

Revista Internacional em Língua Portuguesa
ISSN: 2182-4452 (impresso) / ISSN: 2184-2043 (eletrónico)
2018, 34, Ciências Médicas e da Vida, Páginas 173–186
Data receção: 03/04/2017 / Data aprovação: 01/08/2017
DOI: 10.31492/2184-2043.RILP2018.34/pp.173-186

SUS: Uma Análise Económico-Financeira

Yuri Gurgel Borba¹

Luis Carlos de Barros Loureiro¹

¹Universidade Federal Fluminense, Brasil; E-Mail: yuriborba@id.uff.br

Resumo

Com a Constituição de 1988 a saúde no Brasil se tornou responsabilidade do Estado, promovendo aos cidadãos uma gama de direitos para garantir a sua qualidade de vida. Visando assegurar a execução dos deveres constitucionais foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS). Com uma proposta de atendimento universal, integral e equânime além de contar com financiamento tripartite, onde Federação, Estado e Município se responsabilizam com os aportes necessários para o funcionamento, surge-se um oneroso e complexo sistema. Após cerca de trinta anos em funcionamento a sua efetividade é rotineiramente contestada, fazendo com que a presente monografia busque avaliar a viabilidade económico-financeira do atual Sistema Único de Saúde. Para isto foi realizado uma pesquisa de revisão teórica nas bases legais e históricas do país além de uma análise financeira dos investimentos na saúde do município de Rio das Ostras - RJ. A partir da análise dos dados obtidos, foi constatado que o SUS é essencial em determinadas áreas e micro populações, entretanto, ainda carece de maiores investimentos em medidas preventivas além de uma administração técnico-científica com lisura e comprometimento.

Palavras-chave: análise económico-financeira; saúde pública; sistemas de saúde; sistema único de saúde.

Abstract

With the constitution of 1998 the healthcare service in Brazil became a government responsibility, providing citizens a variety of rights to guarantee their quality of life. Looking to assure the constitutional rights it was created the Unified Health System (Sistema Único de Saúde - SUS). With a proposal of universal, integral, and equal healthcare, and the financial support provided by the federal, state, and local government to assure the required supplies for a proper operation, emerges a complex and onerous system. After about 30 years of operation the system efficiency is continually contested giving rise to the present study that aims to evaluate the economic-financial viability of the currently Unified Health System. It was done a literature review in the legal and historical basis of the country, and an analysis of the financial investments in the healthcare system of Rio das Ostras – RJ. From the analyses of the obtained data it was confirmed that the SUS is essential to certain areas and micro-populations, however, the system still demands more investments and preventive measures, as well as a technical and scientific administration with transparency and commitment.

Keywords: economic and financial analysis; health policy; public health; Unified Health System.

1. Introdução

A promoção da saúde no mundo durante séculos não era considerada responsabilidade do Estado, mas apenas incumbência individual (Paim, 2013). A partir da consolidação da Revolução Industrial e a modificação no modelo de produção surge-se uma nova percepção quanto o comprometimento da população ativa afetava as finanças do Estado, fazendo assim com que se começasse a desempenhar esforços relativos à manutenção da condição

necessária da classe trabalhadora para a realização das atividades laborais. Com isso são estabelecidas medidas de recuperação da saúde buscando manter a disponibilidade da mão de obra e manutenção da produção (Funasa n.d.).

O Brasil com a chegada da década de oitenta, vivenciando um momento político histórico que clamava pela queda do regime militar e a realização de eleições, fruto do despertar de interesse das diversas camadas da sociedade, começa a desenvolver um senso de coletividade e responsabilidade estatal que até pouco tempo antes não era visto (Bertoncelo, 2009).

Com o transcorrer de diversas assembleias, fóruns e manifestações, é conquistada a promulgação da Constituição de 1988, em que no seu corpo textual são contemplados os deveres do Estado frente a diversas áreas como a saúde (Rocha, 1998).

Posteriormente, em 19 de setembro de 1990 surge a lei 8.080 que dispôs a cerca das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Regulando em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde (Brasil, 1990).

Compreendendo que a constituição define como dever do Estado a saúde, faz-se necessário entender o seu conceito. A definição mais atual e aceita mundialmente é fruto da conferência internacional de saúde celebrada em Nova York no ano de 1946 (Sinus, 2014). Segundo a Organização Mundial de Saúde (1946) “a saúde é um estado completo de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”.

Reconhecendo a complexidade da caracterização do termo saúde, com a incumbência do estado estabelecida na constituição de 1988 de dever garantir acesso à saúde a todos sem distinção, através da criação de um sistema público universal e gratuito (o SUS), alinhado ao crescimento exponencial da população brasileira e as eventuais crises nas esferas municipais, estaduais e federal surgem contestações quanto à viabilidade de proporcionar a todos os indivíduos a promoção integral da sua saúde.

2. Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Analisar o SUS brasileiro focando na sua gestão econômico-financeira e o seu gerenciamento, a fim de entender a sua atual situação funcional.

2.2 Objetivos Específicos

Avaliar as políticas econômicas que estão ligadas ao financiamento do SUS. Demonstrar a relação dos aportes no sistema e a qualidade de vida através da análise de correlação do índice de desenvolvimento humano (IDH) com os investimentos em saúde.

2.3 Aspectos Metodológicos Envolvidos

Trata-se de uma pesquisa de revisão teórica nas bases legais e históricas da saúde brasileira focando na responsabilidade estatal adquirida e uma análise quantitativa dos investimentos realizados em saúde. A análise quantitativa primeiramente estabeleceu um paralelo entre os investimentos realizados em saúde no Brasil, por meio de uma comparação entre as receitas totais no exercício atual e o valor empregado na área. Posteriormente, uma avaliação das despesas estabelecidas na Lei orçamentária anual exercício 2017 do município de Rio das Ostras – RJ.

Por fim, com o levantamento dos dados houve a realização de uma análise estatística através do coeficiente de correlação de Pearson para descobrir se existe relação entre a variável investimento em saúde e IDH.

3. Modelo Político Financeiro Atual do SUS

3.1 Constituição de 1988

A vigente Carta Magna do país é a sétima já promulgada e veio para consolidar o regime democrático estabelecido em 1985. Elaborada por um Congresso constituinte composto por 559 parlamentares eleitos democraticamente, teve como marco histórico a participação popular na sua formulação. Com o decorrer dos anos passou a ser

conhecida com a alcunha de “constituição cidadã”, por ter em seu corpo textual diversas questões tachadas de progressistas contempladas, garantindo assim inúmeros direitos individuais (Brasil, 2015).

Nessa construção a saúde tem seu papel de destaque, onde segundo Brasil (2016):

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. Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado. Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade.

Surgindo assim o SUS, um sistema descentralizado, integral e que conta com a participação da comunidade em sua construção (Brasil, 1988).

O seu financiamento é realizado de forma tripartite, ou seja, sua responsabilidade se dá através de recursos da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (Brasil, 1988).

Por fim, essa mesma constituição permite a instituições de iniciativa privada complementar o SUS em sua assistência em saúde, desde que siga suas diretrizes (Brasil, 1988).

3.2 Financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS)

Aprofundando no financiamento tripartite do SUS, onde a responsabilidade de custear as despesas referentes aos serviços públicos de saúde encontra-se escorada nas esferas federal, estadual e municipal, observa-se uma questão complexa de receitas para a tentativa de suprir as necessidades financeiras (FIOCRUZ n.d.).

O artigo 198 da constituição federal detalha que:

§ 1º. O Sistema Único De Saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (Parágrafo único renumerado para § 1º pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000).

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)”

I – no caso da União, a receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15% (quinze por cento); (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 86, de 2015)(g.n.)

II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refereo art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

III – no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º.(Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

Em 13 de janeiro de 2012 é promulgada a lei complementar nº 141 que regulamenta o artigo 198 da Constituição Federal e que estabelece aplicações mínimas em ações e serviços públicos em saúde para os Estados, Distrito Federal e Municípios (Brasil, 2016).

A lei complementar 141 determina em seus artigos 6º e 7º que:

Art. 6º Os Estados e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de

que tratam o art. 157, a alínea “a” do inciso I e o inciso II do caput do art. 159, todos da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios. Art. 7º Os Municípios e o Distrito Federal aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam o art. 158 e a alínea “b” do inciso I do caput e o § 3º do art. 159, todos da Constituição Federal.

Quanto à aplicação mínima da União, é definida a partir da Emenda Constitucional n 86º de 17 de março de 2015, artigo 2º que:

Art. 2º O disposto no inciso I do § 2º do art. 198 da Constituição Federal será cumprido progressivamente, garantidos, no mínimo:

I - 13,2% (treze inteiros e dois décimos por cento) da receita corrente líquida no primeiro exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional; II - 13,7% (treze inteiros e sete décimos por cento) da receita corrente líquida no segundo exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional; III - 14,1% (quatorze inteiros e um décimo por cento) da receita corrente líquida no terceiro exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional; IV - 14,5% (quatorze inteiros e cinco décimos por cento) da receita corrente líquida no quarto exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional; V - 15% (quinze por cento) da receita corrente líquida no quinto exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional.

3.3 Lei 8080 de 19 de Setembro de 1990

Posteriormente a constituição surge à lei 8.080 que dispõe a cerca das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Regulando em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde (Brasil, 1990)

Segundo Brasil (1990):

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade. Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

Corroborando com a Constituição, a lei vem reiterando a responsabilidade do Estado, reconhecendo a complexidade envolvida frente à promoção de saúde e não apenas a resolução de agravos iminentes.

Quanto ao financiamento, Brasil (1990) traz que “o orçamento da seguridade social destinará ao SUS de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades”.

3.4 Projeto de Emenda Constitucional (PEC) 241

Com a crise que assola a economia do país e um novo governo pós-impeachment que conta com uma grande base política, o governo federal buscando limitar seus gastos para as próximas duas décadas faz a proposição da PEC 241.

Conhecida como PEC do teto de gastos, a medida que no final de outubro de 2016 prossegue para aprovação no senado visando a longo prazo equilibrar as contas públicas e amenizar o atual desequilíbrio fiscal existente.

De acordo com o Projeto de Lei 241 (2016)

Art. 102. Será fixado, para cada exercício, limite individualizado para a despesa primária total do Poder Executivo, do Poder Judiciário, do Poder Legislativo, inclusive o Tribunal de Contas da União, do Ministério Público da União e da Defensoria Pública da União. § 1º Nos Poderes e órgãos referidos no caput, estão compreendidos os órgãos e as entidades da administração pública federal direta e indireta, os fundos e as fundações instituídos e mantidos pelo Poder Público e as empresas estatais dependentes.

Com os limites estabelecidos e possíveis punições definidas, a PEC vem sofrendo inúmeras críticas de diversos setores da sociedade civil, sendo estes responsáveis por diversas manifestações e ocupações em todo o país. A principal motivação são as possíveis perdas consideráveis de recursos financeiros durante as próximas duas décadas em setores que desempenham papel de relevância e necessidade para a consolidação de uma sociedade com qualidade de vida. Destaca-se entre os setores que vem demandando maior preocupação a saúde e educação.

No âmbito da saúde, com a consolidação da PEC 241 os recursos ficarão limitados carecendo ainda mais de uma gestão profissional que mantenha um bom gerenciamento e administração das verbas para o funcionamento adequado dos programas do Ministério da Saúde.

Segundo Conasems (2016) estima-se que nos próximos vinte anos a retração de recursos financeiros cheguem a um montante superior aos 600 bilhões, comprometendo ainda mais a situação funcional do SUS, haja vista que com o desinvestimento em todas as áreas pela PEC espera-se que mais cidadãos procurem a saúde pública.

Tabela 1. Previsão de Impacto da PEC 241

	Estado	Municípios	Estados e Municípios
ACRE	-1.467.577.222,94	-790.173.860,93	-2.257.751.083,87
ALAGOAS	-1.551.212.972,26	-6.519.021.034,20	-8.070.234.006,46
AMAZONAS	-3.668.751.149,07	-2.983.271.934,90	-6.652.023.083,97
AMAPA	-644.100.119,27	-993.139.764,29	-1.637.239.883,56
BAHIA	-9.314.897.057,04	-21.232.332.493,52	-30.547.229.550,57
CEARA	-2.514.030.281,07	-17.127.292.668,94	-19.641.322.950,01
DISTRITO FEDERAL	-4.486.542.306,50	0,00	-4.486.542.306,50
ESPIRITO SANTO	-3.735.130.140,99	-3.648.437.363,58	-7.383.567.504,58
GOIAS	-627.853.268,32	-12.708.438.982,81	-13.336.292.251,13
MARANHAO	-2.273.737.034,74	-10.666.618.395,69	-12.940.355.430,43
MINAS GERAIS	-8.054.149.161,84	-37.778.206.090,25	-45.832.355.252,09
MATO GROSSO DO SUL	-916.791.720,32	-5.508.079.437,15	-6.424.871.157,47
MATO GROSSO	-1.637.737.823,22	-5.272.947.771,38	-6.910.685.594,59
PARA	-1.450.413.905,65	-12.062.280.142,22	-13.512.694.047,87
PARAIBA	-863.285.589,36	-8.369.578.614,84	-9.232.864.204,21
PERNAMBUCO	-7.233.134.363,61	-15.266.634.944,34	-22.499.769.307,95
PIAUI	-1.239.678.818,54	-7.172.031.109,14	-8.411.709.927,68
PARANA	-7.826.107.732,41	-17.043.877.542,33	-24.869.985.274,73
RIO DE JANEIRO	-4.179.810.330,06	-28.037.070.078,31	-32.216.880.408,37
RIO GRANDE DO NORTE	-1.538.850.948,79	-6.172.773.163,28	-7.711.624.112,07
RONDONIA	-1.370.557.541,44	-2.273.518.963,33	-3.644.076.504,77
RORAIMA	-676.758.623,56	-636.416.552,33	-1.313.175.175,89
RIO GRANDE DO SUL	-6.261.494.022,25	-16.612.815.077,80	-22.874.309.100,05
SANTA CATARINA	-3.728.341.346,45	-11.417.954.949,46	-15.146.296.295,91
SERGIPE	-1.052.934.928,01	-4.155.268.565,75	-5.208.203.493,76
SAO PAULO	-31.876.550.953,91	-52.155.820.321,93	-84.032.371.275,84
TOCANTINS	-1.803.184.436,58	-2.266.253.301,13	-4.069.437.737,71
TOTAL	-111.993.613.798,18	-308.870.253.123,81	-420.863.866.921,99

Fonte: Conasems, 2016

3.5 Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

A ANS surge posteriormente à consolidação do SUS na constituição de 1988 através da lei 9961 de 28 de janeiro de 2000. Vinculada ao Ministério da Saúde a agência tem por finalidade defender o interesse público na assistência suplementar em saúde, regulando por meio de um conjunto de medidas e ações os mercados explorados pelas empresas (ANS, 2016).

Dentre as inúmeras funções estabelecidas para a ANS, destaca-se para a continuidade deste trabalho e o seu sentido o exposto no art.32 da lei 9.656 de 3 de junho de 1998:

Art. 32. Serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1º desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS § 1o O ressarcimento será efetuado pelas operadoras ao SUS com base em regra de valoração aprovada e divulgada pela ANS, mediante crédito ao Fundo Nacional de Saúde – FNS § 2o Para a efetivação do ressarcimento, a ANS disponibilizará às operadoras a discriminação dos procedimentos realizados para cada consumidor.

Torna-se assim o ressarcimento ao SUS uma obrigação aos planos de saúde quando um de seus beneficiários usufruírem do sistema. Os valores ressarcidos retomam como investimento na saúde pública, contribuindo parcialmente com o alívio do financiamento.

4. Análise Econômico-Financeira do SUS

4.1 Análise Financeira do SUS no Brasil

O financiamento tripartite do SUS como já mencionando conta com uma parcela federal na composição de suas receitas, onde esta esfera é responsável pela movimentação das maiores cifras.

Através da Lei 13.255 de 2016 foram previstos gastos na casa dos 118 bilhões de reais para a pasta da saúde no exercício anual, onde pela primeira vez nos últimos 5 anos houve uma redução na verba prevista quando se comparado ao ano anterior.

Segundo as Leis Orçamentarias anuais foram previstos os seguintes investimentos:

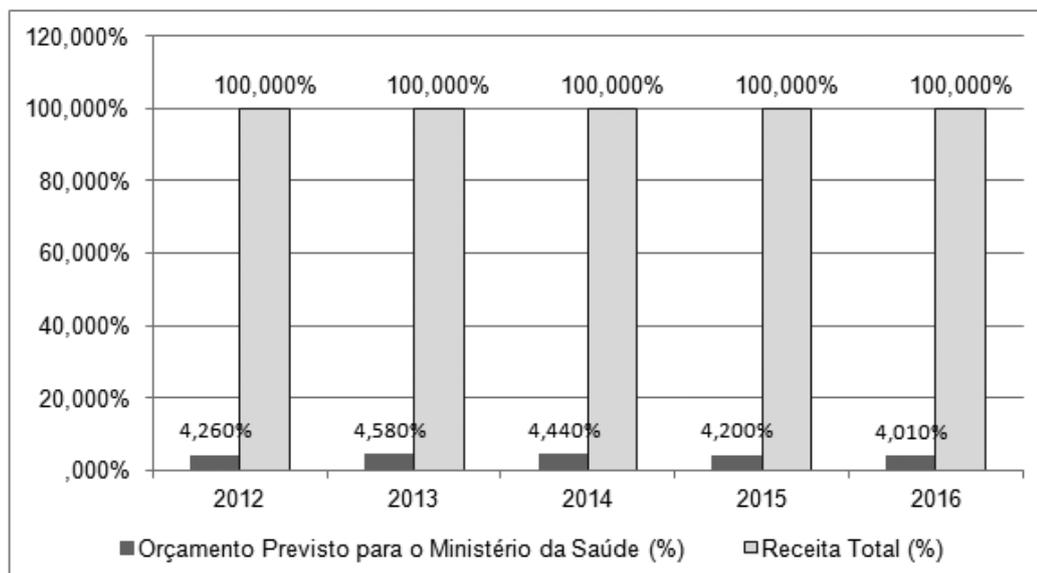
Tabela 2. Orçamento Previsto para o Ministério da Saúde (R\$) x Receita Total (R\$)

Ano	Ministério da Saúde (R\$)	Receita Total (R\$)	%
2016	118.472.839.832*	2.953.546.387.308	4,01*
2015	121.011.373.943	2.876.676.947.442	4,20
2014	106.019.264.465	2.383.177.997.310	4,44
2013	99.272.350.163	2.165.910.805.669	4,58
2012	91.754.806.614	2.150.458.867.507	4,26

* As verbas previstas foram reduzidas através de medidas assinadas pelo presidente interino Fonte: Elaborado pelo autor embasado nas LOA

Como se pode observar no Gráfico I, o Brasil nos últimos cinco anos comprometeu cerca de 4% da sua receita total com Saúde, gastando cerca de R\$ 294 milhões diariamente para o funcionamento da pasta.

Gráfico 1. Orçamento Previsto para o Ministério da Saúde (%) x Receita Total (%)



Fonte: Elaborado pelo autor embasado nas LOA

4.2 Os Investimentos em Saúde no Mundo e a Qualidade de Vida

Ao observar a tabela III percebe-se que os investimentos em saúde retornam em qualidade de vida para o cidadão. Países considerados como de primeiro mundo anualmente investem parcela significativa de suas receitas neste propósito resultando em discrepantes realidades quando se comparado com os indicadores de vida de países que não contam com uma disponibilização alta de recursos.

Para estabelecer uma comparação entre os países, utiliza-se IDH elaborado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) que tem como um de seus objetivos justamente medir a qualidade de vida oferecida a população.

Conforme a tabela III mostra, nota-se que quanto menos é investido em Saúde menor o IDH no país, resultando também em uma menor expectativa de vida para seus cidadãos.

Tabela 3. Gastos em Saúde em dólar americano (US\$) e resultados de qualidade de vida

País	Gasto em Saúde em US\$	Expectativa de vida	% do PIB em Saúde	IDH
Afganistão	167	60,5	8,2	0,465
Alemanha	5182	81	11,3	0,916
Angola	239	52,5	3,3	0,532
Argentina	1137	76,5	4,8	0,836
Brasil	1318	75	8,3	0,755
Camarões	122	57,5	4,1	0,512
Cuba	2475	79	11,1	0,769
Dinamarca	4,782	80,5	10,8	0,923
Egito	594	71	5,6	0,69
Etiópia	73	65	4,9	0,442
EUA	9403	79,5	17,1	0,915
Gana	145	62,6	3,6	0,579
Guiné	68	59	5,6	0,411
Haiti	131	64	7,6	0,483

Italia	3239	82,5	9,2	0,873
Luxemburgo	6812	82	6,9	0,892
Noruega	6347	82	9,7	0,944
Suécia	5219	82,5	11,9	0,907
Suíça	6468	83	11,7	0,93

Fonte: Elaborado pelo autor embasado na OMS (2014) e PNUD (2015).

Ao se verificar a existência de relação entre as variáveis “gastos em saúde” e IDH através de um instrumento estatístico conhecido como coeficiente de correlação de Pearson obtém-se $R = 0,75$. O resultado indica uma forte correlação entre as variáveis, ou seja, quanto maior o investimento em saúde maior probabilidade de ter um IDH mais elevado no país e consequentemente melhores condições de se viver.

4.3 Análise Financeira do SUS no Município de Rio das Ostras

De acordo com o IBGE (2010) o município de Rio das Ostras - RJ foi uma das cidades que mais cresceram em população no Brasil. Com crescimento em cerca de 11,4% ao ano, sua população triplicou na última década, fruto da forte alta na indústria petrolífera instalada na cidade vizinha, Macaé.

Entretanto, mesmo com as dificuldades encontradas com o aumento repentino de usuários do SUS é observado através de indicadores de Saúde do Estado que em determinadas áreas os esforços do sistema vem rendendo bons resultados.

A queda na mortalidade infantil é um dos grandes feitos que se possa comemorar no país (IBGE, 2013). Sendo uma das metas pactuadas através do encontro entre líderes de 189 países em 2002, durante a confecção das metas do milênio que buscava promover a melhoria de padrão de vida da população mundial teve atenção redobrada no Brasil, resultando em números satisfatórios no decorrer dos anos. Como se pode observar na Tabela IV, Rio das Ostras trilhou esse mesmo caminho:

Tabela 4. Taxa de Mortalidade Infantil ao ano em Rio das Ostras

Ano	Taxa
2001	11,31
2002	13,85
2003	16,71
2004	10,82
2005	9,61
2006	11,28
2007	12,15
2008	11,16
2009	15,81
2010	6,81
2011	7,87

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro

Nota: Os dados de 2011 são preliminares, com situação em 14/02/13, sujeitos a retificação e recebimento de informações de óbitos de residentes no RJ ocorridos em outros estados e de nascimentos ocorridos em outros estados, de mães residentes no RJ

Muito desse sucesso se deve ao Programa Nacional de Imunização que consolidou medidas preventivas aos indivíduos de todas as idades. O atendimento universal visto no corpo textual da constituição é visualizado diariamente, onde todos os cidadãos brasileiros sejam eles portadores de planos de saúde ou não, usufruem do programa de vacinação.

Entretanto, os resultados positivos não acompanham todas as áreas do Município, programas como o de Estratégia e Saúde da Família (ESF) que oferecem o atendimento primário ao usuário tem cobertura mínima, não diferenciando tanto do programa de Saúde Bucal como se pode notar na tabela V:

Tabela 5. Cobertura de Serviços de Saúde em Rio das Ostras

Serviço	Cobertura (%)
Atenção Básica (ESF)	16,22
Saúde Bucal	18,22
V. Tríplice Viral	79,89
V. Tetravalente	87,86
V. Influenza	87,86

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro

Nota: V = vacinação

Atualmente, não contando com suas antigas principais fontes de receita, estas derivadas de royalties, que se encontra em baixa e tendo que lidar com os inúmeros serviços a serem prestados a população, a cidade vem encontrando dificuldades para o planejamento do próximo ano, tendo como o principal problema o futuro da Saúde Municipal. Segundo o Projeto de Lei orçamentaria anual exercício 2017 estima-se receita no montante de meio bilhão de reais.

Tabela 6. Orçamento para a Saúde (R\$) x Receita Total (R\$)

Natureza da despesa	Valor Total Previsto (R\$)	Receita Total (RS)	%
Saúde	112.457.090	562.108.900	20,00

Fonte: Elaborado pelo autor embasado no projeto de lei orçamentaria anual 2017

Dispondo com a previsão de R\$ 112.457.090 (cento e doze milhões, quatrocentos e cinquenta e sete mil e noventa reais) o Município empregará cerca de 20 % de sua receita total exclusivamente para a pasta da saúde, buscando garantir aos cidadãos os direitos conquistados na Constituição Federal e cumprir o seu dever.

Ao avaliar esse orçamento observa-se no Gráfico II que cerca de 14% dos gastos, que equivalem a R\$ 15.8826.330 (quinze milhões, oitocentos e vinte e seis mil e trezentos e trinta reais) são oriundos do repasse de verbas Estadual e Federal.

Tabela 7. Resumo das Receitas por Fonte

Origem	Valor (R\$)
Ordinário	74.940
Royalties – Lei 7990/89	35.000
Royalties – Lei 9478/97	265.300
SUS/Estado	595.660
SUS/Invest	1.719.200
SUS/ATB (Atenção Básica)	3.821.350
SUS/MAC (Média e alta complexidade)	7.563.610
SUS/VGS (Vigilância em Saúde)	1.112.710
SUS/AFB (Atenção Farmacêutica básica)	616.060
SUS/GS (Gestão do SUS)	22.500
Total Por fontes de Recursos	15.826.330

Fonte: Elaborado pelo autor embasado no projeto de lei orçamentaria anual 2017

Continuando a análise, ao retirar as receitas das outras esferas, nota-se que o município através das suas fontes próprias se responsabiliza em arcar com R\$ 96.630.760 (noventa e seis milhões, seiscentos e trinta mil e setecentos e sessenta reais) contribuindo assim com cerca de 84% da verba prevista para a pasta.



Figura 3. Origem das Receitas de Financiamento

Fonte: Elaborado pelo autor embasado no projeto de lei orçamentaria anual 2017

Observando através de uma perspectiva mais individual é como se fossem investidos para manter diariamente a saúde de cada um dos 136.626 hipotéticos cidadãos riostrenses cerca de R\$ 2,29, o que corresponderia mensalmente a R\$ 68,59, valor este ínfimo quando comparado ao que seria pago para ter em um plano de saúde privado que ofereça toda a gama de serviços que o SUS oferece.

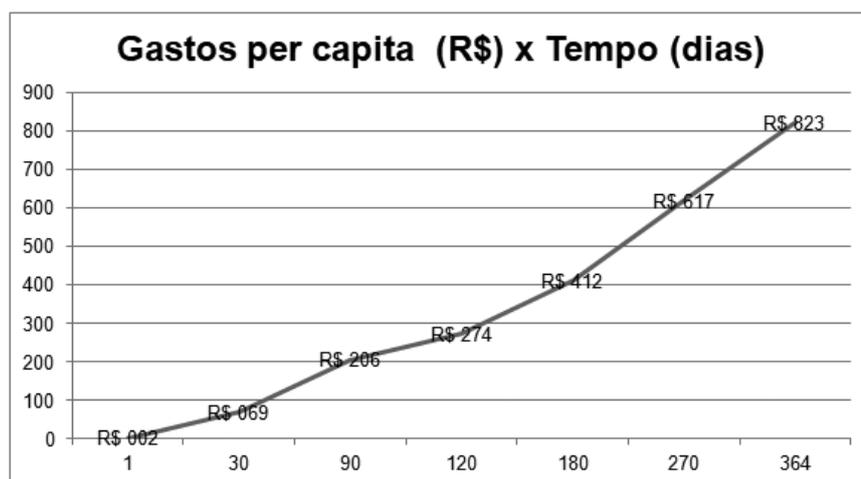


Figura 4. Gastos per capita

Fonte: Elaborado pelo autor embasado no projeto de lei orçamentaria anual 2017

5. Considerações finais

O SUS em sua construção teórica é um sistema referência em nível mundial. A promessa de um serviço universal, integral, equânime e que conta com a participação popular para adequações que possibilite um melhor atendimento é sensacional, infelizmente ainda carece de muitas mudanças para funcionar com excelência no dia-a-dia.

O primeiro problema observado é fruto da dimensão continental do Brasil e sua grande população, que em sua composição contempla uma miscigenação étnica com demandas características e que necessitam constantemente de políticas específicas.

O problema seguinte e provavelmente um dos maiores, ou talvez o maior que se observa, é a complexidade no seu financiamento e a onerosidade que o sistema envolve. Toma-se, por exemplo, o município de Rio das Ostras que mesmo contando com cerca de R\$ 300.000,00 (trezentos mil reais) para cada dia de 2016 passou por constantes dificuldades sendo elas materiais, estrutura, pessoal e de equipamento, comprometendo assim o resultado final da prestação de assistência.

Outro ponto destacável é fruto de um problema reconhecidamente nacional, por muitos considerado cultural, que é a falta de transparência no gerenciamento dos recursos.

Por fim, observa-se que o SUS é essencial em determinadas áreas e micro populações além de fornecer certa segurança a toda população, entretanto, para a sua consolidação e reconhecimento como sistema de ponta ainda carece de maiores investimentos, com ênfase em medidas preventivas além de necessitar de uma administração técnico-científica com lisura e comprometimento.

Referências

- Bertoncelo, E. E. (2009). Eu quero votar para presidente: uma análise sobre a Campanha das Diretas. *Lua Nova* (76): 169-196. Acedido a 24 de julho de 2017. Retrieved from [http:// dx.doi.org/10.1590/S0102-64452009000100006](http://dx.doi.org/10.1590/S0102-64452009000100006).
- Brasil. 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Atlas. Brasília: Senado.
- Brasil. (2016). Agência Nacional de Saúde Suplementar. Acedido a 18 de outubro de 2016. Retrieved from. <http://www.ans.gov.br/aans>.
- Brasil. (1990). Lei 8080/90: Brasília. Acedido a 21 de setembro de 2016. Retrieved from https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.html
- Brasil. (1990). Lei n.º 8142: Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília.
- Brasil. (2012). Lei n.º 12.595: Estima a receita e fixa a despesa da União para o exercício financeiro de 2012. Diário Oficial da União, Brasília.
- Brasil. (2013). Lei n.º 12.798: Estima a receita e fixa a despesa da União para o exercício financeiro de 2013. Diário Oficial da União, Brasília.
- Brasil. (2014). Lei n.º 12.952: Estima a receita e fixa a despesa da União para o exercício financeiro de 2014. Diário Oficial da União, Brasília.
- Brasil. (2015). Lei n.º 13.115: Estima a receita e fixa a despesa da União para o exercício financeiro de 2015. Diário Oficial da União, Brasília.
- Brasil. (2016). Lei n.º 13.255: Estima a receita e fixa a despesa da União para o exercício financeiro de 2016. Diário Oficial da União, Brasília.
- CONASEMS (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde.) (2016). Nota sobre a proposta de emenda constitucional 241/2016. Acedido a 21 de setembro de 2016. Retrieved from. http://www.conasems.org.br/images/NOTA_SOBRE_PEC_241_08ago16.pdf
- EPM (Escola Paulista de Magistratura). (2016). O sistema único de saúde. Acedido a 18 de outubro de 2016. Retrieved from. <http://www.epm.tjsp.jus.br/Sociedade/Saude.aspx>
- FUNASA (Fundação Nacional De Saúde). (2011). Museu da Funasa. Acedido a 18 de outubro de 2016. www.funasa.gov.br/site/museu-da-funasa.
- IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). (2013). Taxa de mortalidade infantil por mil nascidos vivos – Brasil – 2000 a 2015. Acedido a 24 de julho de 2017. Retrieved from. <http://Brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-de-mortalidade-infantil.html>
- Paim, J. S. (2013). A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Cad. Saúde Pública* 29(10), 1927-1936. Acedido a 24 de julho de 2017. Retrieved from. <http://dx.doi.org/10.1080/15567030701512733>.
- OMS (Organização mundial da saúde). (2016) Países. Acedido a 18 de outubro de 2016. Retrieved from. <http://www.who.int/countries/es/>
- PNUD. (2015). Relatório de desenvolvimento humano. Etiópia. Communications Development Incorporated. Acedido a 29 de junho de 2016. Retrieved from. <http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/library/relatorios-de-desenvolvimento-humano/relatorio-do-desenvolvimento-humano-200014/>

RIO DAS OSTRAS. (2017). Projeto de Lei Orçamentaria Anual Exercício 2017. Rio das Ostras.

Rocha, F. L. X. (1998). Direitos fundamentais na constituição de 1988. *Themis* (2), 109-123. Acedido a 24 de julho de 2017. Retrieved from. https://bdjur.stj.jus.br/jspui/bitstream/2011/25258/direitos_fundamentais_constituicao_88.pdf

Secretaria de Estado de Saúde. (2016). Planejamento Regional – Baixada Litorânea Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. Acedido a 28 de maio de 2016. Retrieved from <http://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=NjM0Nw%2C%2C>

SINUS (Simulação das Nações Unidas para secundaristas). (2014). Conferência Internacional de Saúde. Acedido a 28 de maio de 2016. Retrieved from <http://sinus.org.br/2014/wp-content/uploads/2013/11/OMS-Guia-Online.pdf>

Sobre os Autores

Yuri Gurgel Borba é bacharel em Engenharia de Produção na Universidade Veiga de Almeida e graduando em Enfermagem na Universidade Federal Fluminense.

Luis Carlos de Barros Loureiro (MSc) é mestre em Economia Empresarial na Universidade Cândido Mendes (2003) e Graduação em Bacharel em Administração na Faculdades Integradas Simonsen (2000), Bacharel em Direito no Centro Universitário Moacyr Sreder Bastos (1989), Licenciatura Plena em Comércio na Faculdade Béthencourt da Silva (1984) e Bacharel em Ciências Contábeis no Centro Universitário Moacyr Sreder Bastos (1982).