



CICS/ENSP/ FIOCRUZ
ISBN 978-989-96335-4-4; 978-989-96335-5-1

Política de Gestão do Trabalho e a Atenção em Saúde: um estudo de caso sobre a experiência de contratualização da Atenção Básica no Município do Rio de Janeiro

MARIA INÊS CARSLADE MARTINS & CARLA CABRAL GOMES CARNEIRO

ENSP/FIOCRUZ

mines@ensp.fiocruz.br; carlacgc@yahoo.com.br

Resumo:

O estudo analisa a parceria do Estado com Organizações Sociais para a gestão do trabalho em saúde no setor público, a partir da experiência do município do Rio de Janeiro na contratualização da gestão dos serviços de Atenção Básica em Saúde (ABS). A pesquisa identifica no modelo adotado um distanciamento entre as metas e os indicadores estabelecidos e as necessidades de saúde da população, bem como da estrutura operacional dos serviços. Do ponto de vista das relações de trabalho, os resultados apontam a temporalidade e a externalidade dos vínculos como uma ameaça à consolidação das conquistas sociais da Constituição Brasileira de 1988 no sentido da democratização, da equidade e da cidadania, no campo da saúde e do trabalho.

Palavras-chave:

Contratualização; Organizações Sociais; gestão do trabalho em saúde; Atenção Básica em Saúde; políticas sociais.

Abstract:

The study examines the partnership between the State and the Social Organisations for the management of health care work in the public sector, considering the experience of the Rio de Janeiro municipality in contracting the management of Primary Health Care (PHC) services. The research identifies that the model adopted has a great distance between the indicators and the primary targets that are established, as well as the health needs of the population and the operational structure of the services. In light of the labour relations, the results point to the temporality and externality of employment contracts as factors that may obstruct the progress in the recognition of democratisation, equity and citizenship of health and labour rights conquered in the 1988 Brazilian Constitution.

Keywords:

Contracting; Social Organisations; management of employment in the area of health care; Primary Health Care; social policies.

Introdução

A Constituição brasileira, aprovada em 1988, no momento da redemocratização do país, representa uma conquista política e um avanço no sentido da equidade e da cidadania, sendo

conhecida como a “Constituição Cidadã”. Nela instituiu-se, entre outras conquistas sociais, a universalização da saúde através do Sistema Único de Saúde (SUS) e um novo arcabouço jurídico-institucional para o serviço público, o Regime Jurídico Único (RJU), que normatiza as contratações no setor público. O SUS, regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde n. 8.080/1990, coloca-se como uma política que tem como proposta a mudança radical do modelo de atenção à saúde no Brasil reconhecendo a saúde como um direito de todos e um dever do Estado. Do ponto de vista do trabalho no setor público, o RJU, promulgado pela Lei n. 8.112/1990, cria um regime próprio para o servidor público, pautado na meritocracia, com ingresso nas carreiras por meio de concurso público. No entanto, essas mudanças estruturais no modelo de atenção à saúde e no modelo de gestão do trabalho na esfera pública acontecem no Brasil em um cenário internacional adverso, onde a diminuição do papel do Estado na prestação dos serviços públicos coloca-se como uma exigência para o novo modelo econômico.

É nesse contexto que, com o argumento de obter maior eficiência nas políticas públicas, os governos dos países centrais incluem em sua agenda, nos anos 1980, reformas dos sistemas de saúde dos países e novos processos gerenciais. Entre os novos modelos adotados, destaca-se o mecanismo da contratualização de serviços por parte do Estado, que tem como objetivo promover mudanças organizacionais e incentivar a criação de um ambiente institucional favorável à melhoria da eficiência dos provedores de atenção, públicos ou privados. Os arranjos contratuais propostos apresentam-se como formas de induzir um método mais eficaz de desempenho e maior accountability, a partir da definição de um conjunto de serviços vinculados a um orçamento (Costa, Ribeiro e Silva, 2000).

Esse modelo vem sendo objeto de discussão entre pesquisadores e formuladores de políticas públicas, entre os quais se inclui Antunes e colaboradores (2011). Um dos argumentos contra essa nova forma de relação do Estado com a sociedade é que a contratualização introduz nos serviços públicos, especificamente no setor saúde, a lógica de organização e funcionamento do setor privado (Paes de Paula, 2005), tendo-se como pressuposto “a superioridade prática da gestão privada, pela qual o caminho da intervenção pública deve ser a aproximação constante às práticas da gestão empresarial” (Antunes et al., 2011: 192). No Brasil, a contratualização está no centro das discussões sobre alternativas para a administração pública do setor saúde, tendo em vista a melhoria do desempenho e da prestação de contas dos prestadores de serviços na lógica da Nova Gestão Pública (NGP) e do modelo gerencialista do Estado. Esse mecanismo vem sendo utilizado entre o núcleo central da administração pública e os entes federativos estaduais e municipais, ou com prestadores de serviços inscritos nas novas modalidades jurídico-administrativas públicas ou privadas, como as Organizações Sociais (OS) e Fundações Estatais (Lima e Rivera, 2012). É importante ressaltar que, na trajetória da política de saúde no Brasil pré-constituente, a partir dos anos 1960, a contratação dos serviços e a transferência de responsabilidade da assistência para o setor privado de saúde já era hegemônica, por meio da compra de serviços pela Previdência Social, especificamente para a assistência médico-hospitalar.

O Plano Diretor da Reforma Administrativa do Estado (PDRAE), aprovado em 1995, propõe uma configuração gerencialista à administração pública, dando-lhe um novo desenho institucional, desburocratizado e com maior autonomia de gestão. Seus argumentos baseiam-se na ineficiência, no crescimento distorcido, nos altos custos operacionais e no endividamento

público, na falta de efetividade e na incapacidade do Estado em se adequar ao processo de globalização em curso (Brasil, 1995).

A reforma do aparelho do Estado trouxe para o setor público o conceito de flexibilidade, tendo como reflexos a flexibilização das normas e regras estabelecidas na Constituição de 1988 (Martins e Molinaro, 2013). O redesenho da relação público-privada se expressou na introdução de novas modalidades jurídico-administrativas dos prestadores de serviços e na conformação de modelos gerenciais tipicamente desenvolvidos no setor privado (Pierantoni, 2000). Entre essas novas modalidades, se inscreve o modelo de OS, instituído pela Lei n. 9.637, de 15 de maio de 1998, criado como forma de viabilizar a parceria público-privado para a implementação de políticas públicas por meio de contratos de gestão, nos quais são definidos e firmados compromissos mútuos entre o Estado e os entes contratados. A justificativa é assegurar eficiência e garantir resultados por meio da realização de contratos entre o Estado e organismos externos, não estatais, para prestação de serviços de responsabilidade dos primeiros.

Na saúde, esses novos modelos flexíveis de contratação desresponsabilizam o Estado dos processos de seleção e gestão das relações de trabalho, bem como da qualificação dos trabalhadores, além de trazerem mudanças estruturais no modelo de gestão, tais como: o fim do concurso público para ingresso no trabalho; a implementação da terceirização; a desprofissionalização dos serviços e dos servidores públicos; a desorganização do processo de trabalho; a flexibilização dos contratos (Rezende, 2008).

Neste artigo, pretende-se discutir como o modelo de contratualização adotado pode influenciar as políticas de gestão do trabalho, analisando a experiência de contratação de OS pelo município do Rio de Janeiro para a gestão dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS).¹

1. Metodologia

Os dados que serviram de base para a análise proposta fazem parte de um estudo de caso exploratório de corte transversal e abordagem qualitativa, realizado no período de setembro de 2012 a janeiro de 2013, no município do Rio de Janeiro.² Essa localidade situa-se no estado do Rio de Janeiro, região Sudeste do Brasil, e possui uma população de 6.320.446 habitantes, vivendo 100% em zona urbana, em 2.144.445 unidades domésticas (IBGE, 2010). O sistema municipal de saúde do Rio de Janeiro é regionalizado e dividido em dez Áreas Programáticas (AP).

A pesquisa de campo desenvolveu-se em três etapas: levantamento de documentos (de agosto a novembro de 2012); entrevistas semiestruturadas (de setembro de 2012 a janeiro de 2013); grupos focais (em novembro de 2012). Nas entrevistas e nos grupos focais, buscou-se privilegiar os sujeitos sociais com experiências em relação ao objeto da pesquisa, de forma a

¹ No Brasil, o SUS trabalha com o conceito de Atenção Básica à Saúde para diferenciar-se do modelo tradicional da APS, que se restringe à oferta de uma cesta básica de serviços à população menos favorecida. Para fins deste artigo, optou-se pelo termo universal, APS, ressaltando que a APS no Brasil tem um sentido mais amplo e universal, a partir do atendimento às necessidades de saúde locais.

² Produto da pesquisa realizada como base da dissertação “O trabalho do ACS e suas determinações: um estudo de caso do município do Rio de Janeiro”, de Carla Cabral Gomes Carneiro, aprovada em 2013, sob orientação da Prof^a Dr^a Maria Inês Carsalade Martins.

compor um grupo diversificado de atores envolvidos permitindo captar semelhanças e diferenças entre suas opiniões (Gatti, 2005).

2. As OS e o novo modelo de gestão da APS no município do Rio de Janeiro

Seguindo a tendência de reformas da APS nos países centrais (Giovannella, 2006; Escoval *et al.*, 2010), a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMSDC-RJ) adotou a contratualização dos serviços de saúde como mecanismo de gestão com o objetivo de “induzir a melhora do desempenho das unidades funcionais, através da atribuição de incentivos financeiros e da criação de instrumentos de monitorização” (Rio de Janeiro, 2011: 99).

Analisando a trajetória das políticas de saúde e dos modelos de atenção implementados no município do Rio de Janeiro, foi possível constatar que a APS implantou-se de forma peculiar, gradativamente e tardiamente em relação a outras localidades do país. Tradicionalmente, o sistema municipal de saúde do Rio de Janeiro caracterizou-se pela forte presença de grandes hospitais federais herdados da rede previdenciária, por hospitais militares e universitários, hospitais privados e filantrópicos, além de contar com postos ou centros de saúde que desenvolviam atividades predominantemente voltadas para os programas verticais do Ministério da Saúde e para a saúde materno-infantil, especialmente nas áreas socialmente vulneráveis (Parada, 2001).

Apenas em 2009, a APS entra com vigor na agenda da gestão municipal com a expansão da cobertura dos serviços desse nível assistencial e mudanças na rede de atenção e na estrutura da gestão de saúde local. O grupo político que assumiu a SMSDC-RJ havia se comprometido, na campanha eleitoral, com a reformulação e o aprimoramento do sistema de saúde local. Para isso, a gestão municipal estruturou um novo plano de saúde tomando como base os sistemas de saúde das cidades olímpicas³ e o sistema de saúde de Portugal, que possuem a APS como coordenadora da atenção. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi a opção política adotada para a reorientação do modelo de atenção em saúde localmente, tendo sua cobertura populacional aumentado de 9,24% para 39,84%, no período de 2009 a 2012 (Brasil, 2013). Para organizar os serviços e ações prestados pelas unidades de saúde da família, a gestão municipal estabeleceu parceria com OS depois de negociação junto à Câmara dos Vereadores em 2009. Durante o processo de negociação e votação, alguns conselhos profissionais, movimentos organizados de trabalhadores e entidades como o Conselho Municipal de Saúde se posicionaram contra o Projeto de Lei do Executivo. No entanto, não conseguiram parar a proposta do governo (Conselho Regional de Psicologia, 2009).

Em maio de 2009, as OS foram qualificadas como prestadoras de serviços por meio da Lei n. 5.026/2009 e sua regulamentação posterior pelo Decreto n. 30.780, de 2 de junho de 2009. Segundo os referidos documentos as OS são consideradas “pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura, à saúde e ao esporte” (Rio de Janeiro, 2009: 01). Atualmente, existem cinco OS atuando no âmbito do gerenciamento de 194 unidades de APS e 809 equipes distribuídas nas dez AP do sistema

3 Vale lembrar que, no dia 2 de outubro de 2009, a cidade do Rio de Janeiro foi escolhida pelo Comitê Olímpico Internacional (COI) para sediar as Olimpíadas de 2016. Com o resultado, o país se tornou a primeira nação sul-americana a organizar esse tipo de evento esportivo.

municipal de saúde. O contrato de gestão concretizou os compromissos assumidos pela administração direta e pelas OS ao identificar as obrigações, os deveres e as contrapartidas de ambas as partes, além das regras de avaliação e monitoramento das atividades a serem desenvolvidas pela contratada. No novo desenho de gestão da atenção básica, a execução dos serviços e ações da APS ficam sob a responsabilidade das OS, enquanto a administração direta se responsabiliza pelas funções relativas ao financiamento, à indução e à regulação da política, mediante o acompanhamento e a avaliação da execução do contrato de gestão.

Para que as OS cumpram com o objeto dos contratos de gestão, a SMSDC-RJ repassa recursos orçamentários por meio de um valor fixo e um valor variável de acordo com o cronograma financeiro definido no anexo dos contratos de gestão. A parte fixa consiste em um montante, com repasse trimestral antecipado, destinado ao custeio com a gestão do Território Integrado de Ações em Saúde (Teias), a força de trabalho, a manutenção, as adaptações de instalação e o equipamento das unidades. A parte variável corresponde a um montante, também repassado trimestralmente, mediante a avaliação de relatórios enviados pelas OS com dados e informações relativos à produtividade e qualidade dos serviços prestados, de acordo com indicadores e metas contratualizadas. No que tange à gestão do trabalho, as OS passam a ser responsáveis pela seleção, pela contratação, pela demissão e pelo pagamento do pessoal.

3. A contratualização dos serviços e a gestão do trabalho na APS do município do Rio de Janeiro

Do ponto de vista das relações de trabalho, constatou-se que os processos seletivos apresentam diferentes etapas e conteúdos programáticos, em um processo pouco regulado pela gestão municipal. No caso estudado, percebe-se, por meio dos editais publicados, pouca definição quanto ao perfil profissional, à formação e aos requisitos necessários para atuar no setor público, dentro do modelo de saúde proposto.

Para ingressar na APS, os profissionais devem passar por um processo seletivo simplificado que acontece de forma descentralizada em cada AP. As seleções ocorrem assistematicamente, a partir da demanda, sendo organizadas pelas coordenações de área programáticas juntamente com as OS.

Faz-se importante destacar que os contratos com as OS e destas com os trabalhadores que atuam nas Unidades de Saúde têm uma vigência de no máximo cinco anos, ao final dos quais se encerra o contrato com o município e os trabalhadores são obrigatoriamente desligados, independentemente do seu desempenho. Caracteriza-se, assim, a temporalidade e externalidade dos contratos e dos vínculos de trabalho.

No período em que foi realizada a pesquisa, haviam sido recentemente encerrados dois contratos com OS. Os trabalhadores relataram que, nesse processo, os direitos trabalhistas algumas vezes não foram garantidos, citando como exemplos o direito a férias e depósito do Fundo de Garantia. A falta de estabilidade e de perspectiva de carreira também é apontada por gestores e trabalhadores como uma dificuldade na construção de um modelo de atenção que tem como pressupostos o vínculo dos profissionais com os usuários e a longitudinalidade do cuidado.

No modelo de gestão por contratos, o processo de trabalho é orientado pelos indicadores e metas pactuados. Na pesquisa, foi constatada uma centralização do processo de planejamento

na SMSDC-RJ, sem que os indicadores e metas tivessem sido discutidos e definidos com os gestores regionais, gerentes locais e profissionais das equipes de saúde da família. Entretanto, o alcance de bons resultados dos arranjos contratuais depende tanto da coordenação desse processo quanto da motivação dos profissionais que participam da prestação dos serviços de saúde. Isso implica necessariamente um processo de contratualização interna, com a participação dos atores envolvidos na prestação de serviços em todas as suas fases (Matos *et al.*, 2010).

Na pesquisa, foi possível identificar, na fala dos gestores e trabalhadores, um distanciamento entre as metas e os indicadores estabelecidos no nível central e as necessidades de saúde da população, bem como da estrutura operacional dos serviços para que as mesmas se realizem. A consequência disso é que a organização do processo de trabalho é orientada para o alcance das metas estabelecidas, comprometendo o acolhimento da demanda espontânea ou dos problemas identificados na relação com a comunidade. É nesse contexto que a produtividade é relativizada como estratégia de gestão para a APS, na medida em que avalia a eficiência na produção, mas não considera a eficácia das ações desenvolvidas.

Na SMSDC-RJ, os indicadores definidos organizaram-se em três componentes que estão relacionados com a parte variável do recurso orçamentário repassado trimestralmente às contratadas. Para cada componente variável (01, 02 e 03), foram definidos um conjunto de indicadores e metas, a unidade a ser avaliada, bem como o local e a ação em que deve ser aplicado o recurso financeiro.

- A parte variável 01 é composta por um conjunto de indicadores organizacionais e de produção relacionados à estrutura e organização das unidades de saúde que devem ser cumpridos pelas OS.

- A parte variável 02 é formada por quatro grupos de indicadores e metas: acesso, desempenho assistencial; satisfação do paciente e eficiência, que devem ser efetivados pelas unidades de saúde. Cumprindo a pactuação, as unidades recebem um valor trimestral preestabelecido (R\$ 3 mil por equipe), aplicável na própria unidade de atenção primária por meio de ações de qualificação, no apoio à investigação ou no aumento das amenidades de exercício de funções da equipe multiprofissional.

- A parte variável 03 é composta por indicadores de vigilância de grupos de usuários vulneráveis e de risco (mulher em idade fértil, gestantes, crianças menores de um ano e pessoas com diabetes, tuberculose e hanseníase) e por indicadores organizacionais, que devem ser cumpridos pelas equipes de saúde da família com o apoio da gestão local e regional. O recurso orçamentário repassado para essa variável converte-se em uma parte do salário para os profissionais das equipes.

Ao transformar o investimento em infraestrutura, qualificação e salário em parte variável do orçamento das OS, sem um sistema de regulação adequado e participativo, incorre-se no risco de colocar o investimento na qualidade como opcional para o prestador de serviços, a partir de uma lógica de custo-benefício e de premiação. Vale salientar que o órgão responsável pela avaliação do desempenho e de resultados das contratadas – Comissões Técnicas de Acompanhamento (CTA) – não garante a participação de trabalhadores.

Um estudo acerca do processo de contratualização realizado nos cuidados primários em Portugal detectou que, apesar dos avanços alcançados pelos novos modelos de

contratualização, era necessário aprimorá-lo no sentido de aproximar os indicadores estabelecidos da realidade de saúde da população e de trabalho dos profissionais. A pesquisa realizada pela Escola Nacional de Saúde Pública do Ministério da Saúde/PT recomendou a construção de indicadores de resultado para medir a eficácia dos serviços prestados e não apenas indicadores de produtividade, a introdução de indicadores locais das unidades, a eliminação de indicadores inexecutáveis e a adequação dos indicadores à informação existente (Escoval *et al.*, 2010).

Os resultados encontrados na pesquisa no município do Rio de Janeiro corroboram com as conclusões anteriores e reforçam a importância da realização de estudos de caso na análise do novo modelo de gestão da APS, que vem sendo utilizado no setor público no Brasil e em Portugal. Considerar a trajetória das políticas de saúde e o contexto em que se realizam, bem como as escolhas realizadas no momento de implementação das mesmas, ajuda a compreender o tipo de parceria que se firma entre entes do governo ou entre a administração pública e um ente privado.

Para o institucionalismo histórico, o modelo de causalidade social “rejeita o postulado tradicional de que as mesmas forças operativas gerarão os mesmos resultados em todos os lugares em favor da visão de que o efeito de tais forças será mediado por características contextuais de uma dada situação frequentemente herdadas do passado” (Hall e Taylor, 1996 apud Bernardi, 2012: 138).

Considerações Finais

Discutir a nova realidade do mundo do trabalho no campo da saúde implica discutir a equidade nos processos que conformam o campo da gestão do trabalho, a saber: acesso e natureza dos postos de trabalho, proteção social, remuneração, ambiente e condições de trabalho, qualificação, participação política e acesso à tecnologia (Martins e Molinaro, 2013).

A natureza pública do trabalho na APS e as normas sobre o acesso aos postos de trabalho no setor público, conquistadas na Constituição de 1988, assinalam que a inserção de profissionais nesses serviços deve acontecer mediante a realização de concurso público, segundo os princípios constitucionais do direito administrativo. No estudo de caso realizado, observou-se uma flexibilização das normas e regras de admissão no serviço público por meio da terceirização, e a pouca regulação dos processos seletivos, incorrendo-se no risco de desregulamentação das práticas profissionais e da ausência de critérios meritocráticos para incorporação da força de trabalho.

No que tange à regulação do trabalho, as mudanças decorrentes do estabelecimento de vínculos terceirizados, por meio de contratação de instituições de natureza privada, têm colocado o trabalhador em uma posição vulnerável na medida em que os contratos são negociados sem sua participação, são pouco regulados e possuem um tempo de vigência determinado. Além disso, a externalidade das normas e regras de admissão, demissão, contratação e qualificação pode comprometer princípios básicos das relações de trabalho no setor público, como a estabilidade e a perspectiva de carreira dos profissionais da APS.

Dentre as variáveis consideradas como fatores de tensão em relação ao Modelo de Direito do Trabalho na Área Social (Ferreira, 2005), cabe destacar dois conflitos gerados na área da saúde no setor público e contratado e que têm forte impacto na gestão do trabalho em

saúde: a oportunidade de formação e qualificação para os trabalhadores e a representação sindical e os espaços de vocalização dos trabalhadores.

Do ponto de vista da formação, a adoção dos novos modelos flexíveis de gestão desresponsabiliza o Estado pela qualificação dos profissionais, trazendo consequências tanto para o trabalhador quanto para a qualidade dos serviços prestados. Os contratos de gestão estudados são omissos em relação a essa questão, embora a Política de Educação Permanente integre o Plano Municipal de Saúde.

Partindo da análise dessa experiência que se realiza em um espaço local, os resultados encontrados, vistos em uma dimensão macro, levam à reflexão sobre a perspectiva social do trabalho e, mais do que isso, chamam a atenção para a responsabilidade social do Estado como gestor do trabalho no campo da saúde.

Ao incorporar a contratualização como modelo de gestão do trabalho, introduz-se no serviço público a lógica da produtividade e da competição, que, se analisadas do ponto de vista da eficiência, são mecanismos que ampliam, agilizam e dão visibilidade à presença do Estado na oferta de serviços de saúde, no caso específico da APS. No entanto, é fundamental que a nova política de gestão adotada pelo município do Rio de Janeiro viabilize a implementação do modelo de Atenção Básica de Saúde proposto no SUS, de forma não apenas ágil e eficiente, mas, sobretudo, eficaz e responsiva, favorecendo o estabelecimento de vínculo, acolhimento e integralidade no processo de produção do cuidado tanto de usuários como dos trabalhadores.

Nesse sentido, é imprescindível garantir que sejam incorporados a esse modelo de gestão estratégias e mecanismos de proteção do trabalho que considerem as diferentes dimensões do trabalho: dimensão política (direitos sociais, equidade e organização política); dimensão econômica (estrutura salarial, relações de trabalho e valorização profissional); dimensão subjetiva (reconhecimento, debate de normas e valores e trabalho como produtor de subjetividade) (Schwartz, Duc e Durrive, 2010).

Referências

- ANTUNES, Edite et al. (2011), *Contratualização em saúde: efetividade do sistema de incentivos* [Online], disponível em: http://repap.ina.pt/bitstream/10782/582/1/Contratualizacao%20em%20saude%20_%20efectividade.pdf [consultado em: 9 fev. 2014].
- BERNARDI, Bruno Boti (2012), "O conceito de dependência da trajetória (path dependence): definições e controvérsias teóricas", *Perspectivas*, 41, 137-167 [Online], disponível em: <http://seer.fclar.unesp.br/perspectivas/article/view/4978/4434> [consultado em: 9 fev. 2014].
- BRASIL (1995), *Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado, Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado* [Online], disponível em: www.bresserpereira.org.br/Documents/MARE/PlanoDiretor/planodiretor.pdf [consultado em: 9 fev. 2014].
- BRASIL (2013), *Ministério da Saúde, Sala de apoio à gestão estratégica*, disponível em: <http://189.28.128.178/sage/> [consultado em: 9 fev. 2014].
- CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA (2009), *CRP-RJ se posiciona contra gestão da administração pública por Organizações Sociais*, disponível em:

- www.crpj.org.br/noticias/2009/0414-crpj-se-posiciona-contra-gestao-da-administracao-publica-pos-organizacoes-sociais.html [consultado em: 9 fev. 2014].
- COSTA, Nilson do Rosário; RIBEIRO, José Mendes & SILVA, Pedro Luís Barros (2000), "Reforma do Estado e mudança organizacional: um estudo de hospitais públicos", *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(2), 427-442 [Online], disponível em: www.scielo.br/pdf/csc/v5n2/7106.pdf [consultado em: 9 fev. 2014].
- ESCOVAL, Ana et. al. (orgs.) (2010), *Contratualização em cuidados primários em saúde: horizonte 2015/20* (Relatório final/2010) [Online], disponível em: www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Fase%205_Relatorio%20Final.pdf [consultado em: 9 fev. 2014].
- FERREIRA, Antônio Casimiro (2005), "Para uma concepção decente e democrática do trabalho e seus direitos sociais: (re) pensar o direito das relações sociais", in: SANTOS, Boaventura de Souza (org.), *A Globalização das Ciências Sociais*, 3. ed., São Paulo, Cortez, 257-297.
- GATTI, Bernadete Angelina (2005), *Grupo Focal na Pesquisa em Ciências Sociais e Humanas*, Brasília, Liber Livro.
- GIOVANELLA, Lúgia (2006), "A atenção primária à saúde nos países da União Europeia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990", *Cadernos de Saúde Pública*, 22(5), 951-963 [Online], disponível em: www.scielo.br/pdf/csp/v22n5/o8.pdf [consultado em: 9 fev. 2014].
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA (IBGE) (2010), *Censo 2010* [Online], disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/> [consultado em: 9 fev. 2014].
- LIMA, Sheyla Maria Lemos & RIVERA, Francisco Javier Uribe (2012), "A contratualização nos Hospitais de Ensino no Sistema Único de Saúde brasileiro", *Ciências & Saúde Coletiva*, 17(9), 2.507-2.521 [Online], disponível em: www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/Contratualiza%C3%A7%C3%A3oHospitais.pdf [consultado em: 9 fev. 2014].
- MARTINS, Maria Inês Carsalade Martins & MOLINARO, Alex (2013), "Reestruturação produtiva e seu impacto nas relações de trabalho nos serviços públicos de saúde no Brasil", *Ciências & Saúde Coletiva*, 18(6), 1.667-1.676 [Online], disponível em: www.scielosp.org/pdf/csc/v18n6/18.pdf [consultado em: 9 fev. 2014].
- MATOS, Tania Tercitano. et al. (2010), "Contratualização interna vs. contratualização externa", *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, v. temático, 9, 161-180 [Online], disponível em: www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-contratualizacao/EC-13-2009.pdf [consultado em: 9 fev. 2014].
- PAES DE PAULA, Ana Paula (2005), "Administração pública brasileira entre o gerencialismo e a gestão social", *RAE – Revista de Administração de Empresas*, 45(1) [Online], disponível em: www.scielo.br/pdf/rae/v45n1/v45n1a05.pdf [consultado em: 9 fev. 2014].
- PARADA, Roberto (2001), "A construção do Sistema Estadual de Saúde: antecedentes e formas de inserção", *Physis Revista Saúde Coletiva*, 11(1), 119-114 [Online], disponível em: www.scielo.br/pdf/physis/v11n1/a03v11n1.pdf [consultado em: 9 fev. 2014].
- PIERANTONI, Célia Regina (2000), *Reformas da Saúde e Recursos Humanos: novos desafios x velhos problemas. Um estudo sobre recursos humanos e as reformas recentes da Política Nacional de Saúde* [Online], disponível em:

http://obsnetims1.tempsite.ws/uploaded/2_5_2013__o_Reformas_da_saude.pdf
[consultado em: 9 fev. 2014].

REZENDE, Conceição Aparecida (2008), "O modelo de gestão do SUS e as ameaças do projeto neoliberal", in: BRAVO, Maria Inês et al. (orgs.), *Política de Saúde na Atual Conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro, Rede Sirius/Adufrj-Ssind [Online], disponível em: <http://fopspr.files.wordpress.com/2008/08/o-modelo-de-gestao-do-sus-e-as-ameacas-do-projeto-neoliberal.pdf> [consultado em: 9 fev. 2014].

RIO DE JANEIRO (2009), *Lei n. 5.026, de 19 de maio de 2009* [Online], disponível em: http://smaonline.rio.rj.gov.br/legis_consulta/31548Lei%205026_2009.pdf [consultado em: 9 fev. 2014].

RIO DE JANEIRO (2011). "Minuta do edital de convocação pública para parcerias com organizações sociais, edital e Anexo" [impresso].

SCHWARTZ, Yves; DUC, Marcelle & DURRIVE, Louis (2010), "O homem, o mercado e a cidade", in: SCHWARTZ, Yves (org.), *Trabalho e Ergologia. Conversas sobre a atividade humana*, 2. ed., Niterói, Universidade Federal Fluminense, 5-9.