

GESTÃO PÚBLICA E FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE PUBLIC MANAGEMENT AND FINANCING OF THE UNIQUE HEALTH SYSTEM

Severino Aguinildo Lima¹
Diógenes José Gusmão Coutinho²

RESUMO: Este artigo apresenta como objetivo geral comentar a gestão municipal e financiamento do sistema único de saúde nas razões de ordem pessoal, social e científica conjuga-se como objetivos específicos expor os fatores que influenciam o planejamento e orçamento municipal; relatar a importância dessa pesquisa em descrever os recursos e financiamentos destinados do Sistema Único de Saúde na gestão municipal; e mostrar a gestão e qualificação do trabalho no SUS. Através de uma pesquisa bibliográfica, mostrar os fatores que contribuem para a ocorrência do atendimento ao usuário do Sistema Único de Saúde. Especifica como coletar informações relativas ao processo de gestão nas empresas públicas e como identificar os fatores que de certa forma ocorrem para manter o atendimento ao público. O financiamento do SUS está previsto em lei, tanto na Constituição Federal como na Lei Orgânica da Saúde, que reúne as leis federais 8.080 e 8.142 de 1990. De forma geral, a lei prevê as fontes de financiamento, os percentuais a serem gastos em saúde e, inclusive, a forma de divisão e repasse dos recursos entre as esferas de governo. Para pesquisar o financiamento da saúde, precisa-se lembrar que o centro do debate é: “Saúde é um direito de todos ou apenas daqueles que têm condições de pagar?” As políticas públicas representam desafios para a gestão tanto pela assunção de novas responsabilidades, como para instituição de mudanças, e, mesmo considerando que as mudanças não dependem apenas do gestor, é notório que este exerce um papel decisivo na condução política do sistema em todos os níveis governamentais. Os gestores do Sistema Único de Saúde são os representantes de cada esfera de governo designados para o desenvolvimento das funções do executivo na saúde, e declara que eles devem atuar em dois sentidos bastante imbricados: o político e o técnico.

1057

Palavras-chave: Gestão em Saúde. Administração de Serviços de Saúde. Sistema Único de Saúde.

¹Pós-graduado em Administração com ênfase em Marketing, Graduado em Enfermagem e Graduado em Administração de Empresas. Aluno de Especialização em Pesquisa Avançada pela Faculdade Alpha, Mestrado Internacional EAD pela Atenas College University.

²Graduado em Biologia pela UFRPE. Doutor em Biologia pela UFPE.

ABSTRACT: This article presents a general objective to comment on the municipal management and financing of the single health system in the personal, social and scientific reasons. The specific objectives are to expose the factors that influence municipal planning and budgeting; to report the importance of this research in describing the resources and financing destined for the Unified Health System in municipal management; and show the management and qualification of the work in SUS. Through a literature search, to show the factors that contribute to the occurrence of the customer service of the National Health System specifies how to collect information relating to the management process in public enterprises and how to identify the factors that somehow occur to maintain compliance to the public. The NHS financing is provided by law, both the Constitution and the Organic Law of Health, which meets the federal 8080 and 8142 1990. In general, the law provides funding sources, the percentage to be spent on health and even the form of division and transfer of resources between the spheres of government. To search for funding health, one must remember that the center of the debate is: "Health is a right for everyone or just those who can afford to pay?" Public policy challenges for the management both by the assumption of new responsibilities, how to change the institution, and, even though the changes do not only depend on the manager, it is clear that this plays a decisive role in driving the political system at all levels of government. The managers of the Unified Health System are the representatives of each sphere of government designated for the development of executive functions in health, and declares that they must work in both directions very intertwined: the political and technical.

Keywords: Health Management. Administration of Health Services. Health Unic System. 1058

1. INTRODUÇÃO

A gestão financeira do Sistema Único de Saúde – SUS trata-se de transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Por isso há necessidade de uma gestão orçamentária financeira para avaliar, planejar, orçar, executar, acompanhar e fiscalizar os recursos aplicados em saúde.

A saúde é um direito de todos como prever na Constituição Federal de 1988, e para garantir este direito o estado é o provedor, mas para isto o governo é dividido em três esferas federais, estaduais e municipais, que se responsabilizam por determinadas competências políticas e financeiras.

Segundo Brasil (2007), o financiamento dos recursos para a saúde são repassados por transferências regulares e automáticas, remunerações de serviços produzidos, convênios, contratos de repasses e instrumentos similares.

Com o objetivo de garantir recursos necessários para a saúde foi editada a Emenda Constitucional nº 29 em setembro de 2000, definindo os limites para União, Estado, Distrito Federal (DF) e Município.

Em consequência da falta de planejamento e adequação dos meios e instrumentos financeiros necessários, não é raro o fracasso de determinado projeto no SUS por motivos perfeitamente evitáveis. Chamar a atenção para este detalhe é uma preocupação que deve permear todas as ações de um gestor do SUS?

Durante um longo período a preocupação dos gestores públicos na área da saúde restringia-se ao financiamento, estrutura da rede e organização de serviços. A questão de recursos humanos era tratada como um dos insumos necessários para a organização da produção em saúde, assim como recursos materiais e recursos financeiros.

Atualmente, a atenção à saúde vivencia um extenso processo de reorientação do modelo assistencial, impulsionado pela reestruturação das legislações e das formas de processo de trabalho. É consenso que as questões atinentes à área de Recursos Humanos (RH) são determinantes para a consolidação e qualificação do Sistema Único de Saúde.

2. METODOLOGIA

1059

Pesquisa bibliográfica se utiliza fundamentalmente das constituições dos diversos autores sobre determinado assunto, a pesquisa documental vale-se de matérias que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa.

Classifica-se como bibliográfica, considerando que foram utilizadas diversas pesquisas em trabalhos já realizados sobre o tema em estudo, já que esses são fontes de informações relevantes sobre o tema. A pesquisa bibliográfica não é somente uma exposição de ideias pré-concebidas, mas que pode ser inovadora quando o seu autor chega a uma nova conclusão, propiciando um novo enfoque ou abordagem a um tema já analisado (LAKATOS E MARCONI, 2007).

A coleta será feita através de livros, artigos científicos, revistas das obras ou textos selecionados da internet como o Google.

Através do fichamento de resumo, com síntese das principais ideias contidas nas obras dos respectivos artigos, através de uma de referências bibliográficas para, a partir daí, refletir,

de maneira a oferecer uma oportunidade ao leitor a forma que se encontra a gestão pública e financiamento do sistema único de saúde.

A gestão administrativa e financeira do SUS é um dos tópicos de maior relevância para os gestores da saúde pública em quaisquer esferas de gestão. Dentro desse escopo encontra-se a organização dos sistemas públicos de saúde, planejamento, orçamento, financiamento e recursos humanos conforme dispositivos contidos na Lei Orgânica de Saúde (Lei n. 8080/1990).

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O SUS tem como finalidade a promoção da saúde, com prioridade em ações preventivas, a oferta de serviços curativos e de reabilitação, com a democratização de informações e a participação da comunidade. Também é de responsabilidade do SUS o controle da ocorrência de doenças (Vigilância Epidemiológica), da qualidade dos medicamentos, dos exames, dos alimentos, da higiene e condições dos estabelecimentos que atendem ao público (Vigilância Sanitária).

A partir da promulgação da Constituição de 1988, a competência para cuidar da saúde deixa de ser hegemônica da União, e começam a acontecer as grandes mudanças no setor, iniciando o processo de descentralização. A responsabilidade pela saúde passa a ser dividida ¹⁰⁶⁰ entre as três esferas do governo: União, Estados e municípios (BRASIL, 2007).

O primeiro passo foi dado, em 1990, com a promulgação das leis número 8.080 (Lei Orgânica da Saúde) e número 8.142, que regulamentaram as determinações da Constituição de 1988. Ambas consagraram os princípios de descentralização das ações e serviços de saúde e de municipalização da gestão, definindo papéis e atribuições dos gestores nos três níveis de atenção.

De acordo com Figueiredo (2005), o artigo 198 da Constituição Federal explica que o Sistema Único de Saúde (SUS) é organizado em um conjunto de unidades que prestam serviços de saúde à população, o SUS tem como diretrizes: descentralização de recursos, decisões e responsabilidades para estados e municípios, atendimento integral à população e o controle social através da participação popular. Universalidade, Equidade e Integralidade são seus princípios norteadores que garantem a todos os cidadãos o acesso universal aos serviços de saúde. (FIGUEIREDO, 2005).

Nesse sentido, ao conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e, das funções mantidas pelo poder público, dá-se nome de Sistema Único de Saúde (SUS).

São consideradas inerentemente do SUS as instituições públicas federais, estaduais e municipais prestadoras ou contratadoras de ações e serviços de saúde e desenvolvedoras de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.

Segundo Fernandes (2006), desde sua criação até os dias de hoje, o SUS teve avanços significativos os mais importantes foram o surgimento e consolidação de Sistemas Municipais de Saúde, administrando os recursos federais que passaram a ser transferidos do Fundo Nacional de Saúde diretamente para os Fundos Municipais de Saúde. Com isso, os municípios ampliaram o acesso da população aos serviços de saúde básica, contribuindo para o impacto positivo nos indicadores epidemiológicos, oferecendo uma melhor qualidade de assistência na Atenção Básica. Outro significativo avanço foi à estratégia estruturante do Programa de Saúde da Família, este é o mais importante avanço dos últimos anos, identificando áreas de risco e acolhendo os usuários de forma mais humanizada nas unidades de saúde da família. O avanço substancial foi o reconhecimento de que a saúde é um direito fundamental do ser humano. 1061

A iniciativa privada poderá participar do SUS, em caráter complementar. Isto quer dizer que nenhuma ajuda deve ser dispensada no esforço conjunto de se alcançar as metas de saúde do povo brasileiro.

A Administração Pública federal, estadual e municipal compreende: 1) a Administração Direta, constituída pelos serviços integrados na estrutura administrativa da presidência da República e pelos ministérios; 2) a Administração Indireta, que compreende as autarquias, as empresas públicas e as sociedades de economia mista (GUIMARÃES, 2000).

Art. 37. A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência e, também, ao seguinte: (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 19, de 1998)

X - a remuneração dos servidores públicos e o subsídio de que trata o § 4º do art. 39 somente poderão ser fixados ou alterados por lei específica, observada a iniciativa privativa em cada caso, assegurada revisão geral anual, sempre na mesma data e sem distinção de índices (REDAÇÃO DADA PELA EMENDA CONSTITUCIONAL nº 19, de 1998).

O Governo aprovou no Congresso Nacional a Emenda Constitucional 95/2016, que prevê o congelamento para determinadas áreas, entre elas Saúde, Educação, Previdência, Assistência Social entre outras, com possibilidade de revisão da regra de fixação do limite depois de 10 anos. Versando principalmente sobre a saúde que é regida no pressuposto da Lei orgânica 8.080 de 19 de setembro de 1990, a lei do SUS que tem como princípios, universalidade, equidade, integralidade, oriunda de belíssimo movimento popular, para aproximar o controle e investimentos com a participação social, também foi aprovada a lei 8.142 de 1990. Participação da Comunidade e as Transferências de Recursos Financeiros, solidificada pela constituição (REZENDE e CASTOR, 2006).

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros ...

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

A Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, chamada Lei Orgânica da Saúde (LOS), estabelece papéis institucionais de cada instância governamental. Dispõe de princípios e diretrizes para as ações e serviços de saúde, dentre os quais universalidade de acesso, integralidade e igualdade ou equidade na prestação de ações e serviços de saúde. Outro assunto 1062
de que trata é sobre a descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera do governo, enfatizando a municipalização da prestação de serviços combinada com a regionalização e a hierarquização da rede de serviços (MEIRELLES, 2003).

Como consequência há de pensar na integração executiva das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico. Nesse sentido, recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, estados e municípios devem ser mobilizados para a prestação de serviços de assistência à saúde da população. Isso terá em vista a melhoria da capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência e mais adequada organização dos serviços públicos, evitando a duplicidade de meios para fins idênticos.

Em relação à organização, à direção e à gestão do SUS, a Lei estabelece o princípio da direção única exercida em cada esfera de governo.

A LOS define atribuições e competências à União, ao Distrito Federal, a municípios, comuns ou específicas: A LOS discorre ainda acerca do funcionamento e participação

complementar dos recursos humanos, financiamento e gestão financeira dos serviços públicos e privados de assistência à saúde. A Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da Saúde (BRASIL, 2001).

Em relação aos recursos financeiros, esta lei propõe o repasse de forma regular e automática para municípios, estados e Distrito Federal, referentes à cobertura das ações e dos serviços de saúde para investimentos na rede de serviços, cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e demais ações de saúde.

O claro estímulo que havia para a criação dos conselhos de saúde e de outros instrumentos, tais como fundo de saúde, plano de saúde, relatórios de gestão, contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento e comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), tornou-se pré-requisito para que as esferas de governo possam receber seus recursos (Lei n. 8142/90).

A dimensão da gestão do trabalho em saúde que integra o campo de RHS começa a ganhar visibilidade na segunda metade da década de 1990, no contexto de flexibilização das relações de trabalho. Desenha-se um cenário paradoxal, no qual os níveis crescentes de flexibilização das relações de trabalho convivem com discursos sobre a emergência de um 1063 trabalho revalorizado, ou seja, com maiores níveis de autonomia e participação. No que se refere ao SUS, nesse cenário, coincidiram o aprofundamento da descentralização e a expansão das equipes de saúde, especialmente aquelas voltadas para a atenção básica. Esses aspectos acabaram por gerar enfrentamentos para a gestão municipal que ainda se defrontou com a homologação da Lei de Responsabilidade Fiscal, limitando os gastos com incorporação de força de trabalho (MENDES, 2003).

Os recursos para a saúde em dias atuais não são suficientes, vemos todos dias a escassez de itens essenciais para tratamentos e diagnóstico, são inúmeros os pacientes morrendo nas filas esperando conclusão de diagnóstico para tratamento, fica evidente que os investimentos sofrerão uma forte depressão nos próximos anos, devido ao crescimento populacional, envelhecimento, aumento das perspectivas de vida da população brasileira; matéria prima de medicamentos que tem sua matriz primária na importação, são avaliados em outra moeda que não acompanha as regras econômicas brasileira, inviabilizando um planejamento orçamentário de valor aproximando para saúde, muitos desses itens, que são primordiais para salvar vidas,

sofreram um reajuste internacional superior a nossa inflação, devido desvalorização de nossa moeda; e ainda milhões de segurados de planos de saúde privados, em função do desemprego e da redução da renda, estão se transferindo para o SUS, cabem aos gestores da saúde criar a capacidade ou incapacidade metafórica, de oferecer mais qualidade e quantidade de atendimento, com suas inovações de saúde, valor monetário cada vez menor, fazer mais e recebendo menos (BRASIL, 2001).

Parece que o momento atual aponta para um possível deslocamento da tradicional área de RHS em direção a uma concepção mais ampliada e necessariamente integrada acerca da gestão e qualificação do trabalho no SUS. Esse processo, ainda que visível apenas na esfera federal, deve transcender a alteração na denominação da estrutura ministerial responsável pela área, associando-se à busca de alternativas teórico-metodológicas que possam sustentar as reorientações demandadas.

O reflexo dessa política pode ser traduzido pela precarização das relações de trabalho, falta de regulação do sistema de ingresso nos serviços, alta rotatividade nos postos de trabalho e ausência de uma política salarial e de carreira que acabam por comprometer a profissionalização dos trabalhadores.

Numa sistematização das produções teóricas sobre RHS, Brito (2002) e Peduzzi ^{e1064} Schraiber (2000) apontaram o caráter interdisciplinar da área e a necessidade de promover um novo conceito de RHS. Esses autores identificaram a necessidade de análises acerca das dimensões antropológicas desses trabalhadores, de questões sobre qualidade e produtividade no trabalho e da construção de uma teoria própria do trabalho em organizações de saúde. Também destacaram a lacuna de abordagens alternativas de gestão do trabalho, estudos acerca da dimensão subjetiva dos trabalhadores e de alternativas teórico-metodológicas que sustentem a complexidade do trabalho no cotidiano dessas organizações.

Os problemas relacionados à área da gestão do trabalho e da educação na saúde são apontados como alguns dos principais fatores que levam à prestação de serviços de saúde sem a necessária qualidade. Essa situação, entretanto, começa a mudar. Tem-se salientado a gestão do trabalho como um tema da maior relevância, incentivando-se a adoção de instrumentos que possibilitem o equacionamento das distorções existentes no gerenciamento da força de trabalho e nas relações interpessoais (PAULA, 2005).

Para Quintana (2000) a existência de atores sociais e de interesses corporativos múltiplos e dinâmicos exige um processo complexo de construção de consensos e acordos. As formas como a gestão do trabalho lida com essa tarefa de conciliação de interesses têm repercussões sobre a qualidade dos serviços prestados à população. Acrescente-se a essa problemática da gestão do trabalho em saúde, dentre outros fatores, as transformações no mundo do trabalho e o quadro de extrema rigidez vigente no setor público, em geral, e na saúde, em particular.

Sem querer pôr em dúvida os claros avanços reformistas de cunho inclusivo e universal que deram origem ao Sistema Único de Saúde, há que se reconhecer que a sua implementação precisa avançar sem perder de vista a visão nacional e integradora. A discussão sobre os constrangimentos e vicissitudes trazidos pela descentralização ressenete-se da insuficiência de estudos sobre as Limitações à experiências de implantação do Sistema Único de Saúde, sobretudo na dimensão de gestão do trabalho.

Portanto pode-se afirmar que a concepção de gestão do trabalho pressupõe entender o trabalho como uma categoria central na construção dos atores sociais, em um movimento construtivo, no qual, ao mesmo tempo em que o trabalhador se constrói, atua e se reconhece como pertencente ao ambiente de trabalho. O local de trabalho é considerado um espaço múltiplo e importante, onde a diversidade cultural e étnica se traduz em complementaridade e enriquecimento no processo de produção, buscando a humanização das relações sociais e a inserção de valores como a ética, a cooperação, o respeito e a solidariedade.¹⁰⁶⁵

O conceito de ‘recursos humanos’ é próprio da área de administração e remete à racionalidade gerencial hegemônica que reduz o trabalhador à condição de recurso, restringindo-o a uma dimensão funcional. No entanto, na área da saúde, a questão dos ‘recursos humanos’ envolve tudo que se refere aos trabalhadores da saúde em sua relação com o processo histórico de construção do Sistema Único de Saúde (MENDES, 2003), configurando, assim, um dos seus subsistemas. Nesse sentido, esse é tanto um campo de estudo como de intervenção. A área de ‘Recursos Humanos em Saúde’ (RHS) abarca múltiplas dimensões: composição e distribuição da força de trabalho, formação, qualificação profissional, mercado de trabalho, organização do trabalho, regulação do exercício profissional, relações de trabalho, além da tradicional administração de pessoal.

Recursos Humanos é uma área relativamente nova, surgida na primeira década do século XX. Sua criação deveu-se ao impacto da Revolução Industrial nas relações entre empregador e

empregado. Desde então, foi crescendo e agregando em si mesma uma série de desafios e responsabilidades (PIERANTONI, VARETA, e FRANÇA, 2008).

Embora não seja possível encontrar uma definição universalmente aceita para o conceito de gestão, cabe à gestão otimizar a aplicação de recursos para o funcionamento das organizações e, contribuir para o desenvolvimento e a satisfação das necessidades da sociedade em geral e dos interesses de seus colaboradores.

Na gestão do trabalho em saúde, utilizam-se instrumentos de regulação legal (leis, normas); financeiros (salários, incentivos); administrativos em um marco de negociação permanente e gerência compartilhada (PADILLA, 2004). Assim sendo, nesta tese entende-se por gestão do trabalho o conjunto de ações intencionais e conectadas que permitem organizar o trabalho e distribuir o talento humano de acordo com as necessidades do sistema de saúde.

Entretanto, a gestão do trabalho na saúde adquire características únicas. Seus recursos humanos são numerosos, diversos e compreendem ocupações distintas. As categorias profissionais possuem diferentes graus de organização de seus interesses (sindicatos, colegiados profissionais, associações etc.). Frequentemente as categorias são representadas por associações profissionais ou sindicatos trabalhistas.

Pode-se dizer que a gestão do trabalho em saúde incorpora atividades voltadas para 1066 mobilizar, motivar pessoas para que desenvolvam e realizem plenamente através do trabalho as metas de saúde.

Algumas ocupações são específicas do setor saúde, enquanto outras se movem facilmente de um setor para outro. Em vários países, o acesso ao treinamento profissional e ao emprego é autorizado e controlado por padrões e requerimentos determinados pelas profissões bem como regulação de vários aspectos da vida profissional. Ademais, o setor saúde é caracterizado como trabalho intensivo e a proporção do gasto total com seus recursos humanos é maior do que no setor industrial e no de serviços.

O Estado, enquanto provedor de serviços de saúde, organiza estruturas de produção/oferta dos mesmos por intermédio de órgãos da administração direta e indireta e, nesse sentido, deve desempenhar as funções inerentes a qualquer organização prestadora de serviços (MELO, 2004):

- Contratar trabalhadores que estejam disponíveis no mercado de trabalho;
- Adotar procedimentos e obedecer mandamentos legais na manutenção de registros e na efetuação de controles, visando o cumprimento dos deveres e obrigações reciprocamente estabelecidos no contrato;
- Prover mecanismos e estimular oportunidades de desenvolvimento e aperfeiçoamento de conhecimentos e habilidades relacionados ao desempenho das atribuições ou funções previstas na contratação;
- Participar de processos de negociação que visem superar ou resolver conflitos inerentes às relações de trabalho.

O desempenho dessas atribuições assegura a qualquer organização de serviços a direcionalidade da função trabalho no sentido da missão ou dos objetivos da própria organização. Ademais, torna-se indispensável ressaltar, já nesse momento, que é através dessas funções que se materializa grande parte da influência regulatória do setor público sobre o mercado de trabalho.

Grande parte da inoperância dos serviços públicos de saúde decorre da ineficiência ou, o que seria mais franco reconhecer, da inépcia da gestão no desempenho, de modo articulado e coerente, daquelas funções. Há diversos aspectos a serem considerados, ligados à concepção e à ¹⁰⁶⁷prática institucionalizada da administração e do direito público, que jogam papel determinante na gênese e perpetuação do baixo desempenho dos referidos serviços, no que se relaciona à questão de recursos humanos.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para os efeitos desse trabalho pressupõem-se duas acepções do termo Estado. A primeira refere-se à organização política do País, abrangendo tanto o todo quanto cada uma de suas partes integrantes, União, Estados e Distrito Federal e Municípios. A segunda, em sentido estrito, refere-se ao designativo de unidade política de uma federação que contempla determinada região dotada de autonomia política para desenvolver em seu âmbito determinadas políticas públicas. O termo, em sua primeira acepção, ampla, como se vê, abarca a segunda acepção, tanto quanto a União e os municípios.

Estado, assim visto, ou seja, o poder público, enquanto estrutura de poder, instituída sobre determinado território e/ou população, possui os seguintes componentes conceituais: poder, território e povo.

Poder é a capacidade de impor à sociedade o cumprimento e a aceitação das decisões do governo (órgão executivo do Estado). Território é o espaço físico em que se exerce o poder. Povo (ou nação, no caso da União) sobre o qual atua o Estado é a comunidade humana que possui elementos culturais, vínculos econômicos, tradições e histórias comuns.

A atual sociedade exige cada vez mais que os órgãos públicos administrem melhor a aplicação de seus recursos. O grave problema com a insatisfação pública com os serviços prestados exige uma forma de gestão completamente diferente, voltada à qualidade.

É evidente que não foram os usuários do SUS, ou mesmo quem tem plano de saúde, mas quem conhece a realidade do SUS, O Brasil, dentre os países desenvolvidos e em desenvolvimento, é um dos que menos gasta em saúde pública. Em nosso país, a saúde consome 4% do Produto Interno Bruto – (PIB), soma de todas as riquezas produzidas no país. Portanto, temos uma saúde pública subfinanciada.

A força de uma administração pública está em legitimar as crenças e os valores compartilhados entre os membros de uma organização. A cultura organizacional não existiria 1068 sem as pessoas.

A perspectiva integrativa retrata a cultura predominantemente em termo de consistência. Em suma, os estudos escritos, desde uma perspectiva integrativa, define administração pública em termos de clareza e valores constantes, interpretações e ou assunções que são demonstrados na base da organização. Para extensão que inclui inconsistências, conflito, ambiguidade ou mesmo diferenciação subcultural, quando aparecem, esses estudos são vistos como uma evidência da ausência de uma cultura organizacional.

Essas características interferem no modo como os trabalhadores do SUS atuam nessas organizações, observando-se o apego as regras e rotinas, a supervalorização das organizações, o paternalismo nas relações e o apego ao poder. Isso é importante na definição dos processos internos, na relação com inovações e mudanças, na formação dos valores e crenças organizacionais e nas políticas de recursos humanos.

Portanto, a defesa dos direitos saúde descritos na constituição e lei do SUS, passaram ser no mínimo uma visão demagógica, inversamente proporcional as necessidades básicas,

vejamos em dias atuais, o ressurgir surtos de doenças já extintas, descredenciamentos por falta de recursos para manutenção de unidades básicas, categoria de profissionais de base sendo encolhidas, programas na linha primária com capacidade de atendimento expansão zero.

As instituições de saúde enfrentam um contexto repleto de dificuldades relacionadas ao campo de gestão e formação de recursos humanos, um dos principais fatores relacionados à insuficiência e de desqualificação dos serviços de saúde. Cabe reconhecer que esta situação começa a sofrer modificações, movida pela premência de consolidar o processo de descentralização e municipalização dos serviços de saúde.

Assim, as questões priorizadas na atual agenda da área de gestão do trabalho e da educação no SUS, como o plano de cargos, carreiras e salários, a desprecarização do trabalho, a mesa de negociação permanente, a estratégia de educação permanente, a avaliação de desempenho e os incentivos à produtividade, merecem ser contempladas ampliando-se os enquadramentos tradicionalmente utilizados pela área de ‘Recursos Humanos’.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O sucesso da administração pública vai depender da capacidade de resolver mais rápido o maior número de problemas possível. Para isso, vai precisar de um método para não perder 1069 tempo e otimizar o processo e motivação para pôr em prática a metodologia.

O planejamento e o orçamento municipal é o processo de decisão, tecnicamente fundamentada e politicamente sustentada, sobre as ações necessárias e adequadas à promoção do desenvolvimento sustentável em pequenas unidades político-administrativas.

Fazer saúde sem dinheiro é impossível. Por outro lado, o recurso financeiro não resolve todos os problemas. Para que o direito humano à saúde se concretize, além da quantidade de recursos e sua adequada aplicação e gerenciamento, é fundamental o comprometimento profissional, a organização do sistema e o efetivo controle social do SUS.

A sociedade brasileira praticamente desconhece o funcionamento dos orçamentos públicos nas três esferas de governo em nosso país. Muito mais que uma mera peça contábil e burocrática, o orçamento do município, do estado e da União são instrumentos de organização da gestão pública. Eles são o resultado de inúmeras articulações sociais e políticas que se materializam no planejamento da arrecadação de recursos pelo poder público e o plano de

investimentos, valendo-se dos gastos necessários para garantir o funcionamento da máquina administrativa e as obras e políticas públicas.

Em relação ao SUS, o orçamento deve respeitar a EC 29 que dispõe sobre a vinculação da receita pública a ser investida em saúde. Além disso, está estabelecido na Lei 8.080 que é imprescindível que cada administração mantenha o seu Fundo Municipal de Saúde.

No Brasil, o controle social do orçamento da saúde está previsto na legislação do SUS. Os conselhos de saúde têm a responsabilidade de acompanhar a aplicação dos orçamentos, deliberando e fiscalizando. Assim sendo, na prática, o controle social do SUS tem função de controlar as despesas públicas relacionadas à saúde no Brasil.

Não há dúvidas que um dos maiores avanços do SUS é a garantia da participação da comunidade na elaboração e na fiscalização da implementação da política pública de saúde. Porém, a participação não se realiza somente a partir das conferências e dos Conselhos de Saúde. A sociedade precisa ter outros espaços e mecanismos de defesa e de construção do SUS, para além dos espaços formais.

O Conselho Federal de Administração vai mais além ao ressaltar que em realidade será mais facilmente modificada com a participação de uma sociedade mais qualificada na gestão da coisa pública. Ou seja, pessoal especializado na formulação e planejamento de boas práticas de gestão, na adoção de soluções alternativas para os problemas crônicos e capacitação para conseguir as funções da burocracia. E, para isto, é fundamental a figura do administrador.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de Recursos Humanos para o SUS: balanço e perspectivas**. Brasília: MS, 2001.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Congresso Nacional. Recuperado em 15 novembro, 2007, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/principal.htm Coordenação da Região Metropolitana de Curitiba. 1978.

BRITO, P. Apresentação - O mundo do trabalho no campo da saúde. **Revista Latino-Americana de Estudos do Trabalho**, Ano 8, 15: 5-14, 2002.

FERNANDES, E. (2005). **O desafio dos planos diretores municipais**. Texto de debate para a 2ª Conferência Estadual das Cidades, Pernambuco. Recuperado em 12 janeiro, 2007, de <http://www2.pe.gov.br/web/porta1pe/ultimasnoticias> RAC, Curitiba, v. 12, n. 3, p. 717-739, Jul./Set. 2008.

FIGUEIRÊDO, Carlos Maurício Cabral. **Comentários à Lei de Responsabilidade Fiscal**. Recife: Nossa Livraria, 2005.

GUIMARÃES, T.A. A nova administração pública e a abordagem da competência. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.34, n.3, p.125-140, maio./jun.2000.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Metodologia do Trabalho Científico: Procedimentos Básicos. Pesquisa bibliográfica, Projeto e Relatório**. Publicações e Trabalhos científicos. 7ª ed.. São Paulo: Atlas, 2007.

MEIRELLES, Hely Lopes. **Direito Administrativo Brasileiro**. Ed. Malheiros. 2003.

MELLO, Celso Antonio Bandeira de. **Curso de Direito Administrativo**. Ed. Malheiros. 2004.

MENDES GONÇALVES, R. B. **A Investigação sobre Recursos Humanos em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde/Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS, 2003.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. **Qualidade de vida e saúde: um debate necessário**. Ciência & Saúde Coletiva, n. 5, p. 7-18, 2000.

MORAES, Alexandre de. **Direito Constitucional Administrativo**. Ed. Atlas. 2005.

PADILLA, M. Gestión Del Trabajo. **Reunión de Consulta Regional. Resumen de los trabajos de grupo y plenaria**. Brasilia, Julio, 7 del 2004

1071

PAULA, Ana Paula Paes de. Administração Pública Brasileira entre o Gerencialismo e a Gestão Social. **Revista Brasileira de Administração**. Ano 45, n. 1, p. 36-49, jan/mar 2005.

PEDUZZI, M. & SCHRAIBER, L. B. A Pesquisa na Área de Recursos Humanos em Saúde no Brasil. In: **Workshop Mapeamento de Projetos de Pesquisa e Intervenção sobre Recursos Humanos em saúde, no âmbito nacional**. São Paulo, maio 2000.

PIERANTONI, C.; VARELA, T.; FRANÇA, T. **RH e Gestão do Trabalho em Saúde: da teoria para a prática**. Observatório de RH em Saúde do Brasil, Estudos e Análises, v. 2, 2008.

QUINTANA, P. B. Impacto de las reformas del sector de la salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral. **Rev Panam Salud Public Health**. (8):(1/2), p.43-53, 2000.

REZENDE, D. A., & CASTOR, B. V. J. (2006). **Planejamento estratégico municipal: empreendedorismo participativo nas cidades, prefeituras e organizações públicas** (2a ed.). Rio de Janeiro: Brasport. RAC, Curitiba, v. 12, n. 3, p. 717-739, Jul./Set. 2008.