

A FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE RJU NO RIO DE JANEIRO: ESTUDO EXPLORATÓRIO SOBRE MUDANÇAS INSTITUCIONAIS NOS CONTRATOS DE TRABALHO

THE HEALTHCARE WORKFORCE IN RIO DE JANEIRO: AN EXPLORATORY STUDY ON INSTITUTIONAL CHANGES IN EMPLOYMENT CONTRACTS

MÔNICA DE CARVALHO MUNIZ CHAO¹

LIGIA BAHIA²

CAMILY FERREIRA DE ALMEIDA³

RESUMO: Esta investigação examina a dinâmica da Força de Trabalho em Saúde (FTS) com vínculo estatutário no estado do RJ e seus 14 municípios mais populosos (2014 a 2024). Supõe-se que, mesmo com a emergência de novos modelos contratuais (OSS, fundações), o segmento RJU mantém relevância estruturante, cujas características carecem de investigação. A pesquisa, se propõe a analisar: (I) a evolução temporal do quantitativo da FTS-RJU, sua distribuição (médico, enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem) e sua proporção relativa ao total de servidores das secretarias de saúde, educação, segurança e assistência social; e (II) o perfil transversal da remuneração, investigando a heterogeneidade entre municípios e categorias profissionais. Paralelamente, analisou-se a tendência da mortalidade precoce como indicador de desfecho em saúde, buscando correlações com as variáveis de força de trabalho e investimento. Os resultados apontam heterogeneidade remuneratória entre as categorias e municípios, com a enfermagem como o maior contingente. A educação concentra o maior efetivo de servidores estatutários, seguida pela saúde. Identifica-se uma tendência de redução de servidores RJU e expansão de contratações via OSS e fundações, acompanhada em alguns municípios por um discreto aumento na mortalidade precoce (2022-2023).

PALAVRAS-CHAVE: Força de Trabalho em Saúde; Mortalidade Precoce; Remuneração; Portais da Transparência.

¹ Fisioterapeuta, Doutoranda em saúde coletiva (UFRJ/IESC). Mestre em ciências pelo Programa de pós-graduação em Clínica Médica (Faculdade de Medicina da UFRJ). Especialista em gestão em saúde (ENSP/FIOCRUZ).

² Professora Titular da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Graduação em Medicina (UFRJ), Mestre em Saúde Pública (Fiocruz) e Doutora em Saúde Pública (Fiocruz).

³ Graduanda no 6º período de Saúde Coletiva (UFRJ). Aluna Pesquisadora pelo Grupo de Pesquisa e Documentação Sobre Empresariamento da Saúde (GPDES). Acadêmica Bolsista na Coordenadoria Geral de Atenção Primária 4.0.



ABSTRACT: This research examines the dynamics of the Health Workforce (FTS) with statutory contracts in the state of Rio de Janeiro and its 14 most populous municipalities (2014 to 2024). It is assumed that, even with the emergence of new contractual models (OSS, foundations), the RJU segment maintains structural relevance, whose characteristics require investigation. The research proposes to analyze: (I) the temporal evolution of the number of FTS-RJU, distribution (doctor, nurse, nursing technician and assistant) and its proportion to the total number of employees in the health, education, security and social assistance departments; and (II) the cross-sectional profile of remuneration, investigating the heterogeneity between municipalities and professional categories. At the same time, premature mortality was analyzed as an indicator of health outcomes, seeking correlations with workforce and investment variables. The results indicate pay heterogeneity across categories and municipalities, with nursing accounting for the largest contingent. Education accounts for the largest number of statutory employees, followed by healthcare. A clear trend toward a reduction in the number of RJU employees and increase of hiring through OSS and foundations identified, accompanied by some municipalities by a slight increase in premature mortality (2022-2023).

KEYWORDS: Health Workforce; Premature Mortality; Remuneration; Transparency Portals.

INTRODUÇÃO

Este trabalho, ao sistematizar e analisar informações sobre a Força de Trabalho em saúde contratada pelo Regime Jurídico Único (RJU - Lei nº 8.112/1990) que estabelece regras para os servidores estatutários, garantindo estabilidade e consagra o princípio da isonomia, tem por objetivo somar-se aos esforços de reflexão e produção de evidências sobre as relações entre a administração, burocracias públicas e situação de saúde. Embora, sua abrangência se restrinja ao estado do Rio de Janeiro e seus municípios mais populosos, joga luzes sobre tendências de substituição das formas de contratação pretéritas e problematiza os reconhecidos desafios do Sistema Único de Saúde, em relação as políticas para formação, inserção profissional e qualificação da Força de Trabalho em Saúde (FTS).

Tanto os condicionantes macroeconômicos gerais que repercutem sobre o emprego no país, quanto análises sobre dimensões específicas do trabalho na saúde têm sido mobilizadas na busca de uma compreensão mais extensa e aprofundada sobre a dinâmica da FTS no Brasil. Entre 2022 e 2025, o mercado de trabalho brasileiro, mesmo em contexto marcado por políticas monetárias restritivas e incertezas internacionais, se caracterizou por expansão da população ocupada, sucessivas quedas da taxa de desocupação, redução da subocupação, do desalento e do desemprego de longa duração e incremento dos rendimentos (Lameiras, 2025).

No que se refere a saúde, durante o período 2010 a 2021, a participação setorial no total de postos de trabalho passou de 5,3% para 8% e houve crescimento das atividades setoriais, mesmo em períodos recessivos (4,1% em 2015, 5,2% em 2016 e 1,9% em 2020). Em 2021, o rendimento médio mensal das atividades de saúde foi 30,7% superior ao de outras atividades (IBGE, 2024). Tais indicadores, ao sinalizar um padrão singular das ocupações da FTS (Gadelha, 2023) sugerem a necessidade de desenvolver investigações sobre especificidades relativas as relações entre mudanças nas formas de institucionalização das relações de trabalho, e seu impacto na organização e produção dos serviços de saúde.

Embora, a FTS no Brasil, definida como processo de conhecimento de fenômenos demográficos e macroeconômicos, tais como produção, emprego/desemprego, renda, divisão de trabalho (Nogueira, 1983), relacionada aos trabalhadores que atuam direta ou indiretamente em atividades da saúde, como parte de uma população economicamente ativa (Médici et al. 1992), apresente traços relativamente resilientes e expansivos, não ficou imune às mudanças nos sistemas de bem-estar social e nos processos e regimes de contratação que acompanharam as denominadas reformas na administração pública, iniciadas em países centrais iniciadas nos anos 1970. As pressões sobre as despesas públicas estimularam questionamentos sobre a relação custo-benefício, capacidade de resposta e acusações de (in)governabilidade das grandes organizações de serviços públicos.

Burocratas abrigados sob a retórica do interesse público, induziriam aumentos dos orçamentos, seriam portadores de interesses econômicos, que incentivavam o crescimento de gastos. Desse diagnóstico, passou-se à prescrição: uma agenda de reforma do setor público, pautada pela maior concorrência na oferta de serviços públicos, privatização e externalização, realinhamento dos incentivos aos burocratas públicos e restrição de orçamentos. As denominadas reformas da gestão pública voltadas a mudanças na burocracia tradicional (BT) weberiana transformaram as formas organizacionais tradicionais do setor público em diversos países do mundo (Ferlie e Ongaro, 2022).

No Brasil, a partir da década de 1990, tensões entre os direitos sociais inscritos na Constituição de 1988 e a austeridade fiscal incidiram sobre a administração pública. Defensores de mudanças nas burocracias públicas (precipuaemente do Poder Executivo) alegaram a necessidade de reverter a ineficiência, rigidez e anacronismo de serviços públicos e conferir sustentabilidade aos orçamentos governamentais. Diversos formatos jurídicos foram introduzidos, em áreas como saúde, cultura, entre os quais organizações sociais (OSS), Fundações Públicas de Direito Privado, permitindo a contratação de profissionais, sob regimes alternativos ao Regime Jurídico Único (RJU). Secretarias estaduais e municipais de saúde, no contexto das mudanças na arquitetura do Sistema Único de Saúde, caracterizadas pela expansão das bases municipais da saúde pública (Arreteche e

Marques, 2002) iniciaram contratações alternativas ao RJU, a partir da segunda metade dos anos 1990 (Costa et al. 2000).

Portanto, as reformas gerencialistas, embora incidentes sobre diversos setores da administração pública afetam de modo singular a implementação do SUS. O processo de perda da centralidade da esfera estadual e maior protagonismo dos municípios (ainda que heterogêneo), atravessado pelos limites para despesas com pessoal impostos pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF/2000), conferiu às alterações nos regimes de contratação um caráter híbrido. A ênfase na modernização administrativa perdeu força em relação aos argumentos pragmáticos da necessidade da adoção de contratos flexíveis de trabalho para o SUS. A ordem financeira restritiva às despesas com pessoal, fixou um caráter de válvula de escape às contratações alternativas ao RJU e não de transformação do modelo de gestão (Sano e Abrucio, 2008).

No estado do Rio de Janeiro, que apresenta uma trajetória de decadência socioeconômica e política, desde a transferência da Capital, o setor público, no âmbito estadual e prefeituras, foi particularmente degradado. A deterioração da administração pública tem sido acompanhada por um desempenho inferior de indicadores sociais, incluindo os de saúde, aos de outros estados e municípios (Osorio et al. 2025). Entretanto, há cidades fluminenses que se destacaram, seja pela performance econômica, a exemplo de Maricá e Saquarema, que se situaram entre os dez municípios com maior Produto Interno Público per Capita em 2021 (IBGE, 2023), seja por políticas de ampliação de acesso e da oferta de serviços públicos de saúde, como o município do Rio de Janeiro que incrementou, ainda que intermediado por organizações sociais, o número de equipes de saúde da família de 128 em 2008 para 956 em 2016 (Gois, 2025; Melo, 2019; Antunes, 2007).

Considerando o intrincado panorama de superposição de demandas por políticas de acesso universal, restrições orçamentárias, mudanças gerenciais baseadas em regimes de contratação flexíveis projetadas em unidades federadas, marcadas por dificuldades de retomada do desenvolvimento econômico, a presente investigação ao reunir subsídios sobre a FTS no âmbito estadual e municipal, avança o conhecimento sobre o tema. Entretanto, a opção por priorizar a FTS contratada pelo RJU torna-se quase em um contraponto.

Entre os principais limites do trabalho, ora apresentado situam-se a impossibilidade de dimensionar movimentos na FTS efetivamente contratada por outros regimes e, portanto, uma aproximação às variações na magnitude dos profissionais inseridos na saúde, bem como aferir alterações nos padrões de remuneração praticados para a maioria da FTS. Por outro lado, a investigação inova o conhecimento sobre a Força de Trabalho em Saúde ao reunir referenciais teóricos com uma base empírica, ainda pouco explorada, organizada a partir de dados granulares de portais da transparência.

2. DESENVOLVIMENTO

O estado do Rio de Janeiro, com sua heterogeneidade socioeconômica, contempla uma rede composta por 92 municípios, dentre eles, 14 com população acima de 200 mil habitantes (IBGE, 2022), sendo um excelente cenário para avaliar o retrato da remuneração da força de trabalho em saúde.

A constituição Federal Brasileira de 1988, em seu artigo 37, já garantia o princípio da publicidade, mas o Brasil sempre enfrentou dificuldades para organizar e garantir acesso às informações públicas e a transparência (Madeiras e Wacheleski, 2014).

A Lei Federal Complementar nº 131/2009 – Lei de Transparência (LT) e a Lei de Acesso à Informação (LAI – Lei nº 12.527/2011) estabelecem a transparência ativa como obrigação do Estado, exigindo que dados de interesse coletivo sejam divulgados espontaneamente pelos entes públicos. No contexto da saúde pública, a publicização de dados remuneratórios e de vínculos empregatícios é fundamental para o controle social e a equidade na gestão de pessoas.

O setor saúde no Brasil, é um dos maiores prestadores de serviço no campo da saúde, sendo o SUS o maior empregador (Andrade, Sodré e Rocon., 2024).

A maior força de trabalho em saúde no Brasil, é composta pela enfermagem, cerca de 70% do total da FTS, sua composição majoritariamente composta por profissionais de enfermagem de nível médio (411.378) e técnicos (1.230.182), e por enfermeiros de nível superior (527.842) (COFEN, 2019). Seguido pelos médicos (597.428) em 2024. A região sudeste contempla a maior parte deles (Scheffer, 2025).

O trabalhador estabelece uma relação de contraprestação com as organizações, cedendo sua força laboral – seja intelectual ou manual – em recompensa ao salário, benefícios ou realização pessoal e profissional.

Salário é o valor pago ao empregado pela prestação de serviços em decorrência de seus trabalhos. Já a remuneração é a soma do salário contratual estipulado, no qual poderá ser mensal, por hora ou por tarefa, acrescido de outras vantagens como horas extras, adicional noturno, adicional de periculosidade, insalubridade, comissões, porcentagens, gratificações, entre outras (Sabino e Cunha., 2016).

A remuneração configura-se como um fator atrativo para a força de trabalho em saúde, particularmente em regiões de maior vulnerabilidade socioeconômica ou geográfica (Soares, 2022). Evidências documentadas na literatura identificam múltiplos fatores influenciadores da escolha profissional médica na APS, abrangendo desde características geográficas e organizacionais até condições laborais e aspectos salariais.

Ao longo dos anos, a forte influência neoliberal, somada a políticas de ajuste fiscal e a reforma do Estado propiciaram a expansão nas diferentes formas de gestão e contratação da força de trabalho (Carneiro; Martins, 2015). A gestão por intermédio das organizações sociais de saúde (OSS) e fundações estatais de direito privado, se tornaram estratégias para garantir maior flexibilidade e eficiência na gestão administrativa (Pacheco et al. 2016; Silva et al. 2015).

O arcabouço legal que rege a força de trabalho no setor público é plural. O Regime Jurídico Único (RJU - Lei nº 8.112/1990) estabelece as regras para os servidores estatutários, garantindo estabilidade e consagrando o princípio da isonomia. Entretanto, cada entidade estatal dispõe de autonomia constitucional para elaborar o regime jurídico único e os planos de carreira para seus respectivos servidores (Araujo, 2017).

A estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil baseou-se no princípio da descentralização e da municipalização da assistência, transferindo a responsabilidade pela provisão de serviços e pela gestão da capacidade instalada para a esfera local (Souza, 2002).

A extensa expansão municipal que o país enfrentou nos últimos 50 anos, dobrou os municípios, atingindo mais de 5.570 entes federativos, que apresentam grande heterogeneidade entre si quanto à dimensão territorial, população, capacidade econômica, disponibilidade de recursos humanos, características demográficas e epidemiológicas, entre outros aspectos. Embora a municipalização tenha sido crucial para a assistência local, essa fragmentação administrativa intensificou a má distribuição geográfica da Força de Trabalho em Saúde (FTS), que persiste como um dos grandes problemas da atualidade (Machado et al. 2018).

A autonomia conferida a cada um desses entes, especialmente nos grandes centros urbanos e regiões metropolitanas como a fluminense, resultou em uma marcada heterogeneidade salarial entre a FTS (como médicos e enfermagem). A capacidade de cada município em prover uma remuneração competitiva e condições de trabalho atrativas varia drasticamente, sendo este um fator primordial que impulsiona a concentração de profissionais em poucas localidades e aprofunda a desigualdade no acesso à saúde pública regional.

Dados da pesquisa Demografia Médica no Brasil (2018) reforçam esta premissa, apontando que 63,1% dos médicos pesquisados atribuem ao salário o papel principal na decisão de permanência em determinada instituição ou município. Este cenário é corroborado por investigação de abrangência nacional, na qual 92% dos profissionais médicos reconhecem a remuneração como fator preponderante para sua fixação em localidades específicas.

O Estado do Rio de Janeiro apresenta uma complexidade socioeconômica e fiscal, o que acentua as desigualdades regionais na gestão da saúde. A análise focada nos 14 municípios com mais de 200 mil habitantes – que incluem metrópoles como Rio de Janeiro e Niterói, centros de *royalties* como Macaé, cidades da Baixada Fluminense de menor capacidade fiscal como Belford Roxo e São João de Meriti, e polos regionais como Campos dos Goytacazes e Volta Redonda – permite examinar como essa heterogeneidade se reflete nas políticas de pessoal.

Essa disparidade regional condiciona um mercado de trabalho assimétrico, onde municípios com maior renda ou melhores condições de vida podem exercer uma forte atração sobre a FTS, enquanto os mais periféricos encontram obstáculos para reter seus quadros. Este desequilíbrio influencia diretamente decisões político-

administrativas, em função das prioridades governamentais podendo impactar programas de incentivo à captação da FTS para áreas mais desprovidas.

Com base na seleção de unidades de observação de dois níveis federativos e categorias analíticas do acervo de estudos sobre FTS, a pesquisa busca preencher uma lacuna ao investigar, de forma integrada, a trajetória da FTS estável, às desigualdades em sua remuneração e sua possível associação com desfechos sanitários no estado do Rio de Janeiro. Parte-se do pressuposto de que a redução dos quadros de RJU e a maior heterogeneidade remuneratória podem comprometer a situação de saúde, a exemplo da mortalidade precoce.

3. O PORTAL DA TRANSPARÊNCIA E A LEI DE ACESSO À INFORMAÇÃO

A temática da transparência pública no Brasil possui um histórico anterior à Lei de Acesso à Informação, estando presente em diversos marcos legais. Desde a promulgação da Constituição Federal de 1988, um conjunto de normas – a exemplo da Lei de Responsabilidade Fiscal, da Lei do Processo Administrativo, da Lei do Habeas Data e da Lei de Arquivos – estabeleceu obrigações de publicidade para o poder público, determinando a divulgação de informações sobre a execução orçamentária e financeira, além de atos da administração.

A regulamentação do direito de acesso a informações públicas no Brasil foi um processo gradual, impulsionado pela pressão da sociedade civil e por marcos institucionais e internacionais, surgindo com a Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988).

Após duas décadas de mobilização social, emerge a Lei da Transparência (Lei nº 131/2009), seguida da Lei de Acesso à Informação Pública (LAI – nº 12.527 de 2011), que regulamenta o direito à informação, segundo os princípios da administração pública (Brasil, 2011).

Por meio da LAI, as informações podem ser acessadas pela transparência ativa, através da divulgação espontânea pelos entes da administração pública, e transparência passiva, obrigação do poder público disponibilizar informações públicas quando solicitadas, pelos canais de informação. A fiscalização dos portais da transparência é atribuição dos tribunais de conta dos entes federativos (Brasil, 2025)

Dentre os dados de informação obrigatória estão a divulgação da relação nominal dos servidores, autoridades, membros; seus cargos/funções; as respectivas lotações; as suas datas de admissão/exoneração/inativação e a carga horária do cargo/função ocupada/desempenhada, fundamentada nos Arts.37, “caput” (princípios da publicidade e moralidade) e 39, parágrafo 6 da CF; arts.3º, incisos I, II, III, IV, V, e 8º da Lei nº 12.527/2011- LAI (Brasil, 2025).

Entre maio de 2012 e julho de 2020, a Controladoria-Geral da União (CGU) operou o sistema eletrônico do serviço de informações ao cidadão (e-SIC), como plataforma centralizada para gestão de solicitações e respostas através da transparência passiva. O sistema funcionava como interface única para

recebimento e tramitação de pedidos de informação dirigidos ao governo federal (Brasil, 2025).

Em agosto de 2020, o e-SIC foi substituído pelo Módulo Acesso à Informação, integrado à Plataforma Fala.BR – canal unificado que possibilita o encaminhamento de diversas manifestações, incluindo pedidos de informação, denúncias, sugestões e outros tipos de solicitações aos órgãos públicos. O prazo de resposta, previsto na LAI, é de até 20 dias, podendo prorrogar por até mais 10 dias (Brasil, 2025).

A publicização dos dados remuneratórios da força de trabalho em saúde, no setor público, através dos portais da transparência dos entes federativos, estabelece-se como um pilar essencial da transparência. Este mecanismo transcende o mero cumprimento burocrático, atuando como um poderoso instrumento de combate à corrupção e controle social, ao permitir que a sociedade civil e órgãos de controle fiscalizem a legalidade e a conformidade dos gastos com pessoal (Filgueiras, 2018).

4. METODOLOGIA

Esta investigação adota uma abordagem metodológica mista para examinar a dinâmica da Força de Trabalho em Saúde (FTS) sob o regime jurídico único (RJU) no estado do Rio de Janeiro e seus 14 municípios com mais de 200 mil habitantes. Parte-se do pressuposto de que, num contexto macroeconômico marcado pela reestruturação do mercado de trabalho – com a expansão de formas flexíveis de contratação, como a pejetização, e o avanço da informalidade –, a persistência e as características do segmento estável da FTS constituem um objeto de relevância ímpar para a gestão de políticas públicas de saúde.

Para investigar esse fenômeno, a pesquisa foi orientada por um conjunto de questões analíticas inter-relacionadas: (a) Como o comportamento da FTS RJU tem respondido às flutuações econômicas e orçamentárias, verificando-se tendências de aumento ou redução das contratações sem estabilidade? (b) Quais as dinâmicas e heterogeneidades observadas nas remunerações deste segmento entre os municípios do estado do Rio de Janeiro? (c) Existe evidência de maior investimento público para outras pastas, como educação, segurança, assistência social, ou mesmo para a FT em saúde? e, por fim, (d) De que forma essas variações na força de trabalho estável podem correlacionar-se com indicadores de efetividade das políticas, a exemplo da mortalidade precoce, ao longo do tempo?

Trata-se de um estudo ecológico, que integra análises longitudinal (2013-2024) e transversal (setembro de 2024). As fontes de dados são: Relatórios Anuais de Gestão (RAG) da Secretaria Estadual de Saúde, os portais de transparência do Estado e dos 14 municípios com população superior a 200 mil habitantes, e o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

O modelo lógico teórico da investigação, toma como ponto de partida a premissa de mudanças na dinâmica da Força de Trabalho em Saúde (FTS) sob Regime Jurídico Único (RJU) e adota como estratégia de pesquisa a construção de

séries históricas, para o intervalo temporal 2014 e 2024, destacando: (I) o comportamento longitudinal dos vínculos (RJU, OSS, fundação), buscando identificar pastas com maior investimento público: saúde, educação, segurança e assistência social; (II) a heterogeneidade transversal das remunerações das categorias de médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem entre os municípios; e (III) avaliar se existe alguma hipótese de correlação entre a redução do quadro estável e a evolução da mortalidade precoce. A compreensão das relações entre as unidades de observação e as categorias analíticas permite ultrapassar as constatações numéricas. Trata-se de buscar desvelar e interpretar os mecanismos que perpetuam a iniquidade no acesso à saúde. Um sistema universal, como preconiza o SUS, pressupõe equidade, e esta não pode ser alcançada com uma força de trabalho desigualmente valorizada em seu próprio território.

4.1. POPULAÇÃO E CRITÉRIO DE SELEÇÃO

A população do estudo compreendeu todos os servidores estatutários (Regime Jurídico Único - RJU) das categorias de médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem lotados na estrutura administrativa de saúde dos municípios. Foram selecionados os 14 municípios do estado do Rio de Janeiro com população superior a 200.000 habitantes, conforme dados do Censo Demográfico do IBGE de 2022.

4.2. PROCEDIMENTOS DE COLETA E ANÁLISE DE DADOS

A extração, coleta de dados, processamento de dados foi realizada de acordo com as seguintes etapas:

4.2.1. ANÁLISE DA DINÂMICA DA FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE ESTADUAL

Foi elaborada uma análise de série temporal (2013-2024), a partir dos RAGs, para quantificar e comparar a evolução do efetivo de servidores estatutários (RJU) com os demais vínculos na contratação da saúde estadual. Os dados foram acessados através da página: <https://www.saude.rj.gov.br/planejamento-em-saude/estado/relatorio-anual-de-gestao>.

4.2.2. ANÁLISE DO INVESTIMENTO PÚBLICO COM A FORÇA DE TRABALHO NAS SECRETARIAS DE SAÚDE, EDUCAÇÃO, SEGURANÇA E ASSISTÊNCIA SOCIAL

Foi realizado um levantamento longitudinal do quantitativo de servidores ativos (FTS) alocados nessas secretarias. A análise do quantitativo da força de trabalho foi realizada de forma longitudinal, utilizando o mês de setembro como referência (2014-2024), em municípios e estado do RJ. No entanto, a disponibilidade de dados referentes as quatro áreas restringiram-se apenas a quatro municípios e na maioria dos casos apenas para alguns anos do intervalo temporal da pesquisa.

4.2.3. ANÁLISE DA REMUNERAÇÃO MÉDIA DA FTS RJU NOS MUNICÍPIOS DO RJ



No recorte transversal, foi investigada a remuneração bruta média dos servidores estatutários da saúde nos 14 municípios, por categoria profissional (médico, enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem), buscando identificar heterogeneidades entre a remuneração e entre as categorias. A busca foi orientada pela extração de dados dos portais da transparência de cada município, especificamente pela folha de pagamento ou lista de contracheques de setembro de 2024. Para dois dos municípios do universo da pesquisa as informações não estão disponíveis ou não se encontram acessíveis para o processamento de dados. Os dados coletados foram organizados em um banco de dados no *software* Microsoft Excel®, que permitiu calcular as médias aritméticas da remuneração bruta e da carga horária para cada categoria profissional em cada município, permitindo a análise comparativa.

4.2.4. TRANSPARÊNCIA ATIVA

Nos municípios que não mantêm as informações de forma clara, completa ou em formato acessível, foi acionado o mecanismo de transparência passiva, mediante o envio de pedido de informação via Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão (e-SIC), com fundamento no Art. 10º da LAI. Para conciliar a transparência com a privacidade, o pedido foi formulado de modo a obter dados agregados por categoria e vínculo, sem identificar nominalmente os servidores, em estrita observância aos princípios da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD - Lei nº 13.709/2018).

Foram registrados o tempo de resposta de cada pedido (em dias úteis, comparado ao prazo legal de 20 dias) e a completude da informação fornecida.

O quadro 1 abaixo lista as unidades federadas selecionadas e os endereços dos portais transparência consultados.

Quadro 1: Portais da Transparência do Rio de Janeiro e das secretarias municipais de saúde, dos municípios com população acima de 200.000 habitantes

Ente Federativo	População em 2022	Endereço Portal da Transparência
Estado do Rio De Janeiro	16 055 174	https://www.rj.gov.br/transparencia/
Rio de Janeiro (RJ)	6 211 223	https://transparencia.prefeitura.rio/servidor-municipal/remuneracao/
São Gonçalo	896 744	https://www.pmsg.rj.gov.br/transparencia/
Duque de Caxias	808 161	https://transparencia.duquedecaxias.rj.gov.br/
Nova Iguaçu	785 867	https://transparencia.novaiguaçu.rj.gov.br
Campos dos Goytacazes	483 540	https://transparencia.campos.rj.gov.br/
Belford Roxo	483 087	https://transparencia.prefeituradebelfordroxo.rj.gov.br/
Niterói	481 749	https://transparencia.niteroi.rj.gov.br/#/Folha-Pagamento

São João de Meriti	440 962	https://Transparencia.Meriti.Rj.Gov.Br/
Petrópolis	278 881	https://Www.Petropolis.Rj.Gov.Br/Transparencia/#Gsc.Tab=0
Volta Redonda	261 563	https://Www2.Voltaredonda.Rj.Gov.Br/Transparencia/
Macaé	246 391	https://Transparencia.Macae.Rj.Gov.Br/
Magé	228 127	https://Transparencia.Mage.Rj.Gov.Br/
Itaboraí	224 267	https://Transparencianovo.Ib.Itaborai.Rj.Gov.Br/
Cabo Frio	222 161	https://Cabofrio.Rj.Gov.Br/Portal-Transparencia/

Diante das insuficiências de informações identificadas na transparência ativa, foi necessário acionar o mecanismo de transparência passiva em 12 municípios (85,7%). Os resultados obtidos através do e-SIC revelaram aspectos importantes sobre a implementação da LAI no âmbito municipal: o tempo médio de resposta foi de 13 dias, dentro do prazo legal de 20 dias; 8 municípios (57,1%) responderam dentro do prazo estabelecido; 4 municípios (28,6%) ultrapassaram o prazo legal, necessitando de prorrogação do prazo; 3 municípios (21,4%) forneceram as informações completas solicitadas; 9 municípios (64,3%) forneceram respostas parciais ou inadequadas.

O quadro 2 sistematiza o processo de solicitação de informações, tempo de espera e resultados no que se refere a transparência passiva.

Quadro 2: Informações solicitadas através do e-SIC (Transparência passiva), Tempo de Resposta e Resultados

Município	Solicitação informações	Tempo resposta	Informação completa
Rio de Janeiro	Sim	16 dias	Sim
São Gonçalo	Sim	16 dias	Não
Caxias	Não	-	-
Nova Iguaçu	Sim	16 dias	Não
Campos	Sim	1 dia	Não
Belford Roxo	Sim	+ 20 dias	Não
Niterói	Sim	5 dias	Sim
São João de Meriti	Sim	18 dias	Não
Petrópolis	Sim	+ 20 dias	Não
Volta Redonda	Sim	18 dias	Não
Macaé	Não	-	-
Magé	Sim	+ 20 dias	Não
Itaboraí	Sim	+ 20 dias	Não
Cabo Frio	Sim	19 dias	Sim

Fonte: Portais da transparência dos municípios analisados, setembro/2024.

4.2.5. MORTALIDADE PRECOCE

A proporção de mortalidade precoce (30-69 anos) foi obtida para o estado e para cada município, no período de 2014 a 2024, buscando estabelecer uma possível correlação com as variáveis da FTS. Para o cálculo, utilizaremos a razão entre o número de óbitos de 30 a 69 anos por ano e município analisado, considerando como base populacional 10.000 habitantes residentes na faixa etária 30-69 anos para cada ano do intervalo temporal da pesquisa.

5. RESULTADOS

As informações sobre a evolução da força de trabalho estadual no período (2014-2024) evidenciam uma profunda reconfiguração nos modelos de contratação em dez anos. Observa-se na Tabela 1, uma tendência clara de substituição do Regime Jurídico Único (RJU) como modalidade principal de contratação, com uma redução drástica de aproximadamente 90% no seu efetivo (de 69.800 para 6.500 servidores). Em contrapartida, houve uma expansão significativa das contratações via fundações públicas, cujo contingente quase duplicou (de 9.900 para 18.000), indicando uma nítida preferência por modelos de gestão com maior flexibilidade. As Organizações Sociais em Saúde (OSS) mantiveram-se com um contingente relativamente estável, consolidando-se como um pilar fixo, porém não expansionista, na prestação de serviços.

Tabela 1: Número de Profissionais de Saúde, segundo Regime e Instituições Contratantes no Período 2014 a 2024

Ano	RJU	Fundação	OSS
2014	69.986	11.587	6.575
2015	73.491	9.916	3.738
2016	76.830	7.706	2.368
2017	79.548	7.561	1.850
2018	9.832	3.280	14.285
2019	8.854	2.840	7.554
2020	8.184	9.436	22.896
2021	7.534	6.541	16.144
2022	7.122	10.253	12.183
2023	6.658	7.095	11.456
2024	6.553	18.747	6.974

Fonte: Relatórios anuais de Gestão do Estado do Rio de Janeiro (2014-2024).

Na Tabela 2, delineada em função da necessidade de encontrar parâmetros sobre a contratação por RJU segundo distintas áreas de políticas públicas, estão ausentes informações para o conjunto da série temporal e possíveis ausências de vínculos estão confundidas com dados indisponíveis. Ainda assim, nota-se que

municípios adotaram estratégias diferenciadas para a inserção de profissionais. Em Macaé, entre 2014 e 2024, o número de profissionais de saúde RJU dobrou, o de servidores da educação e segurança reduziu -87% e -20%, respectivamente e na assistência social permaneceu constante. Cabo Frio, cujos dados consistentes referem-se a segurança, ampliou (cerca de 50%) o contingente de profissionais nesta área e parece ter adotado, no período de observação da pesquisa, uma orientação para o recrutamento mediante contratos não RJU para a educação. Na cidade de Duque de Caxias, os dados para apenas dois anos da série sugerem estabilidade do quadro RJU para as quatro áreas. Em Belford Roxo, houve redução nas quatro áreas, sendo a mais pronunciadas na segurança (-77%) e na educação (-48,97%). Destaca-se ainda, o predomínio dos contratos para educação em relação a saúde, tanto em Macaé quanto em Belford Roxo.

Tabela 2: Número de profissionais RJU nas secretarias de educação, saúde, segurança e assistência social, nos municípios (2015-2024)

	Macaé				Cabo Frio				Caxias				Belford Roxo			
A N O	EDUC.	SAÚDE	SEGUR.	ASSIST. SOC.	EDUC.	SAÚDE	SEGUR.	ASSIST. SOC.	EDUC.	SAÚDE	SEGUR.	ASSIST. SOC.	EDUC.	SAÚDE	SEGUR.	ASSIST. SOC.
2015	6660	2005	656	238	2682	1307	288	35	-	-	-	-	-	-	-	-
2016	6714	2596	657	251	1788	1194	279	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2017	6512	4161	629	231	3	1317	286	-	-	-	-	-	3982	634	299	59
2018	2277	4133	622	298	3	1211	273	-	-	-	-	-	3249	573	284	84
2019	2146	1797	610	297	-	-	44	5	-	-	-	-	2	556	336	88
2022	5991	1852	606	240	-	-	430	6	-	-	-	-	2798	497	259	77

0																
2																
0	6285	5638	566	401	-	-	416	86	-	-	-	-	-	-	-	-
2																
1																
2																
0	5814	4239	548	284	-	-	439	187	-	-	-	-	2739	488	168	62
2																
0																
2	956	4157	539	261	-	-	392	25	4692	2330	210	28	2612	483	607	62
3																
2																
0																
2	879	4062	525	266	-		432	21	4456	2240	207	35	2032	443	69	52
4																

Fontes: Portais da transparência dos municípios de Macaé, Cabo Frio, Caxias e Belford Roxo.

O número de profissionais, jornada de trabalho e remuneração para médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem dispostos nas tabelas 3, 4, 5 e 6 evidenciam padrões relativamente homogêneos para médicos e variações mais acentuadas para as categorias da enfermagem.

No que se refere aos médicos (informações disponíveis para 12 entre as 15 unidades do universo da pesquisa), o número de profissionais com contratos RJU por 1000 habitantes evidenciam discrepâncias significativas (2,2 médicos RJU por 1000 hb em Macaé e 0,1 em Duque de Caxias), sugerindo a possibilidade do exercício de distintos papéis da categoria na administração pública nas cidades analisadas.

O valor de remuneração média dos médicos RJU para os municípios com dados sobre jornada de trabalho varia entre R\$ 7.500,00 (Rio de Janeiro e Niterói) e R\$ 12.000,00 (Macaé). O menor valor de remuneração para médicos RJU é o de Duque de Caxias, R\$ 4.270, 00, referentes a 24 h.

Tabela 3: Número de Médicos, Média de Remuneração e Jornada por Municípios Selecionados (em setembro de 2024)

Município	Número de médicos	Remuneração (em Reais)	Jornada
Rio de Janeiro	1.964	7.569,28	24h
São Gonçalo	216	9.573,45	24h
Caxias	709	6.407,26	36h
Nova Iguaçu	295	8.462,12	-

Campos	380	9.719,98	24h
Belford Roxo	52	5.921	-
Niterói	407	7.561	24h
São João de Meriti	74	11.285,53	-
Petrópolis	244	9.452,55	22,05
Volta Redonda	38	4.619,02	12h
Macaé	543	12.173,72	22h
Itaboraí	39	9.150,79	-

Fontes: Portais da transparência dos municípios citados.

Em relação aos enfermeiros (Tabela 4), observa-se maiores coeficientes por habitantes em Volta Redonda (0,6 por 1000) e em Campos (0,4 por 1000) e os menores em Belford Roxo (0,03 por 1000) e São Gonçalo (0,06 por 1000). Considerando as jornadas de trabalho a cidade de Campos, seguida por Macaé e Petrópolis apresentam os maiores valores de remuneração para enfermeiros. O menor valor de remuneração para enfermeiros, tal como assinalado para os médicos foi registrado em Duque de Caxias, cerca de R\$ 6.500.00 referentes a 36 h de jornada.

Tabela 4: Número de Enfermeiros, Média de Remuneração e Jornada por Municípios Seleccionados (em setembro de 2024)

Município	Número de enfermeiros	Remuneração (em Reais)	Jornada
Rio de Janeiro	1782	7213,51	30h
São Gonçalo	60	7804,44	-
Caxias	320	6951,96	36h
Nova Iguaçu	136	5003,03	-
Campos	206	11391,86	32h
Belford Roxo	18	5646,91	-
Niterói	144	6344,47	24h
São João de Meriti	33	4148,03	-
Petrópolis	95	9292,22	32h
Volta Redonda	159	6720,14	24h
Macaé	35	11923,16	40h
Itaboraí	77	6587,98	-

Fontes: Portais da transparência dos municípios citados.

Na Tabela 5, na qual estão apresentados dados relativos aos técnicos de enfermagem destaca-se a maior densidade por habitante destes profissionais, em Macaé e Campos e a rarefação de técnicos de enfermagem RJU por habitante em Belford Roxo e São João do Meriti. Observa-se ainda, para os municípios com

registro da jornada de trabalho que a remuneração atribuída à categoria em Macaé é muito superior (em alguns casos mais do que o dobro) do que a de outras cidades.

Tabela 5: Número de Técnicos de Enfermagem, Média de Remuneração e Jornada por Municípios Selecionados (em setembro de 2024)

Município	Número de Técnicos de Enfermagem	Remuneração (em Reais)	Jornada
Rio de Janeiro	764	3914,13	30h
São Gonçalo	91	4140,47	-
Caxias	340	4570,42	36h
Nova Iguaçu	221	3825,57	-
Campos	662	4848,23	-
Belford Roxo	41	3322,84	-
Niterói	260	3666,96	32,30h
São João de Meriti	5	2878,12	-
Petrópolis	94	4769,30	40h
Volta Redonda	142	4331,09	44h
Macaé	490	7304,10	30h
Itaboraí	108	4113,13	-

Fontes: Portais da transparência dos municípios citados.

Na tabela 6, que sistematiza as taxas de menores taxas de mortalidade precoce (30 a 69 anos), para o ano de 2024, os municípios de Macaé e Niterói são os que possuem melhores indicadores, enquanto Caxias e Nova Iguaçu as maiores taxas. A série histórica evidencia incremento da mortalidade precoce em todos os municípios e no estado, entre os anos de 2020 e 2021, por conta da pandemia de COVID-19. Contudo, destaca-se a trajetória preocupante de municípios como Magé, Caxias e Nova Iguaçu, não apenas apresentaram os piores indicadores durante a pandemia (com taxas superiores a 1.000 óbitos por 100 mil pessoas em 2021), como tiveram uma recuperação mais lenta a partir de 2022. Os maiores diferenciais negativos entre 2014 e 2024, ou seja, tendências de aumento da mortalidade precoce, situam-se, em ordem decrescente em Itaboraí, Duque de Caxias e São Gonçalo.

Tabela 6: Taxa de Mortalidade Precoce para o Estado do Rio de Janeiro e Municípios Selecionados, 2014 a 2024

Unidades Federadas do Rio de Janeiro	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Belford Roxo	32,79	33,23	35,92	34,73	34,70	34,61	42,31	49,36	35,07	34,92	34,40

A FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE RJU NO RIO DE JANEIRO:
ESTUDO EXPLORATÓRIO SOBRE MUDANÇAS INSTITUCIONAIS
NOS CONTRATOS DE TRABALHO

Cabo Frio	31,05	29,36	28,97	28,88	30,11	29,34	38,89	42,85	32,72	34,66	31,41
Campos Dos Goytacazes	33,12	35,02	34,91	34,67	35,50	35,70	40,81	48,38	39,50	35,63	33,16
Duque De Caxias	33,91	33,58	36,07	34,47	35,18	36,65	48,13	53,30	42,38	42,42	38,61
Itaboraí	17,12	19,13	35,88	36,49	39,30	65,70	45,11	49,18	40,67	39,73	37,41
Macaé	24,74	24,04	24,97	24,08	25,16	24,12	28,68	38,18	27,19	26,62	25,52
Magé	40,36	39,14	44,39	39,68	41,62	40,72	48,69	56,31	45,28	45,85	41,21
Niterói	29,59	30,60	32,50	31,46	31,11	30,80	39,66	43,31	34,21	31,61	29,96
Nova Iguaçu	37,09	36,69	38,41	37,09	37,93	37,90	48,20	54,70	41,72	38,86	36,23
Petropolis	36,94	36,76	39,14	36,88	37,72	36,97	40,56	55,93	43,71	40,02	37,46
Rio De Janeiro	31,71	31,83	33,19	32,06	32,15	32,80	41,25	43,79	34,24	33,26	30,55
São Gonçalo	31,75	32,38	33,31	31,94	32,12	29,69	39,11	43,53	38,26	38,48	35,29
São João De Meriti	36,88	38,10	38,95	36,05	36,64	37,66	47,90	52,92	41,09	39,94	35,84
Volta Redonda	35,80	34,76	35,39	31,90	36,51	35,68	44,53	54,96	38,00	38,19	35,30
Estado do RJ	33,01	33,14	34,72	33,39	33,66	33,80	41,87	47,35	36,83	35,94	33,51

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) do Ministério da Saúde (MS) – Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Acesso em out/2025.

6. CONCLUSÃO

Este estudo realizou um detalhamento espacial e profissional da Força de Trabalho em Saúde (FTS) no estado do Rio de Janeiro, com foco nos médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, confirmando uma de suas hipóteses sobre a redução gradativa dos servidores estatutários (Regime Jurídico Único - RJU) em favor de formas flexíveis e precárias de contratação. Dados, confirmados na tabela 2, bem expressivo a partir do ano de 2017, com evidência de redução significativa no número de profissionais contratados por RJU e um aumento nas contratações por administração indireta.

A série histórica apresentada através dos relatórios anuais de gestão, no estado do Rio de Janeiro, sinaliza redução global, do servidor público estatutário, frente a nova tendência da flexibilização e precarização dos vínculos empregatícios.

Municípios como São João de Meriti e Itaboraí apresentam remunerações satisfatórias para médicos estatutários, mas com um número irrisório de profissionais estatutários em relação à sua população, sugerindo que haja uma maior provisão da força de trabalho através da terceirização. O mesmo padrão é

observado na Enfermagem: Macaé e Itaboraí demonstram alta remuneração para um número muito baixo de estatutários, reforçando a possibilidade de dependência da força de trabalho por administração indireta.

O cenário de heterogeneidade remuneratória e desequilíbrio na distribuição desses profissionais, conforme identificado tanto na remuneração dos médicos quanto da enfermagem, se deram nos municípios de Campos e Macaé, regiões fortemente impulsionadas pelo setor de petróleo e gás, e pelas rendas petrolíferas, corroborando com outras pesquisas na área (Souza et al. 2022).

No caso do Rio de Janeiro, trata-se do município mais populoso, contando com um número de profissionais estatutários notavelmente subdimensionado (apenas 1.964 médicos, 1.782 enfermeiros), e sua remuneração média não se destaca no *ranking* intermunicipal. Essa situação sugere que a capital opta por não utilizar a remuneração alta como atrativo nem o vínculo RJU como mecanismo principal de provisão da FTS, delegando a maior parte da responsabilidade assistencial a terceiros.

Em relação à análise das variáveis nos portais da transparência, evidenciou-se uma transparência ativa ineficiente nos municípios analisados. A necessidade de recorrer à Transparência Passiva (e-SIC) em 80% dos municípios estudados para obter a remuneração e a carga horária semanal dos médicos e profissionais da enfermagem, demonstra uma ineficiência da transparência pública contrário ao preconizado pela Lei de Acesso à Informação (LAI).

Estes resultados demonstram que, mesmo decorridos mais de dez anos da vigência da LAI, ainda persistem significativas barreiras à efetiva transparência ativa. A falta de padronização na apresentação dos dados e a utilização de formatos não estruturados comprometem o potencial de controle social e a realização de estudos comparativos.

A pesquisa enfrentou limitações significativas relacionadas à qualidade e à padronização dos dados disponíveis. A ausência de uniformidade na apresentação das informações, a falta de detalhamento sobre componentes remuneratórios e as diferenças na periodicidade de atualização dos portais constituem obstáculos importantes para a realização de estudos comparativos robustos.

Estes dados indicam que, embora a maioria dos municípios tenha observado os prazos legais, uma parcela significativa não conseguiu fornecer as informações de forma completa e adequada, revelando possíveis deficiências na estruturação dos serviços de informação ao cidadão. Tais análises obtidas neste estudo, vão de encontro aos encontrados pelo estudo de Souza et al. (2025).

Apesar dos grandes avanços na divulgação das informações, as Secretarias Municipais de Saúde (SMS), enfrentam desafios para implementar integralmente a LAI, especialmente no que tange à divulgação de informações sobre a remuneração e carga horária da força de trabalho em saúde, bem como na precisão das respostas em relação a transparência passiva, o que corrobora com os dados apresentados por Di Marco e et al., 2022. A pesquisa também reforça a importância crítica da

fiscalização dos Portais da Transparência por órgãos de controle. A deficiência na transparência ativa não é apenas um problema legal, mas uma barreira institucional que impede a realização de estudos comparativos e mina com os princípios da transparência pública. Urge a necessidade de padronização e rigor na divulgação dos dados para que a LAI cumpra seu papel de ferramenta de controle social.

Em última análise, este estudo consolida a extrema relevância de se investigar a remuneração e a estabilidade da Força de Trabalho em Saúde (FTS) como um indicador crítico de política pública. A heterogeneidade salarial e o subdimensionamento do quadro efetivo – evidenciados nos contrastes entre municípios como Rio de Janeiro, São João de Meriti, Macaé e Campos – revelam que a autonomia municipal, carece de maior vigilância e estratégias para garantir uma melhor distribuição de sua força de trabalho, visando a garantia de maior equidade no Sistema Único de Saúde (SUS).

Este cenário de precarização da Força de Trabalho em saúde estimula perguntas sobre as relações entre a fragilidade da administração pública com indicadores de saúde. Os dados revelam que o pico de mortalidade precoce em 2020-2021 coincidiu com o período em que o sistema de saúde estadual já operava com um quadro de servidores estatutários (RJU) drasticamente reduzido desde 2018. Este comportamento temporal frente as formas flexíveis de contratação da força de trabalho e a piora aguda do indicador de saúde levanta a hipótese de que a fragilização prévia do sistema pode tê-lo tornado mais vulnerável ao impacto da pandemia, o que favorece uma maior rotatividade dos profissionais da saúde trazendo prejuízos ao cuidado em saúde (Oliveira et al. 2024).

Pesquisadores do Instituto Karolinska, na Suécia, analisaram mais de 250 mil trabalhadores na Suécia e revelaram que a transição de um emprego precário (caracterizado por contratos curtos, baixos salários e sem estabilidade) para um emprego seguro reduziu em 20% o risco de morte prematura (Matilla-Santander et al., 2023). Um dos persistentes e complexos desafios para a gestão da Força de Trabalho em Saúde (FTS) no Brasil é a dificuldade em reduzir a rotatividade e a desigualdade regional na distribuição de profissionais (Machado et al. 2018). A atração e a fixação da FTS em municípios e regiões de saúde com maior necessidade dependem criticamente de um conjunto de fatores, nos quais a remuneração ocupa posição de destaque (Dal Poz, 2013).

Para garantir o compromisso constitucional com a saúde universal e equânime, é fundamental que o Estado atue em duas frentes indissociáveis: reverter a lógica da flexibilização desregrada, fortalecendo a oferta de ocupações estáveis no setor público, e adotar uma abordagem direcionada às especificidades regionais que influenciam tanto a remuneração quanto os desfechos em saúde. Este enfoque integrado é essencial para assegurar uma distribuição mais equitativa dos profissionais e uma política salarial que valorize a FTS com garantias como estabilidade e planos de carreira atraentes. Investir na reconstituição de um quadro estável e valorizado não é meramente uma agenda sanitária crucial para reverter

os sinais de deterioração, como os expressos pela mortalidade precoce, e construir um SUS verdadeiramente universal e de qualidade.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, M. A. C.; SODRÉ, F.; ROCON, P. C. **Desigualdades sociais em saúde: debates contemporâneos para construção de políticas públicas**. Vitória-ES: Editora Rede Unida, 2024. Disponível em:

<https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2025/01/Livro-Desigualdades-sociais-em-saude.pdf>. Acesso em: 10 out. 2025.

ANTUNES, R. Dimensões da precarização estrutural do trabalho. In: DRUCK, G.; FRANCO, T. **A perda da razão social do trabalho: terceirização e precarização**. São Paulo: Boitempo, 2007.

ARAUJO, F. D. Regime jurídico único. **Enciclopédia Jurídica da PUC-SP**, São Paulo, 2017. Disponível em: https://enciclopediajuridica.pucsp.br/pdfs/regime-juridico-unico_58deea2f1c869.pdf. Acesso em: 8 out. 2025.

ARRETCHE, M.; MARQUES, E. Municipalização da saúde no Brasil: diferenças regionais, poder do voto e estratégias de governo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, p. 455-479, 2002.

BRASIL. **Constituição (1988)**: Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Lei Complementar nº 131, de 27 de maio de 2009**. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp131.htm. Acesso em: 10 out. 2025.

BRASIL. **Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011**. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm. Acesso em: 10 out. 2025.

BRASIL. CONTROLADORIA-GERAL DA UNIÃO. **Cartilha do Plano Nacional de Transparência Pública – PNTP**: Diretrizes para Implementação da Transparência Ativa nos Entes Federativos. Brasília, DF: CGU, 2025. 45 p. Disponível em: <https://radardatransparencia.atricon.org.br/pdf/Cartilha-PNTP-2025.pdf>. Acesso em: 10 out. 2025.

CARNEIRO, C. C. G.; MARTINS, M. I. C. Novos modelos de gestão do trabalho no setor público de saúde e o trabalho do agente comunitário de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 13, p. 45–66, abr. 2015.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Enfermagem em números. Brasília, 2019. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros>. Acesso em: 15 outubro 2025.

CONTROLADORIA-GERAL DA UNIÃO (CGU). Manual do Usuário. Disponível em: https://wiki.cgu.gov.br/index.php?title=Manual_do_Usu%C3%A1rio. Acesso em: 6 out. 2025.

COSTA, N. D.; RIBEIRO, J. M.; SILVA, P. L. Reforma do Estado e mudança organizacional: um estudo de hospitais públicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, p. 427-442, 2000.

DAL POZ, M. R. **A crise da força de trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

DI MARCO, C. A. F.; TERCI, E. T. **Transparência municipal e controle social: a visão dos observatórios sociais sobre os portais de transparência e acesso à informação**. Interações, Campo Grande, MS, v. 23, n. 2, p. 313-330, abr./jun. 2022.

FERLIE, E.; ONGARO, E. Strategic management in public services organizations: concepts, schools and contemporary issues. Abingdon: Routledge, 2022.

FILGUEIRAS, F. Indo além do gerencial: a agenda da governança democrática e a mudança silenciada no Brasil. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 52, n. 1, p. 71-88, jan./fev. 2018.

GADELHA, C. A.; GIMENEZ, D. M.; CAJUEIRO, J. P.; MOREIRA, J. D. O Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS) como espaço estratégico para a modernização do SUS e para a geração dos empregos do futuro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 10, p. 2833-2843, 2023.

GOIS, J. C. S. As tendências da precarização das condições de trabalho no Brasil. *Revista Filosofia Capital*, Brasília, v. 21, n. 27, p. 1-23, 2025.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Agência de Notícias. Rio de Janeiro, 2024. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de->

noticias/noticias/39675-sob-efeitos-da-pandemia-consumo-de-bens-e-servicos-de-saude-cai-4-4-em-2020-mas-cresce-10-3-em-2021. Acesso em: 20 out. 2025.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico 2022: População e Domicílios. Rio de Janeiro, 2023. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/22827-censo-demografico-2022.html>. Acesso em: 6 out. 2025.

IBGE. Produto Interno Bruto dos Municípios 2021. Coordenação de Contas Nacionais, 2023. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/economicas/contas-nacionais/9088-produto-interno-bruto-dos-municipios.html?edicao=38672&t=resultados>. Acesso em: 10 out. 2025.

LAMEIRAS, M. A. Indicadores mensais do mercado de trabalho: setembro de 2025. Brasília: IPEA, 2025. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/cartadeconjuntura/index.php/category/mercado-de-trabalho/>. Acesso em: 20 out. 2025.

MACHADO, C. V. et al. A gestão do trabalho e da educação na saúde no Brasil: o panorama recente e as perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1921-1930, 2018.

146

MADEIROS, Clayton Gomes de; WACHELESKI, Marcelo Paulo. A Lei de Acesso à Informação e o princípio da transparência na administração pública. In: *Direito e Administração Pública I: XXIII Congresso Nacional do CONPEDI*, Florianópolis. 2014. p. 36.

MATILLA-SANTANDER, N. et al. Causal effect of shifting from precarious to standard employment on all-cause mortality in Sweden: an emulation of a target trial. *Journal of Epidemiology & Community Health*, v. 77, p. 736–743, 2023. Disponível em: <https://jech.bmj.com/content/jech/77/11/736.full.pdf>. Acesso em: 21 out. 2025.

MÉDICI, A. C.; MACHADO, M. H.; NOGUEIRA, R. P.; GIRARDI, S. N. O mercado de trabalho em saúde no Brasil: estrutura e conjuntura. Rio de Janeiro: ENSP, 1992.

MELO, E. A.; MENDONÇA, M. H.; TEIXEIRA, M. A crise econômica e a atenção primária à saúde no SUS da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 12, p. 4593-4598, 2019.

NOGUEIRA, R. P. A força de trabalho em saúde. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 61-70, jul./set. 1983.

OLIVEIRA, L. G. F. et al. Razões da rotatividade das equipes da ESF e seus impactos para a longitudinalidade do cuidado. **Revista Interfaces**, v. 12, n. 3, 2024.

OSORIO, M.; REGO, H. R.; VERSIANI, M. H. Pensando o Estado do Rio de Janeiro. **Cadernos do Desenvolvimento Fluminense**, n. 28 (especial), 16 abr. 2025.

PACHECO, H. F. et al. Organizações sociais como modelo de gestão da assistência à saúde em Pernambuco, Brasil: percepção de gestores. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 20, p. 585-595, 23 fev. 2016.

SABINO, L. A. M.; CUNHA, N. C. Remuneração e salário numa abordagem administrativa. *Getec, Divinópolis*, v. 5, n. 10, p. 1-11, 2016.

SANO, H.; ABRUCIO, F. L. Promessas e resultados da Nova Gestão Pública no Brasil: o caso das organizações sociais de saúde em São Paulo. **Revista de Administração de Empresas**, v. 48, p. 64-80, 2008.

SCHEFFER, M. (coord.). *Demografia Médica no Brasil 2025*. São Paulo: FMUSP; CFM, 2025. Disponível em:
<https://bd.cfm.org.br/images/stories/pdf/demografiamedicanobrasil2025.pdf>. Acesso em: 7 out. 2025.

SILVA, V. M. da; LIMA, S. M. L.; TEIXEIRA, M. Organizações Sociais e Fundações Estatais de Direito Privado no Sistema Único de Saúde: relação entre o público e o privado e mecanismos de controle social. *Saúde em Debate*, v. 39, p. 145-159, dez. 2015.

SOARES, Cíntia. Análise dos fatores de Atração e retenção de profissionais médicos da estratégia da saúde da família na região oeste de Minas Gerais. *APS EM REVISTA*, [S. l.], v. 4, n. 1, p. 12-18, 2022. DOI: 10.14295/aps.v4i1.233. Disponível em: <https://www.apsemrevista.org/aps/article/view/233>. Acesso em: 5 nov. 2025.

SOUZA, J.; AZEVEDO, N. L.; AZEVEDO, P. H. B.; PAULA, S. M. O grau de transparência ativa, passiva e global nos municípios produtores de petróleo da Bacia de Campos/RJ-2021. **Gestão e Planejamento**, Salvador, v. 23, p. 165-183, 2022.



SOUZA, J. de; AZEVEDO, N. L.; GOMES, M. T. P. C. M.; FRUTUOZO, J. V. P.
Análise da transparência pública nos municípios da região norte fluminense.
Meta: Avaliação, Rio de Janeiro, v. 17, n. 55, p. 186-209, abr./jun. 2025.

SOUZA, R. R. O sistema público de saúde brasileiro. São Paulo, 2002. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude.pdf. Acesso em: 11 out. 2025.