu incentivo à realização deste trabalho e por seus valiosos comentários.
** Da Diretoria de Estudos Sociais do IPEA.

MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO
Martus Tavares - Ministro
Guilherme Dias - Secretário Executivo

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

Presidente
Roberto Borges Martins

DIRETORIA

Eustáquio José Reis
Gustavo Maia Gomes
Hubimaier Cantuária Santiago
Luís Fernando Tironi
Murilo Lôbo
Ricardo Paes de Barros

Fundação pública vinculada ao Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, o IPEA fornece suporte técnico e institucional às ações governamentais e disponibiliza, para a sociedade, elementos necessários ao conhecimento e à solução dos problemas econômicos e sociais do país. Inúmeras políticas públicas e programas de desenvolvimento brasileiro são formulados a partir de estudos e pesquisas realizados pelas equipes de especialistas do IPEA.

Texto para Discussão tem o objetivo de divulgar resultados de estudos desenvolvidos direta ou indiretamente pelo IPEA, bem como trabalhos considerados de relevância para disseminação pelo Instituto, para informar profissionais especializados e colher sugestões.

Tiragem: 103 exemplares

SERVIÇO EDITORIAL

Supervisão Editorial: Nelson Cruz
Revisão: André Pinheiro, Elisabete de Carvalho Soares, Isabel Virginia de Alencar Pires, Lucia Duarte Moreira, Luiz Carlos Palhares e Miriam Nunes da Fonseca
Editoração: Carlos Henrique Santos Vianna, Juliana Ribeiro Eustáquio (estagiária), Rafael Luzente de Lima e Roberto das Chagas Campos
Divulgação: Libanete de Souza Rodrigues e Raul José Cordeiro Lemos
Reprodução Gráfica: Edson Soares e Cláudio de Souza

Rio de Janeiro - RJ

Av. Presidente Antonio Carlos, 51 — 14º andar - CEP 20020-010
Telefax: (21) 220-5533
E-mail: editrj@ipea.gov.br

Brasília - DF

SBS. Q. 1, Bl. J, Ed. BNDES — 10º andar - CEP 70076-900
Telefax: (61) 315-5314
E-mail: editsbs@ipea.gov.br

Home page: **http://www.ipea.gov.br**

© IPEA, 2000
É permitida a reprodução deste texto, desde que obrigatoriamente citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são rigorosamente proibidas.

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

1 - INTRODUÇÃO 1

2 - ORIGEM E SITUAÇÃO ATUAL DA QUESTÃO DOS “CEDIDOS AO SUS” 2

3 - A QUESTÃO DA APOSENTADORIA 6

4 - PROPOSTAS ALTERNATIVAS: REPOSIÇÃO OU REPACTUAÇÃO? .. 9

5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES 12

ANEXO 14

BIBLIOGRAFIA 19

RESUMO

Cerca de 60 mil servidores públicos federais, pertencentes ao antigo Inamps e ao Ministério da Saúde, foram colocados, nas décadas de 80 e 90, à disposição das secretarias estaduais e municipais de saúde, como parte das condições estruturais da descentralização de gestão e prestação de serviços que deram origem ao Sistema Único de Saúde (SUS). Nos anos recentes, uma parcela substancial desses servidores entrou para a inatividade, criando uma lacuna de força de trabalho nessas instituições. Os gestores estaduais e municipais do SUS entendem que, nessas circunstâncias, cabe ao Ministério da Saúde encontrar uma solução para o problema, já que a condição de cessão desse pessoal fazia parte daquilo que o autor denomina "pacto da descentralização do SUS". O trabalho descreve as origens e as dimensões atuais dessa redistribuição do pessoal do Ministério da Saúde, comparando, em termos quantitativos e de gastos, os grupos lotados em setores da administração direta desse ministério com os incorporados às instituições estaduais e municipais do SUS. Da mesma forma, compara sua tendência de aposentadoria com a de outros segmentos de servidores da administração federal. O autor entende que, na conjuntura atual da descentralização, não cabe ao Ministério da Saúde a responsabilidade pela reposição da força de trabalho dos funcionários cedidos que se aposentaram, entre outros motivos porque isso entraria em conflito com o espírito da descentralização, que é o de criar condições locais de auto-sustentação da capacidade de gestão e da prestação de serviços de saúde. Recomenda que seja criado um plano de incentivos temporário, com o propósito de conferir aos recursos humanos do SUS um compromisso com a produtividade, a dedicação de tempo integral e a qualidade do trabalho. O pessoal "descentralizado" seria contemplado seletivamente neste plano, de acordo com um critério de exercício de funções de relevância para o sistema, de tal modo que o incentivo concedido pudesse ajudar a retardar a retirada para a inatividade.

ABSTRACT

About 60 thousand federal public servers, pertaining to the ex-Inamps and the Health Ministry, were placed, in the 80's and 90's, at the disposal of the state and municipal secretariats of health, as part of the structural conditions of the decentralization of management that had been proved necessary in order to give origin to the Unified System of Health (USH). In recent years, a substantive fraction of these servers has been retiring, creating a gap of work force in these institutions. The state and municipal managers of the USH understand that, in these circumstances, the Ministry of Health is responsible for finding a solution for the problem, since the condition of cession of this staff was part of the "pact of decentralization". The paper describes the origins and the current dimensions of this redistribution of the staff of the Ministry of Health, comparing, in terms of supply and of expenses, the groups that are occupied in sectors of this ministry and the ones incorporated by the state and municipal institutions of the USH. In the same way, it compares the trends of retirement of this group with other servers of the federal institutions. The author understands that, in the current conjuncture of the decentralization, the responsibility of replacement of this staff is not incumbent to the Ministry of Health because this would enter in conflict with the main aim of the decentralization, that is to create sustainable local conditions of management and installment of jobs. The author recommends a temporary Plan of Incentives to confer to the human resources of the USH a commitment with productivity, fulltime work and quality of services. The "decentralized" staff would be contemplated selectively in this Plan, in accordance with a criterion of exercise of functions in relevance for the system, in such a way as to help to delay their retirement.

1 - INTRODUÇÃO

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

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

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

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

- Diante da situação que este fato cria na oferta de força de trabalho para o SUS, é possível atualizar os termos do pacto da descentralização, reexaminando as obrigações de cada esfera de governo e tendo em conta as políticas mais relevantes para o SUS.

- Esta repactuação representa uma oportunidade preciosa para estabelecer um plano consistente de incentivo à produtividade e à qualidade dos recursos humanos para o SUS.

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

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

2 - ORIGEM E SITUAÇÃO ATUAL DA QUESTÃO DOS "CEDIDOS AO SUS"

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

a) uma crescente autonomia administrativo-financeira dos gestores estaduais e municipais no gerenciamento dos recursos do SUS;

b) uma redefinição escalonada das atribuições dos três níveis de governo no que se refere a responsabilidades de prestação de serviços, regulação e supervisão do sistema; e

c) uma redistribuição de recursos físicos e humanos, envolvendo o repasse de hospitais e outras unidades de saúde, pertencentes ao Ministério da Saúde e às secretarias de saúde, para as alçadas estadual e municipal, mas, de preferência, para esta última.

Quanto ao movimento referido por último, que ocorreu de forma mais ou menos concomitante com os demais, é necessário observar que se constituiu numa espécie de garantia de que as funções ampliadas de prestação de serviços, na base do sistema, estariam respaldadas não só por fontes federais de custeio, mas também por recursos humanos transferidos e com as unidades de saúde descentralizadas. É conveniente descrever esses três movimentos como parte de um processo de pactuação entre entes federados, em que a um aumento da carga

de responsabilidades e funções dos estados e municípios correspondeu um aporte de recursos físicos, humanos e financeiros pelo governo federal.

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

Conforme observa Mendes (1996, p. 66), a "desconstrução" do Inamps constitui um exemplo emblemático de uma reforma do aparelho do Estado num setor específico e "transferiu da União para estados e municípios, e dos estados para os municípios, atribuições, pessoal, equipamentos e prédios, num esforço inaudito de descentralização". Adaptando algumas sugestões desse autor, podemos dizer que se criava então, pelo desmonte dessa máquina centralista e burocrática, um "federalismo participativo" no sistema de saúde. Esse tipo de relacionamento entre entes federados caracteriza-se pelo fato de que a União ainda mantém parte substancial do poder decisório sobre normas e recursos, mas transfere para estados e municípios a execução de ações e lhes confere uma relativa autonomia de gestão local, embora esse seja um processo marcado por múltiplas pendências, próprias de um conflito distributivo fortemente politizado, e que passa por conjunturas variadas.[1]

No final dos anos 80, a questão criada com a maciça cessão de pessoal foi considerada por Cordeiro (1991, p. 129) como "a mais tormentosa" entre os problemas gerenciais com que tiveram de se defrontar os Suds dos estados. Cordeiro identifica as razões desse tormento nas múltiplas dificuldades legais e financeiras existentes para estabelecer o que então se considerava um desiderato da gestão de pessoal: a equiparação salarial (ou isonomia) entre efetivos e cedidos em cada esfera de governo. Os requisitos legais para esse amplo processo de transferência de poder de posse e de mando entre esferas de governo foram estabelecidos pelo decreto presidencial 95.861, de 22/3/88. Esse decreto previa que os convênios a serem realizados com os estados e municípios poderiam contemplar "a prestação de serviços pelos servidores efetivos pertencentes ao

[1] No que se refere à administração pública de recursos humanos, e para uma análise das questões do federalismo brasileiro na conjuntura atual de prioridade da estabilização econômica, recomendamos consultar Beltrão, Abrucio e Loureiro (1998).

Quadro ou Tabela Permanente do Inamps, lotados nas unidades", devendo tais servidores ser "submetidos à administração das entidades gestoras, assegurados os direitos e deveres decorrentes das normas federais".

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

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

A Tabela A1 do Anexo apresenta uma lista dos hospitais descentralizados do Ministério da Saúde em 1998, o que inclui, portanto, unidades que pertenceram tanto ao antigo Inamps quanto ao antigo Ministério da Saúde. Os hospitais aparecem discriminados conforme sejam administrados atualmente por uma secretaria estadual (SES) ou por uma secretaria municipal (SMS).

Para examinar a situação atual da distribuição dos servidores federais cedidos, propomos uma correção terminológica. Consideramos que as denominações "cedidos ao SUS" e "pertencentes ao SUS" são remanescentes do período, já superado, do Suds e inadequadas à concepção atual do sistema de saúde. Com efeito, pela lógica institucional prevalecente nos anos 80, o Inamps, em seu esforço de descentralização, permanecia como entidade federal distinta do Suds, que tinha uma constituição específica em cada estado. Portanto, "cedidos ao Suds" era uma expressão que então fazia sentido. Mas, considerando que surgiu um novo gestor federal nos anos 90, devido à fusão do Inamps com o Ministério da Saúde — e que constitui legitimamente uma parte do SUS —, a expressão homóloga "cedidos ao SUS" não é mais apropriada a este contexto político-institucional. Propomos aqui que os servidores, ativos e inativos, sejam distinguidos segundo sua lotação em unidades do Ministério da Saúde ou das SES e SMS. Essa questão,

portanto, será analisada com referência à variável *posição no SUS*, que pode tomar dois valores: *posição MS* e *posição SES/SMS*. Evidentemente, todo pessoal lotado em hospitais próprios enquadra-se na posição MS, enquanto todo pessoal lotado nos hospitais descentralizados pertence à posição SES/SMS.

Os dados utilizados referem-se às situações de dezembro de 1998 e setembro de 1999, tendo sido gerados a partir de um sistema mantido pela CGRH/MS, que opera com um extrato do sistema da Secretaria de Administração de Pessoal (Seape) do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG). Esse sistema contém bases de dados, sobre ativos e aposentados, de janeiro a dezembro de 1998 e de setembro de 1999; a base de dados sobre afastamentos cobre uma série a partir dos anos 60 e inclui a aposentadoria entre os motivos de afastamento. No entanto, a variável "posição no SUS" só está especificada para ativos e aposentados. Portanto, as causas de afastamentos anuais não podem ser avaliadas segundo essa variável. As bases de dados apresentam alguns erros de classificação e inconsistências entre si, que procuramos contornar, na medida do possível. Por isso, as informações mais atualizadas — de setembro de 1999 — só foram utilizadas para caracterizar a posição SES/SMS. Convém observar, por último, que, devido a esse sistema estar voltado para os interesses da administração direta do Ministério da Saúde, estão excluídos os dados referentes a três entidades de administração indireta, a saber: a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), a Fundação Nacional de Saúde (FNS) e o Grupo Hospitalar Conceição (GHC).

A Tabela A2 do Anexo apresenta os quantitativos de servidores ativos[2] do Ministério da Saúde em sua distribuição por unidade federada segundo a posição no SUS em dezembro de 1998. Os servidores ativos em posição SES/SMS representavam, nesse ano, 64% do total de servidores desse ministério, estando particularmente concentrados no Rio de Janeiro e em São Paulo. É conveniente relembrar que, nessa posição, encontram-se dois segmentos de servidores: *a*) os lotados em unidades ambulatoriais e hospitalares descentralizadas; e *b*) os que exercem funções em outras unidades assistenciais e administrativas do SUS. Em praticamente todos os estados, o número de servidores que se encontram na condição de cedidos supera o de servidores vinculados diretamente ao Ministério da Saúde, havendo, no entanto, a importante exceção do Rio de Janeiro, onde ainda persistem, ligados àquele ministério, diversos hospitais próprios e uma estrutura administrativa de considerável amplitude. Portanto, o Rio de Janeiro congrega uma proporção alta dos servidores de ambas as posições. Embora as categorias profissionais não estejam discriminadas nessa tabela, queremos aduzir que certas categorias essenciais na prestação de serviços de saúde estão mais concentradas na posição SES/SMS. No caso dos médicos, encontram-se nesta posição mais de 16 mil profissionais, enquanto apenas 5,7 mil estão na posição MS.

[2] Para calcular o número de servidores ativos, foram somados os grupos "FT Ativa", "Cedidos" e "Outros". O grupo "Instituidores de Pensão", indevidamente agregado na base de dados de 1998, foi excluído.

Esses números servem para dar uma idéia, no que se refere aos aspectos de recursos humanos, da extraordinária dimensão alcançada pelo esforço de descentralização político-administrativa realizado para a construção do SUS nas décadas de 80 e 90. No entanto, a situação de oferta de pessoal ativo que aqui apresentamos já está marcada por um processo de perda progressiva, que constitui o objeto central deste estudo. Cerca de 3 mil servidores pertencentes a esse grupo se aposentaram em 1998. É esta a origem das preocupações atuais dos gestores estaduais e municipais do SUS, preocupações que têm menos a ver com uma política de eqüidade de pessoal, como aconteceu no tempo dos Suds, e mais com a questão da disponibilidade efetiva de força de trabalho para as necessidades de operação quotidiana do SUS. Do ponto de vista desses gestores, a principal reivindicação talvez possa ser expressa pelo seguinte argumento: *se, por força do pacto de descentralização, coube ao governo federal o dever de transferir essa força de trabalho para a administração dos estados e municípios, está ele agora obrigado a encontrar uma solução para o problema de repô-la, em função de sua retirada para a inatividade*.

3 - A QUESTÃO DA APOSENTADORIA

A análise do problema da aposentadoria do pessoal na posição SES/SMS será a seguir empreendida, começando por compará-lo com o grupo que está na posição MS. Observa-se, pela Tabela 1, que o número de servidores ativos na posição SES/SMS diminui em proporção maior que os ativos na posição MS. Os dados têm a limitação de referir-se apenas a um período de 12 meses, mas, de qualquer modo, mostram que os servidores na posição SES/SMS estão se aposentando em maior número e em ritmo mais rápido. Os motivos podem estar relacionados a diferenças funcionais, etárias e/ou psicológicas entre os dois grupos.

Tabela 1
Servidores Ativos e Inativos do Ministério da Saúde, segundo Posição no SUS — Janeiro e Dezembro de 1998

Condição	Servidores em Jan./98		Servidores em Dez./98		Diferenças	
	Posição MS	Posição SES/SMS	Posição MS	Posição SES/SMS	Posição MS	Posição SES/SMS
Ativos	27.631	50.772	26.847	47.718	-784 (-2,8%)	-3.054 (-6,4)
Aposentados	57.889	8.022	58.396	10.827	507	2.805
Instituidores de Pensão	11.075	7	14.146	7	3.071	0
Total	85.520	58.794	85.243	58.545	-	-

*Fontes: SRH/MPOG (*Boletim Estatístico*) e CGRH/MS (Seape). Elaboração própria.*
Obs.: Exclui FNS, Fiocruz e GHC.

Cabe sublinhar que, por questões óbvias que se relacionam com sua longa precedência histórica, e pelo fato de incluir o pessoal aposentado do ex-Inamps, o segmento de servidores aposentados na posição MS é quase seis vezes maior do que o da posição SES/SMS. Na posição MS, encontram-se dois tipos de coorte: *a*) os antigos funcionários do Ministério da Saúde e do Inamps, abrangendo uma

grande massa de aposentados; e *b*) servidores mais jovens que entraram por concurso para estes órgãos federais, nas décadas de 70 e 80, e que começaram a se aposentar recentemente. Por outro lado, na posição SES/SMS há apenas esse último tipo de coorte. Esta característica é confirmada pela presença bastante reduzida, nesse grupo, de instituidores de pensão.

Em setembro de 1999, o contingente SES/SMS estava reduzido a 45,5 mil servidores, contando com 12,4 mil aposentados. Nesse momento, o Ministério da Saúde detinha, em órgãos da sua administração direta e indireta, um total de 110.885 servidores ativos e 84.364 aposentados. Portanto, o grupo de ativos da posição SES/SMS continua a representar uma proporção significativa do total de servidores ativos desse ministério (41%), mas seus aposentados constituem uma parcela pequena (apenas 15%).

O ano de ingresso no serviço público federal dos aposentados que estão na posição SES/SMS é mostrado na Tabela A3 do Anexo. O concurso para o Inamps, no ano de 1975, é um marco expressivo nessa série, como momento de admissão dos servidores ativos e aposentados. Em relação aos ativos na posição SES/SMS, é relevante notar que cerca de 32 mil servidores ingressaram no serviço público federal após 1980, e muito poucos o fizeram nos anos 90. É desprezível a renovação de quadros de pessoal após 1987. No entanto, essa situação não deve ser vista como anômala porque, conforme já acentuado, a lógica da descentralização do SUS prevê para a administração federal a concentração em funções administrativas gerais e uma ampla redução do seu papel de prestador de serviços de saúde.

Há indícios de que a aceleração do processo de aposentadoria dos servidores na posição SES/SMS tem início em 1995. Os registros da base de dados sobre afastamentos (Tabela 2), que têm como fonte o *Diário Oficial da União* (DOU) e não contemplam a variável "posição no SUS", mostram que em 1995 houve uma súbita elevação do número de aposentadorias de funcionários da administração direta do Ministério da Saúde, bem como dos afastamentos por outros motivos. Embora esses números necessitem de uma melhor avaliação, servem para alertar sobre o aparecimento de uma situação nova que se dá por volta de 1995.

Tabela 2

Afastamentos Definitivos do Quadro de Pessoal do Ministério da Saúde, segundo Motivo — Dezembro de 1998

Motivo de Afastamento	Até 1993	1994	1995	1996	1997	1998	Total
Aposentadoria	17	35	6.361	6.059	5.137	4.255	21.864
Transferência	0	0	3	0	1	0	4
Redistribuição	1	0	1.945	1.572	529	121	4.168
Exoneração	53	54	171	850	595	263	1.986
Demissão	0	0	0	1	0	0	1
Óbito	3	30	178	179	166	72	628
Art. 33, Inc. VIII, Lei 8.112	4	8	82	44	26	24	188
Total	78	127	8.740	8.705	6.454	4.735	28.839

Fontes: CGRH/MS e DOU.
Obs.: Exclui FNS, Fiocruz e GHC.

A análise das informações sobre a evolução do conjunto dos servidores ativos e aposentados do Poder Executivo federal é importante para dar uma idéia dessas tendências, mas é perturbada por um efeito contábil que ocorre entre 1994 e 1995. É que nesses dois anos houve uma apropriação, pelo Ministério da Saúde, dos gastos e dos quantitativos referentes ao pessoal do antigo Inamps. Nessa apropriação, foram abrangidos todos os dados sobre ativos, aposentados e instituidores de pensão. Como se constata pela Tabela A5 do Anexo, existem súbitas mudanças nas séries referentes às autarquias e à administração direta, em 1994 e 1995, que são decorrentes dessa transição dos dados sobre o pessoal do antigo Inamps (que era uma autarquia) para o Ministério da Saúde. Entre 1993 e 1995, as autarquias perderam mais de 90 mil servidores ativos, que em parte reapareceram na administração direta, ou transitaram para a aposentadoria. Enquanto isso, os inativos da administração direta eram acrescidos de cerca de 12 mil servidores, mostrando que o contingente de aposentados do antigo Inamps, aí incluído, era relativamente reduzido.

Quanto aos servidores ativos do conjunto do Executivo federal, esses dados confirmam que há tendência de decréscimo do estoque a partir de 1995, o que é devido a uma política explícita de restrição de concursos e de renovação muito seletiva de quadros. Para os inativos, no entanto, após o grande salto de cerca de 50 mil aposentados, em 1995, há apenas tendência irregular, mas relativamente discreta, de aumento. O que se conclui desse quadro é que a tendência à aposentadoria é bem menos marcante na administração direta do que nas autarquias e fundações (Tabela 3).

Tabela 3
Evolução do Número de Servidores Aposentados do Poder Executivo Federal — 1993/98 (Índice 1993 = 100)

	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Administração Direta	100,0	101,5	106,1	107,9	102,8	110,1
Autarquias	100,0	104,9	134,1	140,5	143,8	150,2
Fundações	100,0	112,3	146,0	166,9	180,6	189,6

*Fonte: SRH/MPOG (*Boletim Estatístico*).*

No que se relaciona aos gastos com pessoal do Ministério da Saúde, o efeito contábil foi posto em evidência por Piola, Ribeiro e Reis (1999), em estudo realizado a partir do sistema de apuração do gasto social, que é mantido pela Diretoria de Estudos Sociais do IPEA. Segundo esses dados, os gastos sofrem um aumento considerável nos dois anos (Tabela 4), de tal modo que o índice das despesas com pessoal aposentado e instituidores de pensão ascende de 102,9 para 174,6, em 1995, e o índice de despesas com ativos passa de 100 para 123,8, em 1994. Consultando a classificação dos itens de dispêndio com pessoal, esses autores constataram que ocorreu uma migração de registros internos da administração federal, relacionados à subordinação dos dados sobre pessoal do antigo Inamps, para o Ministério da Saúde.

Tabela 4

Gasto do MS com Servidores Ativos e Inativos em Valores Reais — 1993/98 (Base — Dezembro de 1998, Índice 1998 = 100)

(Em R$ Mil)

Índice	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Ativos	2.289.440	2.835.197	3.078.618	2.670.076	2.553.163	2.266.674
Índice	100,0	123,8	134,5	116,6	111,5	99,0
Inativos e Instituidores de Pensão	939.918	967.271	1.641.337	1.656.611	1.617.867	1.757.164
Índice	100,0	102,9	174,6	176,3	172,1	186,9

Fonte: Siafi/Sidor. Elaboração: IPEA/DISOC.

Por sua vez, a evolução das despesas com todo o pessoal da União assinala uma elevação acentuada dos gastos com ativos e inativos, no mesmo ano (Tabela A6 do Anexo). Esse crescimento tem uma causa bem conhecida — o aumento dos vencimentos dos servidores federais, concedido em 1994. Nos anos mais recentes, as despesas com servidores ativos caíram, enquanto as com os inativos se elevaram discretamente.

Em conclusão, podemos afirmar que o segmento de servidores do Ministério da Saúde na posição SES/SMS apresenta um comportamento, em relação à aposentadoria, similar ao dos servidores de autarquias e fundações, que começaram a se aposentar de forma bem acelerada a partir de 1995. Os servidores na posição MS têm comportamento mais assemelhado ao do conjunto da administração direta, que segue uma tendência mais moderada para a aposentadoria.

Tem sido bastante propalado que houve nesse período uma espécie de surto de expectativas negativas quanto aos possíveis efeitos das mudanças propostas pelas reformas administrativa e da previdência. Este efeito psicológico atingiria inicialmente os que já reúnem condições (de idade e/ou tempo de serviço) de aposentadoria e se estenderia, ano a ano, aos que as fossem alcançando, tendo por resultado final a precipitação das aposentadorias. Uma hipótese que poderia ser considerada a esse respeito, pelo aspecto psicológico, é a de que os servidores na posição SES/SMS se sentissem particularmente vulneráveis devido à sua situação funcional, que é fora do comum. No entanto, o exame dessa hipótese demandaria um estudo baseado em dados mais circunstanciados.

4 - PROPOSTAS ALTERNATIVAS: REPOSIÇÃO OU REPACTUAÇÃO?

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

- *Considerar que as lacunas na força de trabalho geradas por essas aposentadorias é algo que deva ser resolvido por cada gestor do SUS.* O

pressuposto é de que os termos do pacto anterior estendem-se à responsabilidade de cada gestor na preservação da utilidade de cada tipo de recurso, seja ele de natureza material ou humana. Esse raciocínio se aplicaria a todas as necessidades de preservação do patrimônio físico transferido ao longo do processo de descentralização. O argumento tomaria a seguinte forma. *No que se refere aos recursos humanos, o governo federal cumpriu sua parte no pacto, tendo garantido todos os direitos desses servidores enquanto estavam na vida funcional ativa, do mesmo modo que agora garante outro direito, que é o pagamento de inativos e pensionistas. Portanto, não poderia ser duplamente onerado: de um lado, pelos inativos e ativos na posição SES/SMS; de outro, por um eventual apoio que desse para satisfazer necessidades de reposição dos servidores que passaram para a inatividade.* Caso fosse adotada essa atitude, o problema criado seria de ordem política — é que existe uma grande expectativa por parte dos gestores estaduais e municipais em relação a uma medida "compensatória" que o Ministério da Saúde venha a tomar quanto a essa questão. Portanto, essa atitude seria certamente recebida como uma omissão intencional, com conseqüências previsíveis para a execução de certas prioridades programáticas do SUS que dependem de um bom nível de entendimento entre os gestores das três esferas de governo.

- *Selecionar profissionais por concurso público a fim de cedê-los às secretarias de saúde, conforme suas necessidades*. A contradição que esta proposta encerra é muito evidente, na medida em que perpetuaria a situação esdrúxula atual, que só se justifica por ser excepcional e transitória. Repetir o processo de cessão de funcionários federais para a administração estadual ou municipal não faz sentido, porque contradiz o objetivo de longo prazo da descentralização, qual seja, de criar condições locais auto-sustentáveis para dar cobertura integral à demanda da população por serviços de saúde. Em síntese, equivaleria a manter o pacto de descentralização com seus termos "congelados" no tempo. Por certo, essa proposição não encontra guarida em qualquer dos atores importantes que participam atualmente do cenário de co-gestão governamental do SUS.

- *Instituir um subsídio específico para garantir continuidade das funções que eram exercidas pelo pessoal aposentado*. Esta medida pressupõe que todo o pessoal aposentado exercia funções de grande relevância, requerendo por isso uma reposição ampla e indiscriminada. Várias objeções podem ser levantadas contra essa proposta. Em primeiro lugar, é preciso considerar que tanto os cargos administrativos quanto os de assistência que ficaram vagos com a aposentadoria do pessoal na posição SES/SMS talvez em sua maior parte não correspondam a funções vitais ou relevantes, pela ótica das políticas válidas no contexto atual do SUS. Por outro lado, o subsídio automático atua reforçando as desigualdades de distribuição, beneficiando certas unidades da Federação que acumularam historicamente serviços federais. Portanto, não endossaria as prioridades atuais do sistema e não estaria investido de uma preocupação com a eqüidade. Mas, mesmo admitindo que pudesse ser direcionado segundo alguns critérios, tal subsídio é passível da mesma objeção que se aplica à

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

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

Repetimos aqui as principais objeções que podem ser apresentadas contra a idéia de uma reposição simples ou automática do pessoal aposentado na posição SES/SMS: *a*) mantém intatos os termos de um pacto que, para ser válido, precisa julgar as necessidades do sistema em cada momento de seu desenvolvimento; *b*) pode reconcentrar responsabilidades e recursos numa área de gestão (recursos humanos) que precisa de grande flexibilidade e adaptabilidade local; *c*) pode implicar vincular repasses federais a funções específicas descentralizadas, agindo contra a lógica recente da gestão do sistema, que é a de tendência crescente ao repasse global; e *d*) pode privilegiar pessoal e funções que deixaram de ser relevantes nos últimos 10 anos.

5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

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

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

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

Assim é que a lógica do Plano Nacional de Incentivo à Produtividade e Qualidade dos Recursos assemelha-se à do Programa Reforsus. Esse programa, ao propor um financiamento da reforma e melhoria física das unidades de saúde, não beneficiou apenas as unidades descentralizadas, mas todas as que foram consideradas como detentoras de um papel vital na rede local do SUS. Assim, o Plano de Incentivo traduz um compromisso não com a manutenção da utilidade da força de trabalho de um grupo de servidores em particular, mas com o direcionamento do trabalho

de grupos “vitais” de recursos humanos do SUS, de modo a favorecer o alcance de determinadas metas ou prioridades das políticas de saúde. As áreas de relevância para aplicação dos incentivos deverão ser avaliadas em conjunto pelos gestores, mas, por certo, constituem candidatas naturais, de acordo com as políticas atuais, o Programa de Saúde da Família e a vigilância sanitária.

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

Para finalizar, queremos sublinhar que, se foi possível mobilizar interesses políticos a fim de que, no momento histórico oportuno, houvesse um movimento vigoroso de desconcentração de recursos humanos, que acompanhou *pari passu* o caminhar da transferência de poder político-institucional de gestão no SUS, hoje um movimento similar tem outro objetivo, que é o de fortalecer a descentralização não na sua dimensão quantitativa mas na sua dimensão qualitativa, ou seja, de produtividade, eficiência, dedicação dos profissionais e satisfação dos clientes. O Plano de Incentivo, que se apoiaria nas demandas suscitadas pela questão das aposentadorias dos servidores federais, cumpriria, assim, um papel estratégico similar ao pacto da descentralização, numa conjuntura nova do “federalismo participativo” que ainda caracteriza o SUS.

ANEXO

Tabela A1
Hospitais Descentralizados do Ministério da Saúde — 1998

Bahia
SUS/SMS - Hospital Manoel Vitorino
Hospital Ana Nery
Ceará
SUS/SES - Hospital Geral de Fortaleza
SUS/SES - Hospital de Messejana
Distrito Federal
SUS/Federal - Hospital Universitário de Brasília
Goiás
SUS/SES - Hospital Geral de Goiânia
Maranhão
SUS/SES - Hospital Presidente Dutra
SUS/SES - Hospital-Maternidade Infantil Camboa
Minas Gerais
SUS/SES - Hospital Alberto Cavalcanti
SUS/SES - Hospital Julia Kubitschek
SUS/SES - Maternidade Odete Valades
SUS/SES - Hospital Galba Veloso
Paraíba
SUS/SES - Hospital Alcides Carneiro
SUS/SES - Hospital Infantil João Pessoa
SUS/SMS - Hospital-Maternidade João Pessoa
Pernambuco
SUS/SES - Hospital Agamenon Magalhães
SUS/SES - Hospital Getúlio Vargas
SUS/SES - Hospital Barão de Lucena
Rio de Janeiro
SUS-SMS - Hospital-Maternidade Nova Friburgo
SUS-SMS - Hospital Sanatório Alcides Carneiro
SUS-SMS - Hospital Orêncio de Freitas
SUS-SMS - Hospital-Maternidade Praça XV
SUS-SMS - Hospital-Maternidade Carmela Dutra
SUS-SMS - Hospital-Maternidade Alexander Fleming
SUS-SMS - Colônia Juliano Moreira
Rio Grande do Sul
SUS/SES - Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas
Hospital Presidente Vargas
São Paulo
SUS/SMS - Hospital Brigadeiro
SUS/SES - Hospital de Heliópolis
SUS/SMS - Hospital-Maternidade Leonor Mendes Barros
SUS/SMS - Hospital Infantil Darcy Vargas

Fonte: CGRH/MS.

Tabela A2

Servidores Ativos do Ministério da Saúde, segundo Posição no SUS, por UF — Dezembro de 1998

UF	Posição MS	Posição SES/SMS		Total
		Número	Percentual	
Acre	58	8	12,1	66
Alagoas	211	581	73,4	792
Amapá	52	10	16,1	62
Amazonas	166	547	76,7	713
Bahia	259	2.625	91,0	2.884
Ceará	628	2.068	76,7	2.696
Espírito Santo	222	668	75,1	890
Goiás	237	1.210	83,6	1.447
Maranhão	276	1.874	87,2	2.150
Mato Grosso	137	276	66,8	413
Mato Grosso do Sul	146	160	52,3	306
Minas Gerais	364	3.348	90,2	3.712
Pará	213	1.023	82,8	1.236
Paraíba	201	1.531	88,4	1.732
Paraná	244	931	79,2	1.175
Pernambuco	848	2.843	77,0	3.691
Piauí	128	542	80,9	670
Rio de Janeiro	18.969	13.540	41,7	32.509
Rio Grande do Norte	102	493	82,9	595
Rio Grande do Sul	322	2.750	89,5	3.072
Rondônia	79	50	38,8	129
Roraima	73	12	14,1	85
Santa Catarina	209	1.345	86,6	1.554
São Paulo	608	7.424	92,4	8.032
Sergipe	154	447	74,4	601
Tocantins	33	32	49,2	65
Distrito Federal	1.908	1.380	42,0	3.288
Total	26.847	47.718	64,0	74.565

Fontes: CGRH/MS e Mare (Seape).
Obs.: Exclui FNS, Fiocruz e GHC.

Tabela A3

Servidores do Ministério da Saúde, segundo Ano de Ingresso no Serviço Público Federal — 1962/97

Ano de Ingresso no SPF	Ativos		Aposentados	
	Posição MS	Posição SES/SMS	Posição MS	Posição SES/SMS
1962	51	50	462	102
1963	46	28	160	39
1964	18	24	180	37
1965	38	54	156	79
1966	103	140	289	132
1967	86	167	184	108
1968	116	239	166	182
1969	48	182	152	179
1970	45	207	104	141
1971	85	224	81	141
1972	123	366	110	145
1973	217	475	118	155
1974	264	676	129	190
1975	2.175	4.432	816	1.334
1976	702	1.525	300	446
1977	702	2.456	218	236
1978	637	1.067	118	139
1979	1.220	3.418	388	570
1980	2.066	5.740	304	631
1981	2.191	3.353	173	213
1982	2.482	5.582	207	446
1983	1.712	2.883	122	133
1984	2.589	6.482	152	332
1985	2.154	5.080	83	167
1986	1.318	1.285	42	33
1987	1.233	786	41	12
1988	395	141	21	6
1989	207	41	20	0
1990	24	7	10	0
1991	51	2	63	0
1992	114	4	48	2
1993	13	1	10	0
1994	387	265	2	3
1995	987	191	7	0
1996	989	84	8	0
1997	534	6	1	0
Inconsistente	495	2	52.951	4.494
Total	26.617	47.665	58.396	10.827

Fontes: CGRH/MS e SRH/MPOG (Seape).
Obs.: Exclui FNS, Fiocruz e GHC.

Tabela A4

Servidores Ativos e Aposentados do Ministério da Saúde na Posição SES/SMS, por UF — Novembro de 1999

UF	Ativos	Aposentados
Acre	6	1
Alagoas	565	155
Amapá	9	1
Amazonas	521	95
Bahia	2.524	721
Ceará	1.978	636
Espírito Santo	666	190
Goiás	1.170	281
Maranhão	1.829	291
Mato Grosso	274	48
Mato Grosso do Sul	142	30
Minas Gerais	3.201	881
Pará	1.002	143
Paraíba	1.485	368
Paraná	914	318
Pernambuco	2.727	861
Piauí	515	97
Rio de Janeiro	12.793	3.491
Rio Grande do Norte	474	157
Rio Grande do Sul	2.564	910
Rondônia	39	5
Roraima	2	1
Santa Catarina	1.275	311
São Paulo	7.064	2.096
Sergipe	432	115
Tocantins	32	2
Distrito Federal	1.320	209
Total	45.523	12.414

Fontes: CGRH/MS e Mare (Seape).
Obs.: Exclui FNS, Fiocruz e GHC.

Tabela A5

Evolução do Número de Servidores do Poder Executivo Federal — 1991/98

		1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Poder Executivo	Ativos	986.034	991.888	962.945	957.631	940.155	917.974	888.710	830.180
	Inativos	348.630	411.919	422.514	433.433	482.401	500.411	497.423	514.188
	Instituidores de Pensão	132.750	149.737	232.916	283.944	294.945	335.620	348.956	365.303
	Total	1.467.414	1.553.544	1.618.375	1.675.008	1.717.501	1.754.005	1.735.089	1.709.671
Administração Direta	Ativos	154.958	173.891	178.225	181.494	244.961	238.228	225.685	218.397
	Inativos	160.361	202.891	206.666	209.733	219.325	223.000	212.427	227.626
	Instituidores de Pensão	-	5.829	62.821	104.185	104.744	135.867	144.114	146.636
	Total	315.319	382.611	447.712	495.412	569.030	597.095	582.226	592.659
Autarquias	Ativos	321.738	324.125	301.844	279.383	208.994	211.063	203.854	198.452
	Inativos	72.500	87.697	90.086	94.502	120.777	126.553	129.518	135.354
	Instituidores de Pensão	-	4.676	21.786	25.688	33.766	37.202	38.767	40.402
	Total	394.238	416.498	413.716	399.573	363.537	374.818	372.139	374.208
Fundações	Ativos	121.679	122.854	112.829	122.143	113.734	105.445	102.186	96.871
	Inativos	12.014	15.448	16.982	19.070	24.790	28.346	30.677	32.195
	Instituidores de Pensão	-	757	5.969	7.187	6.012	8.846	9.439	9.894
	Total	133.693	139.059	135.780	148.400	144.536	142.637	142.302	138.960
Empresas	Ativos	37.106	36.688	36.280	36.042	35.932	32.086	30.420	30.955
Sociedade de Economia Mista	Ativos	20.553	19.927	19.394	16.101	15.712	8.729	5.117	7.974

*Fonte: SRH/MPOG (*Boletim Estatístico*).*

Tabela A6

Evolução da Despesa com Pessoal da União, Ativos e Aposentados — 1987/98 (Base — Dezembro de 1997, Índice 1987 = 100)

(Em R$ Milhões)

Ano	Ativos		Aposentados		Total	
	Valor	Índice	Valor	Índice	Valor	Índice
1987	12.537	100,0	4.577	100,0	17.114	100,0
1988	15.965	127,3	5.746	125,5	21.711	126,9
1989	19.649	156,7	6.850	149,7	26.499	154,8
1990	23.177	184,9	8.878	194,0	32.055	187,3
1991	19.673	156,9	6.773	148,0	26.446	154,5
1992	15.438	123,1	6.201	135,5	21.639	126,4
1993	17.361	138,5	11.773	257,2	29.134	170,2
1994	19.348	154,3	14.701	321,2	34.049	199,0
1995	25.647	204,6	18.186	397,3	43.833	256,1
1996	24.677	196,8	18.350	400,9	43.027	251,4
1997	24.729	197,2	18.837	411,6	43.566	254,6
1998	24.774	197,6	18.526	404,8	43.300	253,0

*Fonte: SRH/MPOG (*Boletim Estatístico*).*
Obs.: Valores reais corrigidos pelo IGP-DI/FGV.

BIBLIOGRAFIA

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

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

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

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

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

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

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