

**FUNDAÇÃO EDUCACIONAL MACHADO DE ASSIS
FACULDADES INTEGRADAS MACHADO DE ASSIS
CURSO DE DIREITO**

CINTIA SANTOS DE SANTANA

**CONGELAMENTO NA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA DA SAÚDE: UMA ANÁLISE
DA EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 95
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

Santa Rosa
2019

CINTIA SANTOS DE SANTANA

**CONGELAMENTO NA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA DA SAÚDE: UMA ANÁLISE
DA EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 95**

Monografia apresentada às Faculdades Integradas Machado de Assis, como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Direito.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Letícia Lassen Petersen

Santa Rosa
2019

CINTIA SANTOS DE SANTANA

**CONGELAMENTO NA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA DA SAÚDE: UMA ANÁLISE
DA EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 95
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

Monografia apresentada às Faculdades Integradas Machado de Assis, como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Direito.

Banca Examinadora



Prof.^a Dr.^a Letícia Lassen Petersen – Orientadora



Prof.^a Ms. Rosmeri Radke



Prof.^a Dr.^a Sinara Camera

Santa Rosa, 06 de julho de 2019.

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho à minha família em especial aos meus pais, que embora longe sempre me apoiaram e foram fonte de inspiração nos momentos em que pensei em desistir. A minha querida filha Maria Luísa de Santana Müller, que embora tenha sofrido com a minha ausência, foi forte e conseguiu suportar, cresceu e amadureceu com essa experiência e estava sempre disposta a ir junto com a mamãe na aula. Ao meu esposo Luciano Müller que sempre acreditou em mim, nas horas mais difíceis foi meu companheiro, meu ombro amigo e não mediu esforços para me ajudar na concretização deste sonho.

AGRADECIMENTOS

Esta fase da minha vida é muito especial e não posso deixar de agradecer a Deus por toda força, ânimo e coragem que me ofereceu para ter alcançado minha meta. A ele expressei meu sentimento de gratidão. À Instituição sou grata por ter me recebido de braços abertos e com todas as condições que me proporcionaram dias de muita aprendizagem. Agradeço aos professores por todos os ensinamentos por toda dedicação e aulas ministradas, em especial a minha orientadora Prof.^a Dr.^a Leticia Lassen Petersen por todo apoio e paciência ao longo da elaboração do meu projeto final. É claro que não posso esquecer da minha família e amigos, porque foram eles que me incentivaram e inspiraram através de gestos e palavras a superar todas as dificuldades. A todas as pessoas que de alguma forma me ajudaram a acreditar em mim eu quero deixar um agradecimento eterno, porque sem elas nada disso teria sido possível.

Todas as vitórias ocultam uma abdicação.
Simone Beauvoir

RESUMO

A presente pesquisa aborda o congelamento na dotação orçamentária da saúde, introduzido através da implantação do Novo Regime Fiscal (NRF) previsto na Emenda Constitucional 95/2016 (EC nº 95/2016) inserida no ordenamento jurídico através do processo de emenda à constituição (PEC), tal tramitação se deu na Câmara dos Deputados sob nº 241, e Senado Federal com nº 55. A delimitação temática da pesquisa pretende enfrentar as alterações promovidas pela EC nº 95 que alterou a Constituição Federal e estabeleceu limites de investimentos na área da saúde. Partindo da premissa de que o Estado em seu papel provedor e ao mesmo tempo interventor na ordem social pressupõe-se que a mitigação das verbas nas previsões orçamentárias implantadas pelo governo desconsidera o contrato social firmado entre o Estado e o cidadão. A clara redução do Estado desconstrói o conjunto de direitos de seguridade que visam à proteção e o bem-estar social. A questão da redução dos gastos, que constitui no próprio problema de pesquisa, é seu impacto na proteção da vida do cidadão. Nesse contexto se busca responder, diante do que prevê a Constituição Federal de 1988 (CF/88), quais são os impactos que o novo modelo orçamentário provocará na saúde coletiva? Objetiva-se através da pesquisa, analisar a implantação do NRF instituído pela EC 95/2016 a fim de compreender a destinação de recursos e o respectivo impacto que o novo regime trará na área da promoção da saúde coletiva. Ademais objetiva-se, em específico, analisar os estudos do IPEA a fim de verificar a projeção dos impactos da medida de ajustes adotada por meio da EC nº 95/2016; ofertar ao leitor material sistematizado acerca da estruturação do Sistema Único de Saúde no Brasil; compreender e sistematizar as regras que orientam a gestão para promoção da saúde. Justifica-se a pesquisa por abordar temática relevante e de interesse da sociedade de modo geral, no qual a academia jurídica não pode ficar inerte haja vista que a medida adotada repercute na redução de direitos e exercícios de suas possibilidades. Quanto à metodologia adotada, tem natureza teórica, se dará por meio de pesquisa bibliográfica utilizando a legislação vigente, doutrinas, análise nos jornais e revistas de repercussão nacional que abordam a saúde de maneira geral. A investigação de dados emprega o modo direto e indireto, e para a sua interpretação se emprega o método hipotético dedutivo. A monografia se organiza em dois capítulos, sendo que primeiro capítulo se dedica a apresentação da construção do direito à saúde a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF/88). O segundo aborda o trâmite e implantação do EC nº 95 e se dedica a mapear a projeção dos impactos econômicos nos direitos sociais, notadamente em relação ao direito à saúde. O Novo Regime Fiscal impôs à sociedade um modelo de Estado que ignora direitos alcançados através das reivindicações e evolução da sociedade. Fica evidente, diante desse quadro que a medida adotada pelo Estado pode ocasionar impactos irreversíveis para a sociedade, principalmente em se tratando do financiamento em saúde, visto que as verbas ficaram estagnadas por 20 anos.

Palavras-chave: Direito à saúde – políticas públicas – congelamento de gastos.

ABSTRACT

The present research deals with the freezing of the budget of health, introduced through the implementation of the New Fiscal Regime (NRF) provided for in Constitutional Amendment 95/2016 (EC nº 95/2016) inserted in the legal system through the amendment process to the constitution), this process took place in the Chamber of Deputies under No. 241, and the Federal Senate with No. 55. The thematic delimitation of the research intends to face the changes promoted by EC No. 95 that changed the Federal Constitution and established limits of investments in the health area. Starting from the premise that the State in its role of provider and at the same time intervening in the social order presupposes that the mitigation of funds in the budget forecasts implemented by the government disregards the social contract signed between the State and the citizen. The clear reduction of the State disrupts the set of rights of security that aim at the protection and the social well-being. The issue of cost reduction, which is the very problem of research, is its impact on protecting the life of the citizen. In this context, the Brazilian Federal Constitution of 1988 (CF / 88) seeks to respond, what are the impacts that the new budget model will have on collective health? The objective of this research is to analyze the implementation of the NRF established by EC 95/2016 in order to understand the allocation of resources and the respective impact that the new regime will bring in the area of collective health promotion. In addition, it is specifically aimed to analyze the IPEA studies in order to verify the projection of the impacts of the adjustment measure adopted through EC nº 95/2016; offer the reader systematic material on the structuring of the Brazilian Unified Health System; understand and systematize the rules that guide management for health promotion. The research is justified because it addresses relevant themes and interests of society in general, in which the legal academy can not be inert since the measure adopted has repercussions on the reduction of rights and exercises of its possibilities. As for the methodology adopted, it has a theoretical nature, it will be done through bibliographical research using current legislation, doctrines, analysis in newspapers and magazines of national repercussion that address health in general. Data research employs the direct and indirect mode, and for its interpretation the hypothetical deductive method is used. The monograph is organized into two chapters, the first chapter of which is dedicated to the construction of the right to health, following the promulgation of the Federal Constitution of 1988 (CF / 88). The second deals with the process and implementation of EC nº 95 and is dedicated to mapping the projection of economic impacts on social rights, especially in relation to the right to health. The New Fiscal Regime imposed on society a model of state that ignores rights achieved through the demands and evolution of society. It is evident from this picture that the measure adopted by the State can cause irreversible impacts to society, especially in the case of health financing, since the funds have been stagnant for 20 years.

Keywords: Right to health - public policies - freezing expenses

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1 – Despesa pública na vigência do NRF.....	47
Ilustração 2 – Simulação de impactos no SUS.....	52

LISTAS DE ABREVIações, SIGLAS E SÍMBOLOS.

ADCT – Atos das Disposições Transitórias

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

ASPS – Ações e Serviços Públicos de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CF/88 – Constituição Federal de 1988

DIEESE – Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos

DRU – Desvinculação de Receitas da União

EC nº 95 – Emenda Constitucional 95/2016

IPCA – Índice de Preços ao Consumidor Amplo

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

MS – Ministério da Saúde

NT – Nota Técnica

NRF – Novo Regime Fiscal

OMS – Organização Mundial da Saúde

PEC – Projeto de Emenda à Constituição

PIB – Produto Interno Bruto

RCL – Receita Corrente Líquida

STF – Supremo Tribunal Federal

SUS – Sistema Único de Saúde

SPC – Serviço de Proteção ao Crédito

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1 DIREITO À SAÚDE ENQUANTO EXPRESSÃO DA PROTEÇÃO DA VIDA DO CIDADÃO NO BRASIL.....	14
1.1 A SAÚDE ENQUANTO UM DIREITO SOCIAL FUNDAMENTAL FRUTO DO PRINCÍPIO DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA.....	14
1.2 O DIREITO À SAÚDE, SOB O PRISMA DA EFETIVAÇÃO DO PRECONIZADO PELA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988	24
1.3 AS POLÍTICAS PÚBLICAS E A IMPLEMENTAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)	29
2 EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 95/16.....	39
2.1 CONGELAMENTO DE INVESTIMENTO NA POLÍTICA DE SAÚDE	39
2.2 OS IMPACTOS DO NOVO REGIME FISCAL NA ÁREA DA SAÚDE: UMA ANÁLISE JURÍDICA DA NOTA TÉCNICA Nº 28 DE 2019 DO IPEA.....	49
CONCLUSÃO	59
REFERÊNCIAS.....	63

INTRODUÇÃO

A presente pesquisa monográfica tem o desígnio de abordar a implantação do Novo Regime Fiscal (NRF) que prevê o congelamento na dotação orçamentária da saúde, o novo regime foi introduzido pelo Processo de Emenda à Constituição nº 241 nº 55 que tramitou na Câmara dos Deputados e no Senado Federal respectivamente, a aprovação dos projetos resultou na Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016 (EC nº 95/2016). Dentro desse cenário, a delimitação temática adotada volta-se para as alterações promovidas pela implantação da EC Nº 95 que instituiu o NRF e consubstancialmente alterou a Constituição Federal, estabelecendo congelamento de investimentos na área da saúde.

A pesquisa terá seu marco temporal inicial no Estudo da Proposta de Emenda a Constituição nº 241 na Câmara e nº 55 no Senado, na repercussão dos ajustes de transferência fiscal em prol da política nacional da saúde modulando suas consequências. O estudo dessa conturbada fase que pretende a redução do Estado em toda esfera da seguridade, iniciou com a mitigação de verbas a elas associadas de um modo sutil. A implantação da EC nº 95 demonstra exatamente os contornos da redução de acesso que estão sendo experimentados pela população. O problema da redução de gastos na política pública de saúde (ou congelamento de repasses) por longos 20 anos, revelam o drama que a população será submetida, de restrições de direitos, em razão dos ajustes do governo. Portanto buscou-se coletar dados e reunir informações, com o propósito de se verificar diante do que prevê a CF/88, quais os impactos que o novo modelo orçamentário provocará da saúde coletiva?

Objetiva-se analisar a implantação do novo regime fiscal instituído pela EC 95/2016 a fim de compreender a destinação de recursos públicos estabelecidos pela Constituição Federal de 1988 na área da promoção da saúde coletiva e o respectivo impacto que o novo regime trará para o setor da saúde. De modo específico, a presente pesquisa visa apurar a projeção dos impactos dos projetos da EC Nº 95 na implementação da política nacional de saúde pública, apoiado em estudos já realizados pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), ademais, oferece ao leitor material sistematizado acerca da estruturação do Sistema Único de Saúde

no Brasil, oportunizando o conhecimento, compreensão da sistematização das regras que orientam a gestão e o repasse de recursos para promoção da saúde.

A pesquisa retrata que a política nacional de saúde pública é uma das formas mais importantes de preservação da vida promovida pelo Estado. Todas as decisões políticas e orçamentárias que atingem a área da saúde se revestem de particular importância para a sociedade em virtude da dependência de sua oferta pela maioria dos cidadãos brasileiros, que não possuem condições de contratar serviços médicos e hospitais particulares ou planos de saúde.

A análise do tema será útil para a comunidade de modo geral, em razão de dá publicidade ao fato de que a mitigação nos investimentos no setor saúde atinge diretamente aquela população impactada pelo setor econômico, excluída do processo produtivo, com baixa ou nenhuma renda. As ciências sociais, para além da discussão dos institutos jurídicos, têm o compromisso de enfrentamento e publicização de ações públicas não comprometidas com os Direitos Humanos e todas as formas de direitos com ele compatíveis. O assunto aqui abordado se reveste de particular relevância uma vez que a medida adotada pelo governo terá reflexos não somente nessa geração, mais também nas gerações futuras.

A hipótese testada é justamente se a EC nº 95, que estabelece o congelamento dos gastos públicos no setor de saúde, é capaz de atingir os acessos da população e a própria política de saúde coletiva.

A determinação constitucional de preservação da vida e de promoção da saúde universal, comprometida com a coletividade, não foi suficiente para evitar medidas políticas que pudesse torná-la inoperável na prática. Congelar recursos na saúde coletiva, em um período econômico de retorno da inflação, trará como consequência a carência de recursos, pois implica em uma redução de verbas disfarçada, sob o argumento de “congelamento”, capaz de inviabilizar a política a médio prazo.

Quanto à metodologia adotada nesta pesquisa tem natureza teórica, se dará por meio de pesquisa bibliográfica utilizando legislação vigente, doutrinas, análise nos jornais e revistas de repercussão nacional que abordam a saúde de maneira geral, além da pesquisa realizada pelo IPEA acerca dos impactos do congelamento. A investigação de dados emprega o modo direto e indireto, e a interpretação dos dados se emprega o método hipotético dedutivo.

A abordagem se organiza em dois capítulos. O primeiro capítulo se dedica a apresentação da construção do direito à saúde a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF/88) que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), perpassando pela base principiológica que coloca a saúde enquanto um direito social fundamental. Já o segundo capítulo aborda o trâmite e implantação do EC nº 95 e se dedica a mapear os seus impactos nos direitos sociais, notadamente em relação ao direito à saúde.

1 DIREITO À SAÚDE ENQUANTO EXPRESSÃO DA PROTEÇÃO DA VIDA DO CIDADÃO NO BRASIL

O pressuposto do estado Democrático de Direito é o exercício da cidadania. Nesse contexto pensar em formas de proteção da vida enquanto política de Estado reflete o compromisso público de viabilizar que o povo tenha a garantia de ver supridas suas necessidades básicas, mesmo em situações de adversidades.

A saúde faz parte de um conjunto de ações públicas de Estado denominadas “seguridade social”, ao lado da assistência e da previdência, na maioria dos Estados Democráticos. Esse sistema de seguridade é a contrapartida estatal mais importante para garantia de vida digna à população, o que permitiria assim, os exercícios dos outros direitos relacionados à cidadania.

Desse modo, o presente capítulo se dedicará a apresentação da construção do direito à saúde a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF/88) que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), perpassando pela base principiológica que coloca a saúde enquanto um direito social fundamental. Apenas com a compreensão da saúde enquanto um direito fundamental é possível realizar a análise crítica da Emenda Constitucional n. 95 (EC Nº 95), objeto da segunda parte desta pesquisa.

1.1 A SAÚDE ENQUANTO UM DIREITO SOCIAL FUNDAMENTAL FRUTO DO PRINCÍPIO DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA

Todo o direito social guarda em si a ânsia pela promoção de condições de equidade. A saúde está diretamente relacionada à existência digna de todo povo, que deve ser cuidado pelo Estado ao longo de seu território. A vida é pressuposto para o exercício da cidadania, do trabalho, etc., e merece especial proteção do Estado, reforçando o compromisso de uso da soberania nacional enquanto um mecanismo de freios e contrapesos aos sistemas econômicos, excludentes e toda forma de exploração que possa impactar a vida do povo.

O direito à saúde está previsto no rol dos direitos e garantias fundamentais, expressos no art. 5º da CF/88 e aparece enquanto norma programática¹ nos artigos

¹ As normas constitucionais de natureza programáticas vinculam comportamentos públicos, na medida em que “as Constituições condensam, nestas normas programáticas, princípios definidores

196 ao 200 da referida Constituição. Tem sua programação pública de gestão e cobertura regulamentada na Lei 8.080/1990, com o objetivo de promoção da preservação da vida dos brasileiros em todo território nacional.

Para melhor abordar o direito à saúde, se faz necessário atribuir sentido à expressão, limitando o seu significado que será atribuído na presente pesquisa. “A palavra saúde se origina do latim *salute*, que significa salvação, conservação da vida, cura e bem estar.” (GREGORI, 2011, p. 25).

Segundo definição da Organização Mundial da Saúde, o termo saúde significa “[...] um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou enfermidade.” (OMS, 1946). Merece destaque ainda o sentido de paz social atrelado pela OMS ao conceito de saúde, logo no preâmbulo da sua Constituição².

O conceito apresentado pela OMS amplia o entendimento do que é saúde, ou seja, define a saúde como sendo estar em pleno gozo da vida, sem restrições físicas psíquicas e emocionais. Neste contexto, Costa, Sturza e Richter afirmam que a saúde é algo essencial, é um bem necessário para a manutenção da própria vida,

dos fins do Estado, de conteúdo eminentemente social [...]” (CANOTILHO, 2003, p. 474). É de se pontuar que essas normas são programadas por legislações complementares, como, por exemplo, no caso do Direito à Saúde que teve sua regulamentação por meio da Lei n. 8.080/1990, que se dedicou ao modo de operacionalização e efetivação do Sistema Único de Saúde no Estado brasileiro.

² Os Estados Membros desta Constituição declaram, em conformidade com a Carta das Nações Unidas, que os seguintes princípios são basilares para a felicidade dos povos, para as suas relações harmoniosas e para a sua segurança;

A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade.

Gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social.

A saúde de todos os povos é essencial para conseguir a paz e a segurança e depende da mais estreita cooperação dos indivíduos e dos Estados.

Os resultados conseguidos por cada Estado na promoção e proteção da saúde são de valor para todos.

O desigual desenvolvimento em diferentes países no que respeita à promoção de saúde e combate às doenças, especialmente contagiosas, constitui um perigo comum.

O desenvolvimento saudável da criança é de importância basilar; a aptidão para viver harmoniosamente num meio variável é essencial a tal desenvolvimento.

A extensão a todos os povos dos benefícios dos conhecimentos médicos, psicológicos e afins é essencial para atingir o mais elevado grau de saúde.

Uma opinião pública esclarecida e uma cooperação ativa da parte do público são de uma importância capital para o melhoramento da saúde dos povos.

Os Governos têm responsabilidade pela saúde dos seus povos, a qual só pode ser assumida pelo estabelecimento de medidas sanitárias e sociais adequadas.

Aceitando estes princípios com o fim de cooperar entre si e com os outros para promover e proteger a saúde de todos os povos, as partes contratantes concordam com a presente Constituição e estabelecem a Organização Mundial da Saúde como um organismo especializado, nos termos do artigo 57 da Carta das Nações Unidas.

que precede a qualquer direito relacionado ao exercício dos direitos de cidadania (COSTA; STURZA; RICHTER, 2011).

Sob uma visão mais crítica Filho³ no sentido de ponderar a amplitude do conceito trazido pela OMS, aponta que a saúde é algo que não se pode explicar por uma definição concreta. O autor ressalta que a busca por uma definição perfeita, desmotiva a discursão em relação ao tema, além de advertir que a discursão em torno do conceito de saúde, trata-se de algo que se conserva no tempo, onde se busca entender se a saúde é de fato um conceito ou é algo tão amplo que transcende ao olhar da ciência (FILHO, 2018).

O Estado brasileiro, no texto do art. 196 da CF/88, apresenta a dimensão de saúde que pretende preservar aos cidadãos brasileiros, qual seja: a “saúde é direito de todos e dever do Estado” partindo para o compromisso de garantia “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.” (BRASIL, 1988). Assim, a organização da oferta de ações, serviços e dos insumos pelos governos é a pauta prioritária, pois constitui objeto de regulação tanto na esfera de acesso privado, quanto na seara pública, sendo possível afirmar que se constitui em um bem público em toda sua extensão (PETERSEN, 2014).

Como bem esclarece Paim:

A saúde é uma questão que tem ocupado o centro das atenções de muitas pessoas, governos, empresas e comunidades. Além de corresponder a um estado da vida, isto é, a um modo levar a vida, a saúde compõe um setor da economia no qual se produzem bens e serviços. (PAIM, 2015, p. 11).

Percebe-se que a saúde necessita desse controle diferenciado por parte dos Estados, pelo fato do sistema capitalista de produção não se ocupar com a mesma dedicação que destina aos lucros e barateamento da produção, em relação ao modo de produção e segurança dos bens postos no mercado de consumo. Tais bens, a exemplo de alimentos, medicamentos, herbicidas, inseticidas, cosméticos, dentre outros, impactam diretamente a saúde daqueles que os consomem. Desse modo, a ação dos governos não pode ser limitada ao fornecimento de ações e insumos com

³ Naomar de Almeida Filho. Mestre em saúde comunitária. PHD em Epidemiologia e professor titular do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Entrevista concedida ao programa Ciência & Letras no Canal Saúde em 12 de jun. de 2018.

foco na cura, mas compreende especialmente a prevenção na esfera privada (PETERSEN, 2014).

A esfera pública acaba por dedicar o sistema da regulação econômica – por meio de agências reguladoras especializadas, a exemplo da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) – para acompanhar o setor privado, incluindo na pauta da regulação a análise da segurança, eficácia e preço dos produtos e serviços postos no mercado. Ao lado do sistema de regulação econômica (privada), a esfera pública programa por meio da Política Pública de Saúde (SUS) a oferta de insumos e serviços, com cobertura universal, capaz de alcançar a promoção e proteção da saúde a toda a população (PETERSEN, 2014).

Claro que para além do acesso, a saúde se relaciona a esfera subjetiva dos sujeitos. Segundo Nunes e Menezes o bem-estar social e qualidade de vida, são conceitos que estão ligados entre si, não podendo falar de um sem que o outro não esteja presente. Neste contexto, fica claro que para que se tenha uma qualidade de vida, o indivíduo deve ter alcançado seu bem-estar social. A diferença de um para o outro como ressalta os autores, é que o bem-estar corresponde à satisfação que o indivíduo tem com a vida que ele leva já a qualidade de vida está correlacionada com seu desempenho econômico, profissional e social (NUNES; MENEZES, 2014).

Paim explica que a saúde pode ser dividida em seções, que irá influenciar na vida social da pessoa:

Em síntese, a saúde três dimensões: estado vital, setor produtivo e área do saber. Diante delas, entende-se que o modo pelo qual as sociedades identificam problemas e necessidades de saúde, busca a sua explicação e se organizam para enfrenta-los sofre influências econômicas, políticas e culturais. Assim, cada sociedade organiza o seu sistema de saúde de acordo com suas crenças e valores, sob a influência de determinantes sociais. (PAIM, 2015, p.12).

A saúde guarda relação entre as influências do meio em que o indivíduo está inserido, ou seja, a realidade social é um ponto crucial, uma vez que refletirá na sua qualidade de vida e no bem-estar social do indivíduo. Mas há um fato que se sobrepõe a isso, ou seja, o papel que o Estado vai desempenhar a fim de garantir e proteger direitos fundamentais, e dá um tratamento igualitário desta forma “os direitos sociais permitem às sociedades politicamente organizadas reduzir os excessos de desigualdade produzida pelo capitalismo.” (CARVALHO, 2008, p.10).

A CF/88 ao definir a saúde como um direito social, e elevou ao patamar de direito universal integral de todos indistintamente, e também relaciona a sua leitura aos princípios fundamentais e da dignidade da pessoa humana, dentre outros previstos em seu texto. O papel prestacional do Estado como protagonista na proteção dos direitos sociais fundamentais revela que o segredo não está em ser um princípio constitucional e sim em ser uma obrigação do Estado, e isso politiza a questão e se transforma num valor ideal, ou seja, algo que o indivíduo defenderá a fim de garantir que todos tenham acesso (PAIM, 2015). Em tese, o direito à saúde no Brasil é um bem de todos, inclusive destinado aos estrangeiros que aqui se encontram “independentemente de qualquer contraprestação ou contribuição para seguridade social por parte do paciente.” (MIRANDA, 2007, p. 288).

De acordo com Perreaut, Carvvalho e Barros a saúde como direito fundamental, é um dos mais importantes direitos, por se tratar de um direito que condiciona outro direito. O autor deixa claro e, seria um erro não atribuir à saúde a capacidade de desfrutar de outros direitos. Assim, o direito à saúde reveste-se de importância singular no contexto social e sob essa ótica, ganha particular relevância que haja políticas sociais voltadas a garanti-lo (PERREAUT; CARVALLHO; BARROS, 2013).

Lopes aponta as características dos direitos fundamentais atribuindo funções, quais sejam: a função dignificadora: que tem por objetivo resguardar a dignidade diante do poder interventor do estado; natureza principiológica: Os direitos fundamentais deve ser parâmetro na resolução de um caso; elementos legitimadores: Os direitos fundamentais é norma norteadora do sistema jurídico; Normas constitucionais: em virtude da sua própria matéria, pois se encontra positivado no ordenamento jurídico; historicidade: se dá pelo fato da conquista ter sido uma conquista da sociedade e por ser reflexo da percepção da dignidade humana (LOPES, 2001).

A doutrina identifica três gerações de direitos fundamentais, sendo elas:

A primeira geração é formada pelos tradicionais direitos individuais ligados à liberdade, criando uma oposição entre o indivíduo e o Estado. O direito de primeira geração tem caráter negativo, visto que suas previsões caminham no sentido de exigir uma abstenção, um não fazer uma omissão do Estado [...]. Os direitos de segunda geração têm caráter positivo, uma vez que suas previsões exigem uma ação do Estado, ou seja, os direitos de segunda geração são respeitados na medida que o Estado age, atua pratica ações voltadas a proporcionar a igualdade entre indivíduos.[...]. Os direitos da

terceira geração, identificada nas últimas décadas, consagra os direitos universais, voltados à fraternidade, procurando assegurar a todos, por exemplo, um meio ambiente equilibrado, a solidariedade entre os povos e a paz. (SILVA, 2007, p. 290).

Os direitos fundamentais foram sendo construídos de acordo com a evolução da sociedade, “desde o seu reconhecimento nas primeiras Constituições, os direitos fundamentais passaram por diversas transformações, tanto no que diz com o seu conteúdo, quanto no que concerne à sua titularidade, eficácia e efetivação.” (SARLET, 2015, p.23). O que nos interessa aqui é os direitos de segunda geração, no qual se enquadra os direitos sociais, objeto desse estudo. O direito de 2ª geração tem como função reduzir ao máximo as desigualdades que existem no país, não importando se é de caráter econômico ou social.

Os direitos sociais, considerados direitos de segunda geração, surgiram com a evolução da sociedade e com o surgimento e posterior acirramento da relação capital-trabalho, notadamente com o aparecimento do capitalismo e da exploração da mão-de-obra trabalhadora pelas empresas. Nesse momento passou a exigir do Estado uma maior presença na vida social e na regulamentação das relações trabalhistas de modo a se evitar a exploração vivenciada no período do liberalismo econômico. (PIMENTA, 2007, p. 223).

Como podemos observar, a expansão do capitalismo levou a evolução da sociedade, porém isso contribuiu para o aumento da desigualdade social (CHUEIRI, 2009), e o papel do Estado tornou-se necessário para evitar que a expansão capitalista fosse um meio de oprimir os cidadãos. Desta forma há uma exigência maior por parte da população na expectativa de ter seus direitos protegidos e tutelados pelo Estado. Destaca-se, portanto que o reconhecimento dos direitos sociais, exige ação do cidadão, ou seja, este não deve ficar inerte, e sim reivindicar seus direitos, assumindo um papel ativo na sociedade.

Nesse interim Fleury aponta como a mobilização social contribuiu para a conquista dos direitos sociais:

[...] “foi preciso que a história demonstrasse a existência dos atores coletivos para que liberdade e igualdade se reencontrassem em uma nova dimensão: os direitos sociais”. Portanto, torna-se evidente que para que haja efetivação dos direitos, deve haver mobilização social. [...] Nesse sentido, é possível que o cidadão reclame ao Estado caso haja impedimento ao exercício desses direitos. (FLEURY, 1994, p. 74).

Percebe-se que os direitos sociais busca assegurar aos indivíduos a destreza e desfrute de direitos fundamentais em condições de igualdade, afim de que se tenha uma vida digna, através da proteção e garantias concedidas pelo Estado de Direito. Ao reconhecer a saúde como direito social fundamental, o Estado fica incumbido de prestações positivas, e, conseqüentemente, à criação de políticas sociais e econômicas a fim de que se promova a proteção e a se garanta uma saúde de qualidade a todos os cidadãos.

O direito à saúde traz consigo a característica de essencialidade, para todas as pessoas, sendo tanto um direito humano e ao mesmo tempo um direito fundamental, Não há dúvidas que o ser humano é o centro e o fim do Direito, tal característica se funda no valor essencial do Estado Democrático de Direito, ou seja, a dignidade da pessoa humana (COSTA; STURZA; RICHTER, 2011). “[...] a palavra dignidade carrega em si honestidade, honra, distinção, merecimento. Dignidade da pessoa humana significa possuir honradez dentro da sua conduta de vida e possuir, plenitude da cidadania e liberdade civil no curso da existência humana.” (LISBOA, 2014, p. 14).

Corroborando com o descrito acima, Miranda aponta a importância desse princípio, enquanto um princípio norteador aos direitos naturais do homem, sendo parte integrante do conjunto de garantias dos direitos dos cidadãos:

O princípio da dignidade da pessoa humana é princípio fonte ou matriz, suporte moral dos direitos, constituindo fundamento constitucional de maior envergadura (art. 1º, inciso III, da CF), cerne, apoio e diretriz de todos os princípios constitucionais, uma vez que, por ser inerente ao homem, tem origem em valor moral que antecede à organização social e tem como destinatário o próprio homem.
[...], apesar do elevado grau de abstração do seu significado, repousa suas bases no sentimento de respeito aos direitos naturais inalienáveis do homem, como a vida e a integridade física e psíquica, princípio estruturado sob os signos da igualdade, liberdade e solidariedade entre os homens. (MIRANDA, 2007, p.24).

Percebe-se que direito à saúde está ligado ao direito à vida e a dignidade, por esse motivo torna-se difícil à identificação de onde começa um e onde termina o outro (SILVA, 2014). Para tanto "a dignidade da pessoa humana, individual ou coletivamente considerada, é o fundamento norteador de todo o sistema constitucional, é um valor espiritual e moral intrínseco a todo ser humano." (GREGORI, 2011, p. 27). Souza aponta que a dignidade da pessoa nos obriga a ter respeito a determinados valores independentemente da condição, o que irá justificar

a determinação de futuros direitos humanos, no que concerne aos direitos liberais, e sucessivamente a outras condições sociais suscetíveis a oferecer a prática de todas as potencialidades do ser humano, solidificadas pela concepção de novos direitos fundamentais (SOUZA, 2015). Miranda sinaliza que a constituição Federal de 1988 traz no seu artigo 1º inciso III, o reconhecimento da dignidade da pessoa humana como algo supremo, que deve ter um olhar especial, cumpre ressaltar que o direito a saúde quanto a esse princípio traduz a importância que se deve ter com o indivíduo, respeitando-o como pessoa, não prejudicando sua vida, seu corpo e sua saúde (MIRANDA, 2007).

O legislador ao trazer a dignidade da pessoa humana como um dos princípios fundamentais do Estado evidenciou mais uma vez a obrigação de proteção ao indivíduo através do sistema jurídico-positivo constituído por direitos fundamentais e da personalidade da pessoa. Propiciando desta forma o respeito irrestrito ao indivíduo, garantindo uma vivência inteiramente digna e resguardada de qualquer situação que venha a lhe ofender, independentemente do ato ofensivo ser praticado pelo particular ou pelo Estado (COSTA; STURZA; RICHTER, 2011).

A existência humana individualmente considerada, ou enquanto convivência dos homens em sociedade constitui o centro de irradiação por excelência de todos os bens ou interesses jurídicos protegidos. A vida, a integridade corporal, a honra e a liberdade são bens supremos da pessoa humana cuja eficiente proteção constitui dever precípua do Estado, na sua dupla função de preservar as condições básicas de perpetuação da espécie e de manter o equilíbrio ecológico, bem como a tranquilidade, indispensáveis à sobrevivência das comunidades. (DIAS, 1995, p. 9).

A vida é um bem supremo que necessita de proteção desde a sua concepção até o seu fim, para isso o princípio da dignidade da pessoa humana, tem intuito de evitar a deterioração do homem, em consequência de seu convertimento em mero artefato estatal, porém, esse princípio “somente terá efetiva validade, quando cada membro da sociedade possuir acesso justo e igual aos direitos que lhes são legalmente oferecidos.” (LISBOA, 2014, p.17). Pode-se verificar que o exercício da cidadania é uma forma de garantir a efetivação desse direito. Neste contexto, fica claro que "ao Estado, não basta formular textos legais garantindo esses direitos à sociedade. Leis promulgadas no mundo jurídico, não se afirmam e se efetivam sem uma atuação determinante para isso." (MOUSQUER, 2016, p.91).

O direito à saúde teve seu reconhecimento no âmbito internacional através da Declaração Universal dos Direitos Humanos pela Organização das Nações Unidas (ONU) no ano de 1948. No Brasil o direito à saúde inicialmente foi inserido enquanto fragmento do direito à assistência, onde era necessário o vínculo empregatício formal para que o indivíduo pudesse usufruir desse direito. Dessa forma somente teria acesso àquele que contribuísse com a previdência social. Em virtude disso a saúde aqui no Brasil não era considerada um direito e sim um mero benefício da previdência social (BRASIL, 2007).

Nesse interim o Ministério da saúde (MS) aponta que durante muito tempo, as políticas públicas de saúde tinham sua atenção voltada para a sustentação e restauração da força de trabalho, uma vez que tal preocupação se fazia imprescindíveis para a concepção social do capital. Concomitantemente o setor de saúde estava esculpido por um viés assistencialista e curativo, de natureza cada vez mais privatista, desta forma as políticas de promoção da saúde ficavam em segundo plano (BRASIL, 2007).

Tornar a saúde um bem público, envolveu movimentos sociais que se fizeram representar ao longo da Reforma Sanitária e participaram do processo constituinte (PETERSEN, 2014). Barros destaca que o acesso aos serviços de saúde, embora pareça ser algo natural, deve ser lembrado como um avanço, uma conquista árdua e que levou tempo até efetivar-se:

A saúde como direito de todos é uma conquista que não se deve esquecer. O que hoje temos que parece “natural” necessitou de décadas de conscientização, organização coletiva, mobilização, negociação e luta social, [...] até 1988, dezenas de milhões de brasileiros que não contribuían com a Previdência Social simplesmente eram impedidos legalmente de ter acesso aos serviços públicos de saúde. Talvez alguns ainda recordem que nas portarias dos hospitais públicos era rotina solicitar a carteira de trabalho do cidadão para verificar se poderia ser feito atendimento ou não. (BARROS, 2011, p. 37).

O Movimento Sanitarista contribuiu na conscientização da importância da saúde na realidade brasileira, eis que figurou como percussor da luta pela necessidade de repensar a saúde como alicerce de uma realidade social mais justa. Logo, essa concepção da saúde se difundiu no meio acadêmico e desenvolveu um entendimento que a questão sanitária detinha uma consistência política apta a expor seu ponto de vista aos discursos produzidos pela elite conservadora, que detinham o domínio tanto nas políticas de saúde como também nas demais políticas sociais

(CRUZ, 2017). Apesar de ter sido abortado pelo golpe militar o movimento seguiu firme atingindo sua maturidade na década de 1970 e início dos anos 1980 e continuam mobilizados até os dias atuais (BRASIL, 2007).

O ponto alto da luta pela reforma sanitária teve como marco a 8ª Conferência Nacional de Saúde no ano de 1986, que influenciou na formação do direito constitucional à saúde. Foi a primeira vez na história que a sociedade teve permissão de participar no processo de constituição de uma nova concepção para saúde. A conferência que se norteou pelo princípio da saúde, logo teve seus basilares fundamentais confirmadas na CF/88, o mérito dessa conquista foi fruto do movimento popular, que teve como resultado a “Emenda Popular da Saúde”, que fora assinada por mais de 500 mil cidadãos brasileiros (BRASIL, 2007).

Barros explica a importância da saúde no processo da democracia, apontando a influência que o movimento sanitário representou na construção e promulgação da CF/88:

A saúde representou a ponta de lança dos movimentos sociais na luta pela democracia, participação popular e garantia de direitos sociais. Fruto de décadas de organização e luta coletiva, o movimento de reforma sanitária brasileira logrou, no efervescente período de redemocratização do país no final da década de 80, inserir no Texto da nova Constituição Brasileira de 1988 um capítulo sobre a Seguridade Social, com apoio de uma grande coalizão de partidos de esquerda. (BARROS, 2011, p.33).

Percebe-se que a conexão da saúde com a democracia decorre da Reforma Sanitária, que no período de redemocratização inseriu importante capítulo que visa garantir a proteção social. A reforma preconizava “o direito à saúde como integrante dos direitos humanos, cuja abrangência universal, por seu lado, constitui condição essencial para a consolidação da democracia.” (CÔRTEZ, 2009, p.9).

Dalari aponta que “muitas vezes se emprega a palavra direito em sentido axiológico como sinônimo de justiça e muitas outras em sentido subjetivo, é o meu direito [...]. O termo é empregado com seu sentido de direito subjetivo na reivindicação do direito à saúde.” (DALARI, 1987, p.3). Entretanto se olharmos a regra de forma mais minuciosa o direito como ação regulada, sugere obrigatoriamente o entendimento do direito como uma consequência do comportamento do indivíduo em exercício da cidadania (DALARI, 1987).

Deveras, as normas jurídicas impõem limitações a comportamentos perniciosos para a vida social. Desta forma, a saúde, sendo um direito, deve

necessariamente englobar aspectos sociais (coletivos) e individuais. Dalari explica que ao ser observado como direito individual, o direito à saúde traz consigo o privilégio da liberdade de forma ampla, onde as pessoas tem o livre arbítrio para escolher que comportamentos irão adotar em relação ao meio ambiente, bem como o local e que tipo de vida irá viver (DALARI, 1987).

Há de se destacar aqui, que para que seja alcançada a liberdade necessária ao direito à saúde, enquanto direito subjetivo, vai depender do nível de desenvolvimento em que se encontra o Estado em relação ao processo de cidadania e efetivação das liberdades⁴. Por certo, somente um Estado desenvolvido conseguirá fazer com que o individuo possa ter livre arbítrio para procurar um completo bem-estar físico, mental e social. Da mesma forma que o direito individual à saúde depende do estágio de desenvolvimento do Estado, o direito coletivo também depende disso, pois tão somente o Estado que tem o seu direito ao desenvolvimento reconhecido terá meios para garanti-los (DALARI, 1987).

Por todo exposto, a preservação da vida deve ocupar pauta especial nos Estados de Direito, constituindo a efetiva demonstração de compromisso com a promoção de direitos humanos, para além da verdadeira missão de Estado que é oferecer meios de proteção aos cidadãos a todas as formas de adversidades que possam atingi-lo.

1.2 DIREITO À SAÚDE, SOB O PRISMA DA EFETIVAÇÃO DO PRECONIZADO PELA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

Apesar do direito à saúde não ser totalmente estranho antes da promulgação da CF/88, se torna imprescindível destacar que o direito à saúde pública passou a ser reconhecido no Brasil, somente após a sua promulgação. Segundo Costa e Rodrigues "[...] a Constituição de 1988 consolidou o processo de democratização no Brasil, promovendo a expansão dos direitos fundamentais." (COSTA, RODRIGUES, 2012, p. 28).

A CF/88 estabelece que o Brasil é um Estado Democrático de Direito, que “significa em apertada síntese, aquele subordinado a legalidade constitucional e baseado em fundamentos democráticos.” (GREGORI, 2011, p.26), que visa garantir

⁴ Adota-se na presente pesquisa a concepção de Desenvolvimento como Liberdade, na concepção de Amartya Sen. Disponível em < <https://edisciplinas.usp.br/mod/resource/view.php?id=7182>> Acesso em: 22 de mai. 2019.

e proteger, por exemplo, o exercício dos direitos à liberdade, bem-estar segurança entre outros, baseia-se nos fundamentos de ser um ente soberano, garantidor da livre iniciativa, cidadania, pluralismo político, salvaguardando a dignidade da pessoa humana, bem como os valores sociais do trabalho (BRASIL, 1988).

Coelho ressalta que o objetivo do Estado Democrático de Direito faz com que o próprio direito se estruture a fim de que atenda os preceitos constitucionais:

A principal meta do Estado Democrático do Direito é, sem dúvida alguma, buscar a concretização dos direitos e garantias fundamentais, e para atingir esse fim, tornou-se necessária uma transformação na própria estrutura do Direito. Assim, o direito deixou de ser analisado sob a ótica do Estado Liberal e do positivismo jurídico, e todos os seus institutos passaram a ser lidos e interpretados sob o enfoque constitucional, em um processo de constitucionalização do Direito. (COELHO, 2013, p.150).

Observa-se que a busca pela concretização dos direitos e garantias fundamentais levou o Estado interferir e regulamentar determinadas relações jurídicas; em contrapartida a sociedade passou a exigir do Estado uma prestação material, ou seja, direitos fundamentais sociais prestacionais, direitos chamados de 2º dimensão. Mousquer aponta que “uma democracia supõe ser o produto e o guardião tanto da igualdade e da liberdade [...]” (MOUSQUER, 2016, p. 47). Neste contexto, fica claro que deve o Estado buscar medidas cabíveis para garantir e assegurar a proteção social.

Como assegura Costa "o Estado Democrático de Direito surge como a forma mais adequada para organizar a vida em sociedade." (COSTA 2008, p. 7). Vê-se, pois, que essa realidade fica demonstrada, uma vez que o Estado buscará por meio de suas políticas públicas a concretização dos direitos amparados pela Constituição que visa atender ao interesse da coletividade a fim de que haja um equilíbrio social, com respaldo em um sistema normativo que define previamente o que será ofertado, a quem será ofertado e de que modo (PETERSEN, 2014).

A intervenção do Estado Democrático de Direito, no declarado modo de produção capitalista busca o lugar de protagonista da mediação entre o Interesse coletivo que se divide em esfera pública e esfera privada, com o objetivo de proteger e diminuir as diferenças sociais, dessa forma Petersen aponta:

A contradição de interesses que move o fundamento das relações da esfera privada em relação à pública implica a organização social normativada e um elemento diferenciador em benefício da coletividade: a possibilidade de

exercício legítimo do poder político, com regras claras e atribuição diferenciada de poder. Neste elemento diferenciador, reside o fundamento para a intervenção nas questões sociais por parte do Estado para promoção do interesse público no sentido de redução das diferenças sociais. (PERTESEN, 2014, p. 23).

Verifica-se que as demandas que envolvem os interesses públicos e os privados, requer a intervenção do Estado, que agirá de forma que os interesses privados não passem por cima dos interesses públicos. Assim, “a necessidade geral da intervenção do Estado resulta de que o processo capitalista de produção estruturalmente pressupõe funções sociais que não podem ser preenchidas pelos capitais individuais.” (FLEURY, 1994, p. 18-19).

A CF/88 introduziu o novo regime Seguridade Social com o objetivo de assegurar o direito à Saúde, à Previdência Social e à Assistência Social, “é sistema de proteção que compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade.” (GARCIA, 2016, p. 74). Sua finalidade está palpada na garantia de segurança aos cidadãos, munido de recursos assistenciais necessários em caso de desventura futura (DAVID, 2016).

Como podemos observar a Seguridade Social além de ser o mais importante organismo de proteção social do País, funciona como um importante utensílio ao desenvolvimento social, visto que faz parte dos dispositivos que integram a ordem social, com o desígnio de atingir o bem estar e justiça social. Trata-se de um emaranhado de ações desempenhadas em conjunto do poder público e sociedade, composta por um conjunto de fontes próprias, peculiares e revestida de uma pluralidade de acontecimentos (FAGNANI, 2015, p.16).

Diversas são as notícias que circulam na mídia quanto ao orçamento da Seguridade Social, porém há uma divisão de opiniões, o governo afirma que tanto a Previdência como a Seguridade Social são deficitárias, entretanto especialistas afirmam que não (BRASIL, 2017). O estudo realizado pela Fundação Anfip e pela economista Denise Gentil apontam que a Seguridade sempre foi superavitária. Através desse estudo a economista constatou uma sobra de recursos, porém estes não estão sendo utilizados conforme prevê a Constituição (FAGNANI, 2016, p. 109-110).

É perceptível que este superávit não tem sido revertido para a Seguridade Social, espaço político de proteção do exercício da vida digna do cidadão (reprise-se: Assistência Social, Previdência e Saúde). É importante ressaltar que o direito à

saúde, em que pese os esforços para sua oferta adequada no território nacional, carece de investimentos para alcançar a pretendida cobertura universal, a fim de garantir que as necessidades da população brasileira sejam atendidas. Em razão disso:

É preciso elevar a participação das três esferas de governo no volume de recursos aplicados ao setor. Ao se comparar a participação do gasto público com saúde no PIB e o percentual do gasto público no total de gasto em saúde no Brasil – assim como o valor per capita do gasto público em saúde – com os demais países que adotaram sistemas nacionais de saúde, observa-se que é ainda mais baixo o investimento do Estado brasileiro no campo da saúde. (GIOVANELLA, *et. al*, 2012, p.422).

Conforme se depreende do texto constitucional vigente, a saúde encontra sustentáculo financeiro junto às receitas de arrecadação tributária dos entes federados. O Sistema Único de Saúde não exige contrapartidas ao cidadão, garantindo um acesso gratuito.

Porém a pauta de interesses privados não coaduna com a ideia de regulação e oferta pública, e pretende ver efetivado um sistema liberal de acesso e regulação de mercado – o que inclui a saúde. É importante destacar, nesse momento da pesquisa, que existe previsão de obrigatoriedade de investimentos em saúde por parte do poder público. A Emenda Constitucional nº 29/2000, trouxe a obrigatoriedade de reserva mínima de investimentos em saúde, medida “[...] que assegura a vinculação de um mínimo de 10%, 12% e 14% dos orçamentos do governo Federal e dos governos estaduais e municipais, respectivamente aos gastos com saúde.” (MEDICI, 2002, p.101). Porém tal determinação veio surtir efeito somente em 2012 através da Lei Complementar nº 141 (DAVID, 2016).

A lógica dessa reserva de recursos para cada ente federado está associada ao preconizado pelo texto constitucional e Lei n. 8.080 se relaciona às atribuições protagonizadas em cada nível de gestão. Desse modo, cabe aos Municípios assumir a gestão da Assistência Básica de Saúde, aos Estados o auxílio de gestão aos Municípios e a organização e cobertura da Média e Alta Complexidade e da União o co-financiamento, além da estruturação e cobertura de centros de atendimentos especializados, pesquisa, inovação, oncologia...

Desta forma a CF/88 através do art. 200 estabeleceu além de outras atribuições ações que deverão se desempenhadas pelo SUS quais sejam: a fiscalização, o controle de procedimentos voltados para área da saúde, alimentação

e substâncias tóxicas, radioativas e de efeitos psicoativas, participar da formação, incrementação, proteção do trabalho, desenvolvimento tecnológico e de recursos humanos no setor da saúde (BRASIL, 1988).

Associado ao discurso liberal, de que o Estado deveria realizar cortes nos gastos públicos relacionados às políticas sociais, a Emenda Constitucional de nº 86/2015 alterou o financiamento da saúde pela União, agravando e constitucionalizado o quadro de subfinanciamento do SUS. Desta forma a aplicação da União em relação à Receita Corrente Líquida (RCL⁵) sofreu perda de R\$ 10 bilhões se for levado em consideração o ano de 2015 e 2016, uma vez que aplicou 14,8% RCL e 13,2% respectivamente (DAVID, 2016).

O limite estabelecido pelo novo regime alcançou o orçamento fiscal, da seguridade e todos os órgãos e poderes da União. Por orçamento deve-se compreender que é o meio pelo qual o governo se organiza para execução de suas finanças, ou seja, é o planejamento das atividades que serão desempenhadas em um determinado período. É através do orçamento que se define o que é prioritário para o governo, por exemplo, se os investimentos devem ser na área da saúde ou educação, segurança pública ou habitação, o partir dessa definição são estabelecidas as receitas e conseqüentemente ocorrerá a fixação das despesas públicas (PEDROSA, 2015).

O orçamento público tem o objetivo de melhorar a qualidade da gestão pública, e esta deve ser vista como um problema de política pública, visto que as políticas públicas são ações do governo que visam articular seus recursos em prol da sociedade, a fim de intervir na solução de seus problemas. Calil aponta que "o orçamento exerce grande influência na vida do Estado, pois se for deficiente ou mal elaborado produzirá reflexos negativos na tarefa da consecução de suas finalidades." (CALIL, 2017, p.38).

Assim o Estado, através da sua atividade financeira obterá recursos (receitas), e irá definir como gerir e aplicar esses recursos (despesas), de forma que venha a garantir o desempenho das atividades estatais e o atingimento de suas metas a fim de atender as necessidades coletivas (CREPALDI, 2013). Diante da EC/95 que prevê o congelamento das verbas públicas destinadas à saúde, é

⁵ "A receita corrente líquida é o somatório das receitas tributárias, de contribuições patrimoniais, industriais, agropecuárias, de serviços, transferências correntes e outras receitas também correntes com algumas deduções." (TAMEZ, JUNIOR, 2007, p. 259).

possível verificar indícios de redução de investimento, que implicam em redução de coberturas e acessos à população.

1.3 AS POLÍTICAS PÚBLICAS E A IMPLEMENTAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

A implementação de uma política pública de saúde, que pretende ser universal, em um país de dimensões territoriais como o Brasil é uma tarefa complexa que exige gestão multinível comprometida com anseios de bem estar social. No Brasil desde a Constituição Federal de 1988, as políticas públicas baseiam-se nos princípios de universalidade, equidade, descentralização, integridade e participação da comunidade (LUCCHESI, 2002).

Assim, a construção do Sistema Único de Saúde dividiu atribuições e financiamento entre os entes federados, no intuito de viabilizar a transparência da racionalidade das escolhas públicas; estimular a fiscalização pelos usuários e tornar os acessos aos serviços ágeis e possíveis.

Lobato afirma que a pobreza é um grande problema no Brasil, e geralmente associamos as políticas sociais a programas que tem objetivo de reduzir esse problema (LOBATO, 2012, p.7). Contudo as políticas sociais não devem se limitar a isso, pois integram o Estado desde o seu nascimento e evolução do capitalismo, em decorrência disso, não devemos olhar a política social como algo que se refere somente aos pobres e necessitados e sim como um mecanismo utilizado pelo do Estado para diminuir as desigualdades fruto da própria sociedade.

A análise da intervenção do Estado nas questões sociais, através das chamadas políticas sociais, tem como corolário a existência de uma relação de direito positivo que se estabelece entre o cidadão e o seu Estado. Ou seja, a intervenção estatal via políticas sociais, regulando e/ou propiciando condições de manutenção e reprodução de uma parcela da população, é considerada uma função intrínseca do Estado moderno configurando direitos sociais próprios de cada nação. (FLEURY, 1994, p.11).

Observa-se que a manifestação de vontade que contorna a relação cidadão e Estado encontra respaldo na legislação brasileira, que visa a garantia da efetiva função do Estado na promoção das políticas sociais. Lucchese aponta que as políticas públicas podem ser caracterizadas como um composto de disposições, providências e processos que impõe a posição política do Estado e disciplinam as

atividades governamentais que envolvem o interesse público. A autora explica também, que as políticas públicas variam conforme o “grau de diversificação e da sociedade, com a natureza do regime político e com o nível de atuação e participação dos diferentes atores sociais.” (LUCCHESI, 2002).

O SUS constitui em exemplo de política que extrapola a preocupação com a redução da pobreza. Seu fundamento democraticamente estabelecido é a preservação da vida do cidadão.

De acordo com Boneti:

A partir de uma nova dimensão social dos anos 90 e sua repercussão direta na organização social e política da sociedade, é possível entender como políticas públicas a ação que nasce do contexto social, mas que passa pela esfera estatal como decisão de intervenção pública numa realidade, quer seja ela econômica ou social. Entendemos como políticas o resultado da dinâmica do jogo de força que se estabelece no âmbito das relações de poder, relações essas constituídas pelos grupos econômicos e políticos, classes sociais e demais e demais organizações da sociedade civil. Tais relações determinam um conjunto de ações atribuídas à instituição estatal, que provocam o direcionamento (e/ou o redirecionamento) dos rumos dos investimentos na escala social e produtiva da sociedade. (BONETI, 2000, p.15).

De acordo com o exposto acima, verifica-se que o Estado através das políticas públicas estabelecerá tanto a forma, como também o aspecto que deve ser a prestação de atendimento na área da saúde (COSTA, STURZA, 2011). Desta forma a implementação do Sistema Nacional de saúde buscou tornar possível e acessível à população uma forma que venha a garantir uma melhor qualidade de vida, expressa desde o ambiente natural, social e do trabalho.

A política de saúde difere das outras políticas públicas da área social, pois consiste na organização das políticas governamentais a fim de promover proteção e recuperação da saúde tanto individual como na coletividade (MIRANDA, 2007).

O Sistema Único de Saúde (SUS) fruto da constituição de 1988, surgiu em resposta à ascensão social, na 8ª Conferência Nacional da Saúde. De acordo com o Ministério Nacional da Saúde, o SUS está entre um dos maiores sistemas público de saúde do mundo. Sua abrangência vai desde um simples atendimento ambulatorial até atendimentos mais complexos a exemplo dos tratamentos oncológicos. O acesso ao SUS se dá de forma integral, universal e gratuita para todos os brasileiros e estrangeiros que estão no país e necessite de atendimento.

Segundo explica Cohn, em pouco mais de três décadas o SUS mostra-se muito mais do que uma política viável, é algo essencial para a promoção de políticas sociais, afirma ainda que ele é um alicerce da garantia dos direitos sociais, visto que tal direito encontra-se em contraposição com o mercado. Merece destaque a observação trazida pelo autor que aponta que muitos pacientes recorrem ao SUS em busca de tratamento, só a assistência primária atende 60% da população com Estratégia de Saúde da Família, o SUS realiza por mês em torno de um milhão de internações e cerca de 3,5 bilhões de atendimento por ano e ainda é responsável por 95% das cirurgias do coração que são realizadas aqui no Brasil (COHN, 2016).

Paim explica que a proposta do SUS se caracteriza por um viés universal, desta forma:

A proposta do SUS está vinculada a uma ideia central: todas as pessoas têm direito à saúde. Este direito está ligado à condição de cidadania. Não depende do “mérito” de pagar previdência social (seguro social meritocrático), nem de provar condição de pobreza (assistência do sistema de proteção), nem do poder aquisitivo (mercado capitalista), muito menos da caridade (filantropia). Com base na concepção de seguridade social, o SUS supõe uma sociedade solidária e democrática, movida por valores de igualdade e de equidade, sem discriminações ou privilégios. (PAIM, 2015, p. 28).

Levando em consideração ao exposto acima, verifica-se que o SUS funcionará como mecanismo para assegurar o acesso a saúde e isso se dará de forma universal, pois “além de ser uma garantia constitucional, é uma bandeira de luta dos movimentos sociais, nos quais essa reivindicação passou a ser um dos elementos fundamentais dos direitos de cidadania.” (ASSIS, JESUS, 2011, p.80). O autor destaca ainda que o exercício da cidadania é um grande potencial na produção de resultados concretos, em virtude da possível mudança e conseqüentemente resolução de problemas de saúde do país.

O SUS tem sua organização expressa no artigo 198 da CF/88 que prevê que a integração dos serviços de forma hierarquizada e regionalizada “possibilita a distribuição dos estabelecimentos de saúde [...] de forma a garantir o atendimento integral à população e evitar a fragmentação das ações em saúde.” (PAIM, 2015, p. 31); constituem um sistema único que corresponde “programa nacional e programas definidos nos âmbitos estadual e municipal.” (PAIM, 2015, p. 31). A regulamentação pormenorizada do SUS ocorreu por meio da Lei 8.080/1990.

O SUS é regido pelas seguintes diretrizes: Descentralização, “permite que a execução de ações e serviços públicos de saúde possa alcançar com maior amplitude e melhor condição aquele que dele necessita.” (MIRANDA, 2007, p. 289); Atendimento Integral, “diz respeito à ausência de restrições, tendo o indivíduo direito ao tratamento disponível para o estabelecimento de saúde.” (MIRANDA, 2007, p. 289); Participação da comunidade, “permite que as atividades na área da saúde seja desenvolvidas com maior controle social, inculcada a noção de que é responsabilidade de todos a fiscalização, gestão e acompanhamento das políticas públicas.” (MIRANDA, 2007, p. 289).

Os objetivos do SUS se dão a partir de metas programáticas, que visam promover a prevenção de enfermidades e o restabelecimento da saúde tais objetivos estão expressos na Lei nº 8.080/1990 no art. 5º: busca identificar os fatores condicionantes e determinantes da saúde; II – busca a elaboração de política de saúde designada a promover a redução dos riscos de doenças e outros agravantes; III – busca através de ações públicas dá assistência às pessoas na sua integralidade (MIRANDA, 2007, p. 292).

De acordo com o previsto no artigo 195 CF/88, o SUS será financiado através de recurso que provêm da seguridade social, ou seja, “[...] tributos que a sociedade destina ao Estado ou poder público nos níveis federal, estadual e municipal. Esses tributos podem ser divididos em imposto e contribuições.” (PAIM, 2015, p.60).

Facchini⁶ traz à baila a problematização que circunda o financiamento do SUS, apontando que este é uma barreira no seu desenvolvimento, salienta que o sistema necessita de mudança implantada gradativamente e de forma eficaz. Merece destaque também, a observação trazida pelo autor em relação aos princípios do SUS, sinalizando que pouco importa ter dinheiro se tais princípios não forem respeitados (FACCHINI, 2011), eis que os princípios são o alicerce do sistema, visando proteger a própria estrutura de que ele é composto como garantir que seus objetivos sejam alcançados.

Verifica-se que o SUS além de recursos financeiros, carece também de uma boa gestão, que direcione os recursos de acordo com a demanda da população “a

⁶ Luiz Augusto Facchini. Na época da entrevista era presidente da ABRASCO e professor associado do Departamento de Medicina Social do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), Entrevista do boletim Informe Ensp edição 18/02/2011
Publicada originalmente em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/24247>

questão da gestão como um problema do sistema de saúde do SUS mantém uma péssima utilização dos recursos e a falta de flexibilidade nos modelos administrativos e a morosidade decisória e de investimento.” (CORVINO, 2018, p. 200). Cada esfera do governo vai gerir o financiamento do SUS no que lhes cabe e isso se dará “por meio de seus órgãos gestores, utilizam vários instrumentos de gestão, objetivando garantir e aperfeiçoar o funcionamento do sistema de saúde.” (BRASIL, 2002, p.1).

O SUS não pertence a um único proprietário, haja vista que os estabelecimentos públicos de saúde pertencem aos Municípios, Estados, Distrito Federal e a União, enquanto os serviços contratado de forma particular pertence à esfera privada. Assim, existe um programa voltado para o âmbito nacional e outro voltado para o âmbito estadual e municipal (PAIM, 2015).

O art. 198 da CF/88 determina que as ações e serviços de saúde façam parte de uma rede regionalizada e hierarquizada, o que possibilita a distribuição dos estabelecimentos de saúde em um determinado território, desta forma os serviços básicos ficam mais bem distribuídos e menos centralizados, ao passo que os serviços especializados serão mais concentrado e centralizados. A forma como se dá as ações e serviços de saúde visa de evitar que ocorra fragmentação das ações de saúde, garantindo desta forma o atendimento integral à população (PAIM, 2015), o autor ainda aponta que a regionalização:

Corresponde a um dos princípios organizativos do SUS. Representa a articulação entre os gestores estaduais e municipais na implementação de políticas, ações e serviços de saúde qualificados e descentralizados, garantindo acessos, integralidade e resolutividade na atenção a saúde da população. Significa organizar os serviços de saúde em cada região para que a população tenha acesso a todos os tipos de atendimentos. (PAIM, 2015, p.32).

O princípio da descentralização divide a responsabilidade entre as três esferas do governo, e faz com que o SUS se molde a diversidade regional do país, onde a realidade de cada região é muito distinta desta forma a prestação de serviço terá mais qualidade e eficiência e facilita a fiscalização e controle por parte da sociedade.

A partir da definição constitucional que estabelece a administração única, cada ente federado é autônomo e suas decisões são dotadas de soberania, respeitando, entretanto, os princípios e a participação da sociedade. Assim, a

autoridade sanitária do SUS é exercida desta forma: União – ministro da saúde; estados – pelos secretários de saúde; e nos municípios – pelos secretários municipais de saúde (BRASIL, 2015).

Conforme estabelece o art. 30, I, CF/88 os Municípios atuando de forma direta, deve prestar os serviços de atendimento à saúde da população, contando, portanto, com União e os Estados que irão atuar de forma indireta com a cooperação técnica e financeira, isso se dá em virtude do contato mais próximo que o Município tem com a população, dessa forma torna-se mais fácil a identificação de pontos de carência no serviço de saúde e a respectiva dedicação para sanar o esse problema. A cooperação da União e dos Estados seria como um reforço a fim de que se efetivem os serviços voltados para a promoção da saúde, uma vez que tais serviços são demasiadamente onerosos e os cofres dos Municípios não suportariam arcar com a referida despesa sozinho (CARVALHO, 2016).

A leitura da Lei nº 8.080/90 especificamente no art. 16 podemos perceber que se atribui à União Federal as funções enquanto gestão e organização, quais sejam:

- I - formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição;
- II - participar na formulação e na implementação das políticas:
 - a) de controle das agressões ao meio ambiente;
 - b) de saneamento básico; e
 - c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho;
- III - definir e coordenar os sistemas:
 - a) de redes integradas de assistência de alta complexidade;
 - b) de rede de laboratórios de saúde pública;
 - c) de vigilância epidemiológica; e
 - d) vigilância sanitária;
- IV - participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgão afins, de agravo sobre o meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana;
- V - participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador;
- VI - coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica;
- VII - estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios;
- VIII - estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano;
- IX - promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde;
- X - formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais;

- XI - identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;
- XII - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;
- XIII - prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional;
- XIV - elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e os serviços privados contratados de assistência à saúde;
- XV - promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal;
- XVI - normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;
- XVII - acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais;
- XVIII - elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal;
- XIX - estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal.

Parágrafo único. A União poderá executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) ou que representem risco de disseminação nacional. (BRASIL, 1990).

Podemos observar que a União participa apenas na gestão e organização, a atuação direta da união ocorrerá somente em caráter excepcional, ou seja, a União somente irá intervir quando se deparar com situações que fogem do controle de qualquer entes federado ou que ameace a ordem nacional. Em relação ao Estado a competência estabelecida pela Lei nº 8.080/90 visa promover a descentralização em prol dos Municípios para que estes prestem os serviços e desempenhem as ações de saúde, além de prestar apoio técnico e financeiro, de forma expressa a lei prevê que o estado enquanto prestação de serviço direto se dará de forma supletiva, é o que podemos observar no art. 17 da referida lei:

Art. 17. À direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:

- I - promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde;
- II - acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS);
- III - prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;
- IV - coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços:
 - a) de vigilância epidemiológica;
 - b) de vigilância sanitária;
 - c) de alimentação e nutrição; e
 - d) de saúde do trabalhador;
- V - participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;

- VI - participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico;
- VII - participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho;
- VIII - em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde;
- IX - identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;
- X - coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;
- XI - estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde;
- XII - formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;
- XIII - colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;
- XIV - o acompanhamento, a avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada. (BRASIL, 1990).

De acordo com a Lei nº 8.080/90 a atuação do Estado é de caráter suplementar, ou seja, a execução do serviço de saúde por parte do Estado, assim como o da União será de forma indireta, logo, este atuará subsidiariamente a atuação do Município. Já a competência do Município difere dos outros dois entes (União e Estado), haja vista que sua atuação se dará de forma direta. É o que o que se verifica no art. 18 da referida lei:

À direção municipal do Sistema de Saúde (SUS) compete:

- I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;
- II - participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual;
- III - participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;
- IV - executar serviços:
 - a) de vigilância epidemiológica;
 - b) vigilância sanitária;
 - c) de alimentação e nutrição;
 - d) de saneamento básico; e
 - e) de saúde do trabalhador;
- V - dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;
- VI - colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las;
- VII - formar consórcios administrativos intermunicipais;
- VIII - gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;
- IX - colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;
- X - observado o disposto no art. 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;

XI - controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;
XII - normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação. (BRASIL, 1990).

A Lei nº 8.080/90 e definiu ainda no art. 19 que o Distrito Federal tem a mesma competência reservada aos Estados e Municípios, ou seja, o Distrito Federal atuará tanto de forma direta como indireta na prestação de serviço para saúde. Embora a leitura do dispositivo aponte de forma clara as definições em relação as competência de cada ente, o CONASS aponta:

Ao analisar o sistema de saúde no Brasil percebe-se que um dos grandes desafios tem sido a redefinição, ao longo do tempo, das atribuições e das competências dos gestores das três esferas de governo. Para enfrentá-lo têm sido elaborados muitos dispositivos normativos demarcando os limites da tomada de decisão de cada gestor no seu âmbito de atuação, resultando na conformação de uma modelo de gestão que tem como ponto de partida uma unidade de princípios, mas que tem de atuar de forma coerente com a diversidade operativa nos territórios em que está localizada a população com suas necessidades de saúde. (BRASIL, 2015, p.10).

Verifica-se que a Lei nº 8.080/90 determinou a competência dos entes federativos, porém o exercício da competência, por vezes encontram barreiras na sua efetivação, isto porque ao longo do tempo muitas coisas vão sendo alteradas, visando contornar a situação muitos dispositivos são criados impondo limites nas decisões dos gestores acarretando no surgimento de novo modelo, porém deve ser respeitada a diversidade de território (BRASIL, 2015).

Por todo exposto, o Estado Democrático de Direito tem o compromisso de garantir o exercício da cidadania, viabilizando que o povo tenha suas necessidades básicas supridas, desta forma faz-se necessário que sua ação seja em harmonia com o previsto na Constituição Federal, haja vista que a Constituição rege todo o ordenamento jurídico brasileiro. A CF/88 reconheceu o direito à saúde como um bem público que funciona como um alicerce para uma sociedade mais justa, e instituiu o SUS a fim de garantir o direito fundamental de preservação da vida.

O direito a saúde surgiu em resposta à ascensão social, porém o Novo Regime fiscal que será objeto de análise no segundo capítulo impõe a sociedade um modelo de Estado que ignora direitos alcançados através das reivindicações e evolução da sociedade. Verificaremos mais adiante que a medida adotada pelo governo poderá trazer impactos irreversíveis para a sociedade brasileira,

principalmente em se tratando do financiamento da saúde, uma vez que as verbas para esse setor ficarão congeladas por 20 anos.

2 A EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 95/16

O ano de 2016 foi um ano marcante no cenário político brasileiro. Entre vários acontecimentos um dos que mais impactaram o País e o Congresso Nacional foi o processo impeachment da Presidenta Dilma Rouseff que acarretou na cassação do seu mandato e com isso o Vice-Presidente, Michel Temer, assumiu o cargo, dando início a um processo de intensas modificações no país. Uma das medidas adotada em seu governo foi à restrição orçamentaria, que atingiu diretamente as políticas sociais.

Desse modo, o presente capítulo se dedica a análise dos projetos que culminaram na Emenda Constitucional nº 95/2016, que congela diversos investimentos públicos em políticas sociais, dentre eles a política de saúde coletiva. Após a compreensão desta atividade legislativa, a pesquisa utilizará dados secundários, produzidos pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) para discutir juridicamente o impacto do texto aprovado junto à política social de saúde coletiva.

2.1 O CONGELAMENTO DE INVESTIMENTOS NA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE

Desde o início do governo Temer (2016) o Brasil tem experimentado uma política de austeridade. Mesmo com o processo eleitoral ocorrido em 2018, o Presidente eleito, Jair Messias Bolsonaro, tem mantido a racionalidade de contenção de despesas públicas com políticas sociais (FIGUEREDO, 2019).

Segundo já anunciava Bruno Moretti⁷ os efeitos da política de austeridade implantada no governo Temer não cessarão com o fim do seu mandato, vários serão os retrocessos experimentados pela população brasileira. Entre tantos retrocessos sinalizou que somete o SUS terá uma perda R\$ 9,5 bilhões este ano, além disso, destacou que o índice de mortalidade infantil voltou a crescer e, em uma projeção econômica, afirmou que os Estados e Municípios não serão capazes de financiarem os serviços de saúde. O autor destaca que tanto os resultados como as projeções são bastante preocupantes, uma vez que tudo isso ocorre nos primeiros anos de vigência da EC 95/2016 (MORETTI, 2018).

⁷ Economista pela UFF. Mestre em economia pela UFRJ. Doutor em sociologia pela UnB. Professor visitante do Departamento de Sociologia da UnB

Segundo Matsushita e Cavalcanti dentre as várias medidas impactantes tomadas pelo governo Temer, essa que aqui será analisada é uma delas, qual seja a apresentação da proposta de emenda à constituição n. 241 e n. 55 que tramitaram, simultaneamente, na Câmara dos Deputados e no Senado Federal, sua votação final, se deu nesta última casa legislativa em segundo turno, e teve como resultado a Emenda Constitucional n.º 95 aprovada em 15 de dezembro de 2016 (MATSUSHITA; CAVALCANTI, 2017).

A referida emenda, fruto do poder reformador, culminou na inserção de vários dispositivos no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias – ADCT, que instituiu um novo Regime Fiscal na esfera dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social, que valerá por vinte exercícios financeiros, ou seja, 20 anos. Em virtude disso foram estipulados limites para o poder executivos ou órgão elencado no art. 107 do ADCT:

Art. 107. Ficam estabelecidos, para cada exercício, limites individualizados para as despesas primárias:

I – do Poder Executivo;

II – do Supremo Tribunal Federal, do Superior Tribunal de Justiça, do Conselho Nacional de Justiça, da Justiça do Trabalho, da Justiça Federal, da Justiça Militar da União, da Justiça Eleitoral e da Justiça do Distrito Federal e Territórios, no âmbito do Poder Judiciário;

III – do Senado Federal, da Câmara dos Deputados e do Tribunal de Contas da União, no âmbito do Poder Legislativo;

IV – do Ministério Público da União e do Conselho Nacional do Ministério Público;

V – da Defensoria Pública da União. (BRASIL, 1988).

O art. 109 do ADCT prevê penalidades até o final do exercício de retorno de despesas caso esses órgão descumpram o limite de gasto, impondo vedações em remunerações, auxílios, criações de cargo, realização de concurso público e etc. As despesas dos órgãos citados acima se usarmos como base o teto fixado para 2017 o orçamento base será do ano anterior, ou seja, o ano 2016 com o acréscimo da inflação daquele ano. A redação originária estabelecia que o valor da despesa primária para 2017 seria corrigido de acordo com variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA, porém estipulou-se correção em 7,2%. De acordo com Matsushita e Cavalcanti essa porcentagem era correspondente ao índice de inflação esperado para 2016 e registrado no Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentária de 2017 para os exercícios seguintes (MATSUSHITA; CAVALCANTI, 2017).

O resultado primário se define pela diferença entre as receitas e despesas do governo, deixando de fora desse cálculo as receitas e despesas com juros. Então se a diferença for positiva, falaremos de um superávit e sendo ela negativa teremos um déficit. Será adotada a variação do IPCA que será de julho de um ano a junho do ano seguinte. Desta forma, podemos usar como limite o ano 2018, a variação a ser adotada será de julho de 2016 a junho de 2017. Isso ocorrerá de forma sucessiva para os demais exercícios. (D'ABADIA, 2016).

O projeto de lei orçamentária ao ser encaminhado deve demonstrar os valores máximos de programação e devem ser compatíveis com os limites individualizados que estão estipulados no ADCT art. 107, §1º e ter a observância no disposto nos §§ 9º e 7º desse mesmo artigo (BRASIL, 1988).

Deve-se observar aqui que no artigo 113 do ADCT dispõe que a proposta legislativa que venha criar ou alterar despesa obrigatória ou renúncia de receita, deve necessariamente ser acompanhada da estimativa de impacto orçamentário e financeiro. Além disso, salvo situação prevista no art. 59, inciso V, da Constituição, a proposta ficará suspensa por até 20 dias a pedido de um quinto dos membros da casa, para que seja analisada afim de que se garanta sua compatibilidade com o Novo Regime Fiscal (BRASIL, 1988).

Por força do § 5º do artigo 107 do ADCT, fica vedada a abertura de crédito suplementar ou especial, que tenha o objetivo de ampliar a quantia total permitida de despesa primária que se encontra limitada nesse artigo (BRASIL, 1988).

O poder executivo pode compensar redução de despesas primárias, nos três primeiros exercícios financeiros da vigência do Novo Regime Fiscal, desde que os valores sejam estabelecidos no projeto de lei orçamentária encaminhada por ele mesmo no respectivo exercício e que seja respeitado o limite de 25% (BRASIL, 1988).

Decorrido 10 anos de implantação do Regime Fiscal, o Presidente da República e somente ele, poderá propor projeto de lei complementar para que sejam alterados os limites estipulados no art. 107, § 1º do ADCT. Antes disso não há previsão legal para que sejam alterados esses limites. O descumprimento desses limites implicará em punições, tanto para o Poder Executivo quanto para os órgãos elencado no artigo 107, *caput* e incisos I a V do ADCT (BRASIL, 1988).

O art. 111 do ADCT estabeleceu que a partir do exercício financeiro de 2018 até o último exercício do novo Regime Fiscal, tanto a aprovação como a execução

previstas nos §§ 9º e 11 do art. 166 da Constituição Federal, irá corresponder ao montante obrigatório para o exercício de 2017, e este será corrigido pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA (BRASIL, 1988).

O congelamento dos gastos sociais, especialmente na área da saúde coloca um desafio enorme no país, agravando ainda mais o quadro de asfixia financeira que atualmente o Sistema Único de Saúde atravessa. O fato de não haver reposição de inflação, automaticamente os investimentos serão reduzidos, pois para a inserção desta medida não levou em consideração às taxas de crescimento econômico e nem os índices demográficos por um prazo de 20 anos (BRASIL, 2016).

Vieira explica alguns dos impactos que a EC nº 95 trará para a saúde:

Impactos do congelamento do piso do gasto federal com saúde para o financiamento do sistema, quais sejam: desvinculação das despesas com ações e serviços públicos de saúde (ASPS) da receita corrente líquida; perda de recursos em relação às regras de vinculação das Emendas Constitucionais nº 29 e nº 86; redução do gasto público per capita com saúde; desobrigação dos governos de alocarem mais recursos em saúde em contextos de crescimento econômico; e) provável aumento das iniquidades no acesso a bens e serviços de saúde; e dificuldades para a efetivação do direito à saúde no Brasil. Por fim, são elencadas particularidades do financiamento público da saúde que não foram consideradas na Proposta de Emenda Constitucional, com o objetivo de contribuir para o debate. (BENEVIDES E VIEIRA, 2016, p. 2).

Na prática, a EC/95 causa deterioração das condições no setor de saúde da população, visto que ocorrerá um desfinanciamento do SUS. As verbas federais para o SUS irão reduzir de “1,7% do PIB (2016) para 1,0% até 2036, Em um cenário retrospectivo, entre 2003 e 2015, essa perda seria de R\$ 135 bilhões, a preços médios de 2015, diminuindo os recursos federais do SUS de 1,7% do PIB para 1,1%” (MENDES; CARNUT; GUERRA, 2018, p.225), pode-se observar que isso afetará diretamente o financiamento das ações desenvolvidas na saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios uma vez que estes dependem de verbas federais para manter o sistema ativo (BRASIL, 2016).

No momento em que se discutia a PEC 241, houve posicionamento tanto a favor como contra ao novo regime. Os que eram a favor, alegam que a mencionada medida é de caráter importantíssimo, pois visa proporcionar o equilíbrio das contas públicas, por outro lado os que se posicionaram contra, questionaram até mesmo a constitucionalidade da medida, isto porque tal procedimento acarreta modificações

de despesas dos direitos sociais, principalmente na área da saúde e educação (BRASIL, 2016).

Na reportagem publicada no G1 Alvarenga⁸ e Laporta⁹ explicam que a PEC nº 241 divide opiniões alguns defensores enxergam como ponto positivo que as prioridades dos Estados serão reavaliadas de acordo com a dimensão do Estado. Essas novas alocações de recursos fazem com que o gasto se dê de forma eficiente ainda apontam que o problema do país guarda relação com a má gestão. Já os críticos enxergava a PEC como uma ameaça aos direitos sociais, as restrições serão consideráveis e um tanto desastrosa. (ALVARENGA; LAPORTA, 2016).

O governo busca justificar que as medidas adotadas se dão em virtude dos gastos, ou seja, o Estado gastou mais do que arrecadou, e que a intenção é reverter essa situação, argumentam ainda que o País depende disso para voltar a crescer, não tendo alternativa a não ser a redução e limitação das despesas. Na época de debates da PEC, o discurso adotado pelo governo era que se não fosse aprovado projeto, outras medidas iriam ser tomadas a fim de equilibrar as contas públicas, e uma das possibilidades era o aumento dos impostos, dessa forma, se defendia que a PEC era a medida menos dolorosa para a população.

A PEC nº 241, ficou conhecida em âmbito nacional como “a PEC do Fim do Mundo”, pois tinha a previsão de congelar o orçamento público por um longo período de 20 anos e deu origem a EC Nº 95, de acordo com o seu texto “ficaram congeladas as despesas orçamentárias com todas as rubricas não financeiras a partir de 2018. Assim, a única exceção à regra fica por conta dos gastos da União com o pagamento de juros e serviços da dívida pública.” (KLIASS, 2019).

Segundo colunista Gil Alessi, as contas públicas no vermelho foi o que levou o então presidente Michel Temer, a adotar à medida que foi considerada uma das maiores mudanças fiscais já vista em décadas, sob a justificativa de conter o rombo fiscal nas contas pública e tentativa de superação da crise econômica. Alessi explica que tal medida enfrentou muitas críticas da oposição e de especialistas no assunto que entenderam que a medida acarreta em empecilho nos investimentos em saúde e educação que se encontram amparado pela Constituição (ALESSI, 2016).

⁸ Alvarenga, Darlan. Repórter G1, São Paulo/SP. 19 anos de experiência profissional, pioneiro no jornalismo online, especializado em cobertura econômica e com ampla versatilidade.

⁹ Laporta, Taís. Repórter de mercado na revista EXAME.

Mariano aponta algumas consequências que o novo Regime Fiscal trará e seus reflexos no financiamento da Saúde e educação:

As novas regras [...] poderá levar ao sucateamento das políticas sociais, especialmente nas áreas da saúde e educação, pondo em risco por completo a qualidade de vida da população brasileira. O novo regime fiscal suspende, por consequência, o projeto constituinte de 1988, e retira dos próximos governantes a autonomia sobre o orçamento, salvo se houver, no futuro, em uma nova gestão, outra proposta de emenda constitucional em sentido contrário. Retira também do cidadão brasileiro o direito de escolher, a cada eleição, o programa de governo traduzido no orçamento [...]. (MARIANO, 2017, p. 261).

Depreende-se das observações citadas anteriormente que as regras adotadas pelo governo Temer tem produzido um impacto muito grande nas políticas sociais que vem afetando de forma negativa a sociedade brasileira. O autor deixa claro também que determinações constitucionais ficaram suspensas, haja vista que a EC nº 95 contraria vários dispositivos constitucionais. Ainda ressalta que tal medida tira a autonomia tanto dos novos governantes que devem respeitar o estabelecido no regime, caso não concordem deverão propor nova emenda constitucional, bem como a autonomia do cidadão em escolher o programa de governo definido no orçamento (MARIANO, 2017).

Pode-se verificar que essa medida é um retrocesso nas políticas sociais, ferindo vários princípios de proteção e promoção dos direitos humanos. “[...] A estagnação da economia corrói os avanços sociais recentes, enfraquece o governo democraticamente eleito e amplifica a crise política e o eco das ações antidemocráticas.” (FAGNANI, 2018, p.4). O autor ainda explica que devemos refletir que finalidade de constituir uma sociedade equitativa demanda, entre tantos obstáculos, a cautela da inclusão social que ocorreu nos últimos anos e a proteção dos direitos de cidadania garantidos pela Constituição.

Merece destaque as críticas desferidas pela autora Cohn, em relação ao sistema adotado pelo governo, comparando suas artimanhas como um verdadeiro “cavalo de pau” nas políticas públicas sociais. Ainda, o autor debruça-se na ideia do fim das políticas sociais estruturantes que visavam o a expansão dos direitos sociais e que nos últimos governos tiveram resultados positivo, agora há uma inversão de valores o interesse privado se sobrepondo ao interesse publico (COHN, 2016).

Nesse contexto temos uma impressão como se tudo estivessem voltando à estaca zero, todas as lutas e sacrifícios que giraram em torno dos conflitos sociais

parecem ter sido em vão, Belluzzo¹⁰ ao ser questionado sobre os ataques aos pilares da democracia, aponta que tudo isso tem a ver com a história social do Brasil, ou seja, na construção do próprio estado e reconhecimento da cidadania “nós temos de tempos em tempos uma reação conservadora, retrógrada que se exprime em tentativas autoritárias de impedir o avanço da sociedade.” (BELLUZZO, 2016).

Santos aponta que o bem-estar social, algo que seria construído paulatinamente com o desenvolvimento de inúmeras políticas públicas, direcionadas à propagação programas de proteção social, implica em ampliação das fontes de financiamento. Merece destaque ainda o que sinaliza o autor que desde 1988 alguns setores se viam prejudicado com o desenvolvimento do arcabouço estatal, metodicamente vem se refutando qualquer progresso social (SANTOS, 2019).

Percebe-se que as classes dominantes nunca se deram por satisfeita, ou seja, essa parte minoritária, porém mais poderosos vê o desenvolvimento do Estado como uma barreira aos seus interesses, visto que quanto mais se destina verbas para as políticas públicas e a remuneração, isso irá refletir diretamente na concentração da riqueza. Dessa forma os atores prejudicados, logo se manifestam atacando o Estado através de manipulação de pessoas para que estas rejeitem a implementação as políticas públicas (SANTOS, 2019).

Em NT nº 28 IPEA¹¹ Benevides e Vieira já previam um impacto negativo no tocante ao Novo Regime Fiscal e implementação da PEC 241:

Em especial, o novo Regime Fiscal visa reverter uma trajetória histórica de crescimento real do gasto público, o que implica uma ruptura dos acordos políticos e sociais relacionados com essa dinâmica. Portanto, a eventual aprovação e conseqüente implementação da PEC 241 não seriam processo isolados provavelmente se ramificando em outras medidas igualmente estruturantes que afetariam compromissos já assumidos quanto à abrangência, princípios, coberturas e qualidade das políticas sociais. (BENEVIDES E VIEIRA, 2016, p.5).

Diante do cenário que nos encontramos, vemos a destruição, um desmonte daquilo que ainda estava em construção, nesse sentido Belluzzo explica que “aqui não prosperaram os ideais de democracia e Estado de Direito. Tudo é feito com

¹⁰ Belluzzo, Luiz Gonzaga. Economista Luiz Gonzaga Belluzzo, professor das Faculdades de Campinas (Facamp), entrevista que concedeu à pesquisa Região e Redes.

¹¹ Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, fundação pública federal vinculada ao Ministério da saúde. BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá e; Vieira, Fabiola Sulpino. Nota técnica nº 28. Os Impactos do Novo Regime Fiscal para o Financiamento do Sistema Único de Saúde e para a Efetivação do Direito à saúde no Brasil. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&id=28589>. Acesso em: 05 mai. 2019,

truculência, com arbitrariedade, mesmo aquilo que pretensamente é feito em nome da lei.” (BELLUZZO, 2016). Reis aponta que devemos dar uma atenção especial às tratativas que envolvem as políticas sociais, haja vista que independente das circunstâncias, as alterações dos serviços sociais públicos não podem esquecer seus objetivos basilares, ou seja, reduzir as desigualdades, resguardar os mais fracos e conseqüentemente buscar melhoria afim de que alcance o bem-estar social para todos (REIS, et. al, 2014, p.320).

Na ideia implantada pelo governo de equilíbrio fiscal, os gastos primários foram congelados, e isso poderá vir a acarretar a inviabilização crescimento das conquistas sociais. Em 2014 iniciou o colapso fiscal, e desencadeou uma série de ações que acarreta o sufocamento do Estado e retrocesso no desenvolvimento social brasileiro. A aprovação da EC Nº 95/16, consolida a agressão letal aos arcabouços do Estado Social, sentenciando-o à estagnação. O estancamento dos gastos implicará, no decorrer do tempo, uma diminuição considerável nas políticas públicas que visam supri as necessidades básicas dos cidadãos (SANTOS, 2019), uma vez que as despesas primárias ficarão estagnadas.

Pesquisa divulgada no documento “Austeridade e Retrocesso” aponta que as afirmações quanto à implantação do Novo Regime fiscal não passam de afirmações falaciosas, esclarece que há uma diferença alarmante entre as regras fiscais de países mais desenvolvidos e o Novo Regime Fiscal. O documento traz como exemplo a União Europeia que faz uso de metas fiscais estruturais, porém no caso da União Europeia há a possibilidade de ajuste que se baseia no ciclo econômico e cláusulas de escapes, que prevê, caso ocorra uma crise econômica, relaxamento das restrições fiscais (DWECK; OLIVEIRA; ROSSI, 2016, p.48).

O mecanismo adotado pelo governo brasileiro segue a fórmula da então divulgada austeridade fiscal, fantasiando ser única solução para os problemas econômicos do país. O autor deixa claro que se trata inegavelmente de mecanismo meramente artificial que visa reduzir a complexidade das questões, promovendo uma inversão da consciência social a fim da subsistência de instrumentos reprodutores da desigualdade e indignância na sociedade (TAVARES, 2018).

No Brasil a desigualdade e os problemas sociais impede que seja implantado um regime de tamanha magnitude, os países que implantaram tal sistema possuem a estrutura diferente da estrutura brasileira:

Na maioria desses países já existe uma estrutura consolidada de prestação de serviços públicos, diferentemente do Brasil onde há maiores carências sociais e precariedades na infraestrutura (urbana, econômica e social). Sendo mais razoável que tais países desenvolvidos se preocupem em manter o tamanho de seus Estados estabilizados em relação à economia, ao fixarem uma taxa de crescimento das despesas públicas igual à taxa de crescimento do PIB no médio prazo. Esse regime fiscal europeu é totalmente diferente do “nominalismo tupiniquim”, no qual é estabelecido que o gasto agregado deve ter crescimento real nulo, independentemente de quanto cresça o PIB ou a população. (DWECK; OLIVEIRA; ROSSI, 2016, p.48).

É de se observar aqui que em virtude da falta de estruturação em que se encontra o país, esse mecanismo não trará resultados positivos, acarretando desta forma em uma diminuição de gastos nas áreas que mais carecem de investimentos. Essa redução refletirá significativamente no setor da saúde e conseqüentemente trará impactos sociais, haja vista que se trata de um sistema que já sofre com a precariedade de recursos não necessita de muito esforço para sentir os efeitos que a falta de recurso trará (DWECK; OLIVEIRA; ROSSI, 2016, p.48).

Neste mesmo documento é apresentado simulação de aplicação do novo regime fiscal entre o período de 2015 a 2036, onde se percebe que as despesas primária do governo federal diminuiria de 20% para cerca de 16% do PIB até 2026, desta forma a saúde e educação correm o risco de ter seus gastos reduzidos de 4% do PIB para 3% do PIB dentro de 10 anos. O gasto previdenciário que representa o maior gasto de despesa primária continuará crescendo (DWECK; OLIVEIRA; ROSSI, 2016, p.48) é o que se observa no gráfico abaixo com simulação das despesas públicas sob o novo regime fiscal entre o ano 2015 e ano 2016.

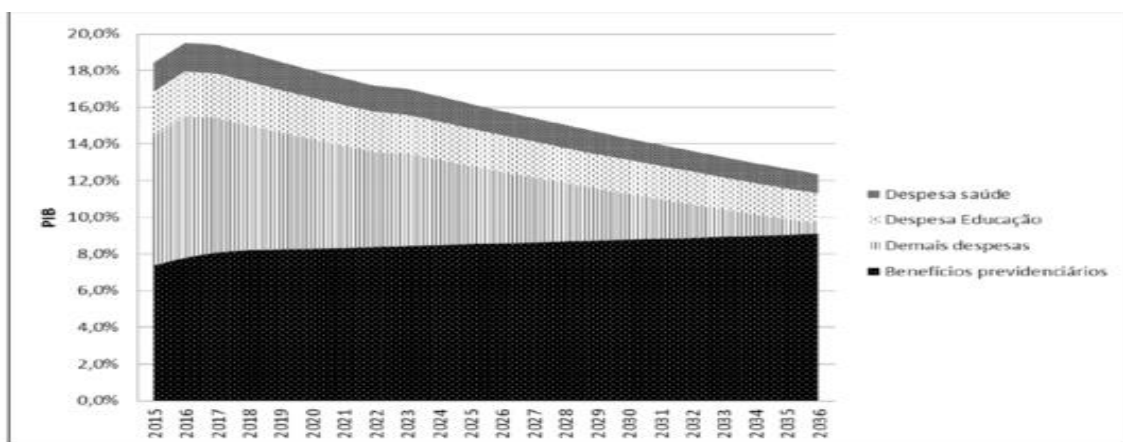


Ilustração 1: Despesa pública na vigência do Novo Regime Fiscal

Fonte: DWECK; OLIVEIRA; ROSSI (2016, p.48).

Essa simulação reflete o que se deve esperar para os próximos anos com a diminuição das despesas primárias do governo Federal, segundo Santos a EC Nº 95 servirá para as demais reformas que visam desestruturar o Estado Social, onde se utilizará da desculpa de não poder aumentar os gastos público, ou seja, O governo justifica suas ações com base na impossibilidade de elevação dos gastos públicos (SANTOS, 2019). Contudo, devemos ter em mente que os recursos direcionados para área social, não são gastos e sim investimentos, e conseqüentemente por se tratar de investimento, implicará em retorno econômico, além do social é claro, isso se dá em virtude do seu efeito multiplicador (COHN, 2016).

A EC Nº 95 funcionará como estopim inicial para implantação de novas medidas governamentais, funcionando como uma espécie de ponte de acesso a outras medidas que trarão um impacto muito grande no contexto social, o plano orquestrado pelo governo nada mais é do que um “ataque frontal à Constituição Federal e desmontando o frágil e incipiente sistema de proteção e promoção social brasileiro.” (FORO, 2017, p. 65).

Restam duvidas quanto a real intenção do governo sobre a efetividade das medidas tomadas até agora. Segundo Santos quanto ao congelamento do gasto o governo não está enfrentando o problema de forma devida, e isso inevitavelmente causará problemas futuros. Merece destaque o apontamento trazido pelo autor que preconiza que não é a crise fiscal o principal elemento da questão, como justifica o governo, assim debruça-se a analisar que primeira saída deveria ser não só o aumento dos tributos, como também a arrefecimento de alguns benefícios fiscais, além disso, deve haver uma forma de combate mais eficiente às ações como sonegação, contrabando, descaminho e a respectiva cobrança da dívida ativa que já ultrapassou a casa de R\$ 1,5 trilhões, dentre outros (SANTOS, 2019).

Santos sinaliza que o governo poderia ter adotado outras medidas, que não impactasse de uma forma tão grande nos direitos sociais, ainda o autor aponta que os ataques nos programas sociais não tem por objetivo o equilíbrio fiscal e sim a destruição do modelo de Estado, visto que se trata de um Estado de bem-estar social em busca de torná-lo em estado mínimo, atendendo apenas aos interesses da minoria (SANTOS, 2019).

Desse modo, o próximo ponto deste capítulo pretende contextualizar a situação e abordar os impactos que o novo regime fiscal vem provocando na seara da política de saúde coletiva. Para cumprir com tal pretensão, parte da pesquisa

realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) em Nota Técnica nº 28/2009.

2.2 PROJEÇÃO DE IMPACTOS DO NOVO REGIME FISCAL NA ÁREA DA SAÚDE: UMA ANÁLISE JURÍDICA DA NOTA TÉCNICA Nº 28 DE 2019 DO IPEA

No intuito de dar sequência a abordagem até então realizada, parte-se da implantação do novo Regime fiscal que estabeleceu um teto para as despesas primárias com base nas despesas do ano anterior, esses montantes serão corrigidos pela inflação do mesmo período e tem o prazo estipulado para duração de 20 anos. O novo regime fiscal altera a Constituição Federal e limita o crescimento das despesas dos três órgãos, inclusive de órgãos autônomos (PIRES, et al., 2017).

Ferreira e Quadrado (2018), afirmam que a limitação do teto de gastos, acarretou o congelamento nos gastos públicos por 20 anos, uma vez que se definiu mecanismo para cálculo do teto das despesas públicas. Desta forma os respectivos ajustes do gasto público vão depender da inflação do ano anterior. O autor aponta ainda os gastos com saúde e educação que teve aumento acima da inflação nos últimos três anos também sofrerá com o corte dos gastos. Segundo reportagem da Fabiana Reinholz¹² tal delimitação enfraquece o pacto social firmado entre o cidadão e o Estado, a reportagem aponta ainda, que por trás da lei de teto de gasto, há um programa de privatização, concentração de renda e conseqüentemente exclusão social (REINHOLZ, 2018).

Verifica-se que tal medida carece de mais esclarecimentos por parte do Estado, pois a sociedade deve ter consciência do alcance da adoção das medidas, uma vez que seus reflexos impactarão justamente em direitos que demandam cautela e de interesse de todo cidadão. Segundo Ferreira; Quadrado "consequências do teto pelo governo federal são alarmantes e prejudicarão principalmente a população pobre, periférica e vulnerável [...], gerando uma desigualdade social que há anos os governos vinham lutando para combater." (FERREIRA; QUADRADO, 2018, p. 50).

¹² Fabiana Reinholz, Repórter no Jornal Brasil de Fato. Reportagem: Emenda 95, o enfraquecimento do pacto social. Publicada em 3 de Outubro de 2018. Porto Alegre/RS.

Corroborando com o descrito acima Benevides e Vieira sinaliza a obscuridade que a medida traz:

Trata-se, portanto, de uma reforma implícita do Estado: a EC Nº 95 dá corpo ao "Novo Regime Fiscal" (NRF), sem revelar a real intenção de reduzir a participação das despesas primárias em relação ao Produto Interno Bruto, implicando a redução da participação do Estado em diversas políticas públicas, entre as quais as de saúde e de educação. Não é por outra razão que a proposta do NRF surge como emenda à constituição, dado que essas políticas têm percentuais garantidos de receitas na CF 1988. Ou seja, se a intenção da EC Nº 95 não fosse reduzir a participação das despesas com saúde e educação em proporção do PIB, tal reforma não necessitaria ser inscrita na Constituição. (BENEVIDES; VIEIRA, 2016, p. 3-4).

Conforme se depreende da citação, o interesse do Estado está voltado em diminuir sua participação nas despesas primárias. Entretanto o objetivo principal se encontra mascarado e as justificativas dessas mudanças não são plausíveis. É importante considerar, por exemplo, que o setor mais carente de investimentos está paulatinamente sendo atacado e isso ao invés de contribuir para a diminuição dos desequilíbrios sociais só aumentam ainda mais as diferenças sociais. Merece destaque o sinalizado pelo autor que o único meio de atingir tal objetivo, é através de emendas à constituição, visto que tais despesas se encontram resguardadas constitucionalmente não podendo ser objeto de alteração arbitrária. É o que destaca os autores Alcântara, Filho e Mendes:

A contenção de gastos foi somente nas despesas primárias (políticas públicas) visto que as despesas financeiras não foram limitadas, isto é, sem limites de gastos para a dívida pública. Antes da EC Nº 95, estava em vigor a EC 86/2015, que havia estabelecido uma base de cálculo de aplicação do governo federal em ações e serviços públicos de saúde para 13,2% da Receita Corrente Líquida (RCL), em 2016, elevando-se de forma escalonada, até alcançar 15% da RCL, em 2020. Com a EC Nº 95, a porcentagem foi adiantada para 2017 [...]. (ALCANTARA; FILHO; MENDES, 2019, p. 82).

Percebe-se que as demais despesas ficarão de fora dessa conta. Segundo Alessi a previdência é um exemplo de despesa que, naquele momento (2016), ficou fora da conta e demanda 40% dos gastos públicos. O mais preocupante, contudo, é constatar a EC 86/2015 já tinha estipulado o montante mínimo que o governo deveria destinar as despesas primárias. Não é exagero afirmar que o Estado para atingir seus interesses não leva em consideração às normas que estavam em vigor,

haja vista que em todo esse processo houve um descaso com o preconizado na Constituição.

Em Nota Técnica nº 161 do DIEESE, sinaliza que enquanto ainda se discutia PEC nº 241 já havia previsão de impactos, desta forma:

A PEC altera também a vinculação entre receitas e despesas públicas, afetando a área social da ação estatal. Os limites mínimos definidos para aplicação nas áreas de saúde e educação, que possuem seus recursos vinculados por determinações constitucionais [...]. As mudanças propostas, por meio da PEC 241, confirmam a opção do governo em exercício em priorizar o ajuste fiscal pela ótica da despesa primária. Os novos critérios de reajuste das principais despesas da União confirmam esta estratégia. Ao prever que as despesas do Governo Federal, independentemente do nível da atividade econômica, passem a ser reajustadas somente pela inflação do ano anterior. (DIEESE, 2016, p. 9).

A desvinculação das receitas terá um reflexo na área social, visto que o mínimo estabelecido para área de saúde e educação poderá ser suprimido, haja vista que há uma proibição afim de que não se ultrapasse o teto de gastos. Assim, reveste-se de particular importância sabermos que embora haja estipulação de um valor mínimo para o setor da saúde e da educação "[...] o gasto público com saúde no Brasil se situa abaixo do gasto de países que possuem sistema universal de saúde, e mesmo abaixo dos gastos de países da América Latina nos quais a saúde não constitui um dever do Estado." (BENEVIDES; VIEIRA, 2016, p.9). Sob essa ótica, ganha particular relevância que o papel do Estado deve ser um papel garantidor, que vise alcançar o bem-estar social, nesse sentido não deverá agir em detrimento aos direitos constitucionais.

Num contexto em que a imposição estatal pretende sobrepor seus interesses coletivos, desconsiderando as necessidades da sociedade. Preocupa-se que com a implantação do novo sistema, a redução do gasto irá alcançar várias áreas que dependem da alocação das verbas primárias, resultando em afronto direto na estrutura do Estado Social e todos os direitos garantidos pela Constituição. Nesse interim de acordo com Bonavides e Vieira "as políticas que asseguram direitos e contribuem para o alcance dos objetivos da República deixam, assim, de ser as verdadeiras prioridades para ação do Estado [...]. Na prática, o que esta Emenda faz é uma reforma do Estado." (BENEVIDES; VIERA, 2016, P. 23).

A EC Nº 95 impõe à sociedade brasileira uma ruptura da trajetória consolidação do estado do bem-estar social, construído nas últimas

décadas de forma lenta, com idas e vindas, mas de maneira consciente. Implicará, no caso da saúde, maiores dificuldades para efetivação do direito à saúde, empurrando aqueles que dispõem de recursos financeiros para o mercado de planos de saúde; os que têm consciência de seu direito, da responsabilidade do Estado e mais de exigi-lo, para a judicialização; e os mais vulneráveis sujeitos à insuficiência da oferta e da qualidade dos serviços públicos cada vez mais precarizados. (BENEVIDES; VIEIRA, 2016, p.23).

Percebe-se que o novo Regime Fiscal impôs à sociedade um modelo de Estado que ignora direitos alcançados através das reivindicações e evolução da sociedade. Fica evidente, diante desse quadro que a medida adotada pelo Estado trará impactos irreversíveis para a sociedade principalmente em se tratando do financiamento da saúde, visto que as verbas ficarão estagnadas por 20 anos.

Estudo realizado pelo IPEA divulgado através da Nota Técnica nº 28 elaborada por Benevides e Vieira projetou vários impactos para o financiamento do SUS. O primeiro impacto sinalizado no estudo é a desvinculação das despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), o estudo aponta que embora tenha ocorrido a implantação da EC nº 29, de 2000 o problema do financiamento do SUS ainda não foi equacionado. Em 2016 entrou em vigor a EC 86 que determinou a vinculação do gasto federal com ASPS sobre a Receita Corrente Líquida (RCL), desta forma a porcentagem seria 13,2% e aumentaria gradativamente até que se alcance em 2020 15% (BENEVIDES; VIEIRA, 2016), porém se o novo ajuste vigorasse de 2003 a 2015 a perda seria de R\$ 257 bilhões e como consequência reduziria os recursos alocados no financiamento do SUS é o que se observa no gráfico abaixo:

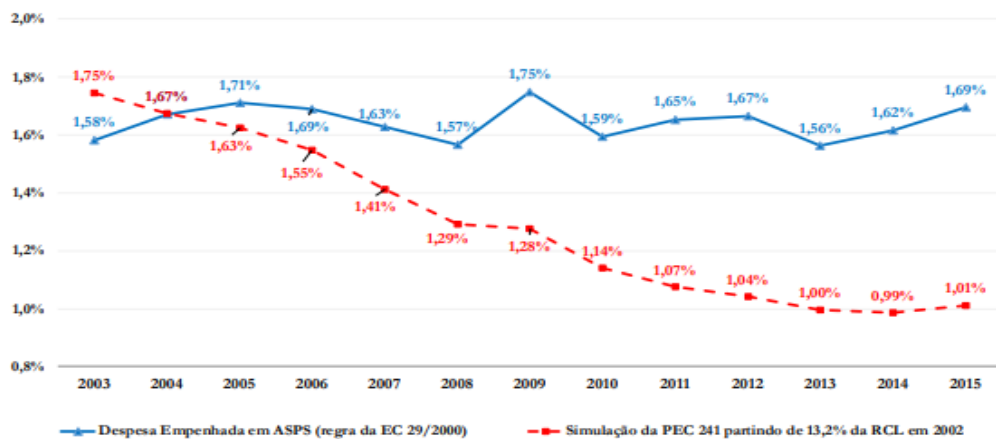


Ilustração 2: Simulação de impactos no SUS

Fonte: Nota Técnica nº 28 IPEA (2016, p.9).

O gráfico acima aponta o impacto da PEC nº 241 sobre o Gasto Federal do SUS caso vigorasse desde 2003 (em % do PIB) e durasse até 2015, a partir dessa vertente podemos ter uma visão melhor da estimativa do impacto que teria se os cortes fossem desde 2003, desta forma o estudo feito pelo IPEA aponta que “a participação da despesa com ASPS da União no PIB de 1,75% em 2003 para 1,01% em 2015[...]. **No período de 13 anos, a perda teria sido 42,1%.**” (BENEVIDES; VIEIRA, 2016, p.9 - 13). [grifo do autor].

A Desvinculação de Receitas da União (DRU) foi criada em 1994 e na época visava estabilizar a economia após o Pano Real, a DRU permite que o governo federal use livremente uma porcentagem de todos os tributos federais que se encontram vinculados por lei a fundos ou despesas, ou seja, os recursos destinados a áreas como educação, saúde e previdência social e permite também a manipulação de recursos para o pagamento de juros da dívida pública esse mecanismo já passou por diversas mudanças e atualmente a DRU foi reformulada pela EC Nº 95/16 que estabeleceu a o montante de 30% de recursos vinculados dos gastos específicos da seguridade social e do orçamento fiscal, as contribuições sociais e fonte principal de recursos da DRU representando em torno de 90% valor desvinculado (BRASIL, 2016).

Benevides e Vieira em estudo dos impactos da EC Nº 95 sinaliza que as perdas de recursos direcionados para a saúde chega a mais de 400 bilhões em 20 anos se levado em consideração o crescimento da economia que se dá em 2% ao ano. O autor aponta ainda que “a redução dos recursos garantidos para o sistema público de saúde ocasionará constrangimento ainda maiores que os atuais para oferta de bens e serviços de saúde à população brasileira.” (BENEVIDES; VIEIRA, 2016, P. 21).

Ainda se observarmos o que sinaliza a Nota Técnica nº 28 percebe-se que, além da desvinculação dos gastos com saúde em alíquotas graduais, a proposta do congelamento levou em consideração o ano que o piso da saúde era extremamente baixo em virtude da queda da RCL, além disso, não foram levados em consideração os índices demográficos e epidemiológicos que estão em constante transformação no nosso território (BENEVIDES; VIEIRA, 2016).

Segundo aponta Benevides e Vieira:

As projeções do IBGE para a estrutura etária indicam que a população com 60 anos ou mais, que hoje representam cerca de 12,1% do total, em 2036 representará 21,5%. Em termos absolutos, em 2036 a população com 60 anos ou mais representará praticamente o dobro da atual (+96%), passando de 24,9 milhões para 48,9 milhões de habitantes, e a população com 80 anos ou mais aumentará em mais de 150%, passando de 3,5 milhões para 8,8 milhões. (BRASIL, 2013, Apud BENEVIDES; VIEIRA, 2016, p.20).

Depreende-se do citado acima que as mudanças demográficas no território brasileiro implicarão no aumento na despesa pública, isso se dará de acordo com que aponta Benevides e Vieira se o direito a saúde não for “suprimido da Constituição ou não haja redução do acesso pela via da queda da qualidade e da cobertura da assistência [...], por meio de uma espécie de reforma implícita do Estado, com redução do acesso ao sistema público.” (BENEVIDES; VIEIRA, 2016, p. 20).

O segundo impacto estimado na NT nº 28 trata-se da redução do gasto público per capita com saúde, levando em consideração a projeção feita pelo IBGE no ano de 2013, onde se constata que a população brasileira atingirá seu auge em 2042 e contará com 228,4 milhões habitantes a partir disso começará a diminuir (IBGE Apud BENEVIDES; VIEIRA, 2016). Sabe-se que o aumento da população obrigatoriamente implicam despesas, entretanto isso não poderá acontecer haja vista que os gastos estarão estagnados (BENEVIDES; VIEIRA, 2016).

A Comissão Macroeconômica da Organização da Saúde desde 2001 chamou atenção apontando que a saúde e educação são pilares do capital humano na questão econômica, desta forma uma boa saúde é elemento fundamental para a redução da pobreza, contribuindo para o incremento e aumento econômico em longo prazo. Além de colaborar para o aumento de produtividade do trabalho, a geração de emprego e auferir renda é algo relevante no setor da saúde (SULPINO, 2018).

O terceiro impacto trazido pela NT nº 28 trata-se da desobrigação que os governos terão de alocar mais recursos em saúde, em contextos de crescimentos econômicos, tem-se como exemplo o crescimento do PIB o governo não estaria obrigado a Alocar mais recursos para o SUS, podendo deslocar para qualquer setor de seu interesse, essa é uma questão suma importância, visto que os recursos do SUS são ineficientes para atender a tal demanda (BENEVIDES; VIEIRA, 2016).

A redução do gasto per capita o qual foi estabelecido pela EC/95/16 desconsidera os índices de envelhecimento da população brasileira, além de não levar em consideração também a desigualdade territorial em relação à insuficiência

de oferta de bens e serviços de saúde, a pressão para implementação de novas tecnologias, e a limitação fiscal para alocação de recurso para a saúde dos demais entes federativos, soma-se também a esse assunto o pouco investimento com intuito de melhorar a gestão e o grande rodízio de gestores de saúde, impossibilitando a continuidade de atividades importante na implementação das políticas voltadas para a saúde (SULPINO, 2018).

O quarto impacto estimado pela NT nº 28, trata-se provável aumento das injustiças no acesso a bens e serviços de saúde, o estudo aponta que o desfinanciamento do SUS terá um impacto maior àqueles grupos sociais mais carentes, onde os comportamentos relacionados à saúde tende a variar de acordo com o meio social que o indivíduo esta inserido, sinaliza que “as desigualdades no estado de saúde estão muito associadas à organização social, tendendo a espelhas o grau de iniquidade em cada sociedade.” (BENEVIDES; VIEIRA, 2016).

O quinto impacto estimado pela NT nº 28 trata-se da dificuldade para a efetivação do direito à saúde no Brasil, o estudo aponta que hoje o SUS sem todas essas limitações já sofre em garantir o acesso a quem necessite, sofrerá ainda mais com a implantação do novo regime, traz uma critica em relação à solução proposta que visa à ampliação dos planos privados de saúde com cobertura limitada e com preço mais acessíveis, sinalizando que isso não resolveria o problema, uma vez que esse plano presta serviços somente ambulatoriais e os atendimentos mais complexos desaguaria no SUS (BENEVIDES; VIEIRA, 2016).

Ainda, Pesquisa¹³ feita com consumidores nas 27 capitais brasileira através do órgão de Serviço de Proteção ao Crédito (SPC) juntamente com a Confederação Nacional de Dirigentes Lojistas, constatou que 69,7% dos brasileiros não possuem plano de saúde particular e que esse percentual é ainda maior quando se trata de pessoas da classe C, D, e E, alcançando a marca de 77%. A pesquisa aponta que 44,8% dos entrevistados que não possuem plano de saúde, recorrem ao SUS quando precisam de atendimento, especialmente os que compõem as classes C, D e E.

Estudo realizado por pesquisadores projetam mortalidade infantil como mais um dos efeitos do regime adotado pelo país. A EC Nº 95 afetará milhares de criança

¹³ Pesquisa realizada pelo repórter da Agência Brasil, Bruno Brochini, publicada no dia 21/02/2018 no site da Empresa Brasil de Comunicação – EBC. Disponível em: <https://http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2018-02/pesquisa-mostra-que-quase-70-dos-brasileiros-nao-tem-plano-de-saude-particular>.

menores de 5 anos, que em virtude da contenção dos gastos poderão chegar a óbito, esse efeito perverso se dá em decorrência de doenças dado a situação de pobreza em que se encontram algumas famílias no território brasileiro (RASELLA, 2017). Ainda, o Instituto Alana aponta que a EC Nº 95 traz inúmeros efeitos negativos violando direitos básicos, como saúde, educação e assistência social, a política advinda da EC Nº 95 é responsável por um aumento na mortalidade infantil, ou seja, aumentará de 8,6% até 2030 (ALANA, 2018).

É possível verificar que o aumento da mortalidade infantil é reflexo da medida adotada pelo Governo:

O aumento da mortalidade infantil está diretamente relacionado a outros dados extremamente alarmantes, como o aumento da Extrema Pobreza, a escassez de investimentos em saneamento básico e a piora no atendimento à saúde da população diante dos cortes de gastos. Os cortes afetaram a oferta e a cobertura de vacinas, a qualidade do atendimento dos hospitais e interromperam o programa de atenção básica, o Mais Médicos. (DWECK; OLIVEIRA; ROSSI, 2018, p. 15).

Depreende-se do citado que o corte de gasto afetará a população que mais necessita de assistência, há regiões no país onde os recursos são escassos e muitas famílias vivem na miséria dependendo de programas sociais para sobreviver, os programas sociais como bolsa família, minha casa minha vida, financiamento estudantil (FIES), programas de assistência básica, entre outros visam diminuir esse agravante das famílias mais carentes, hoje estão sendo sucateados com a implantação da EC Nº 95.

Embora o nosso foco principal seja apontar alguns impactos que o NRF terá no setor da saúde, existem outras áreas que também serão afetadas que merecem ser sinalizadas aqui. Conforme apontado pelo DIEESE enquanto ainda se discutia a PEC 241 havia uma previsão de impacto nos estados e no Distrito Federal, quanto a renegociação das suas dívidas com a União. “Já havia uma proposta de renegociação em tramitação: o Projeto de Lei Complementar nº 257, de 22 de março de 2016 (PLP 257/2016), que propõe a reestruturação e alongamento de dívidas dos estados e do DF.” (DIEESE, 2016, p. 12).

Ainda, o DIEESE sinaliza “Outra possível consequência das medidas previstas na PEC poderá ser a revogação ou alteração da política de valorização do salário mínimo (SM). Implementada em 2007, como uma política até 2023.” (DIEESE, 2016,

p.11). O estudo técnico realizado por D'Abadia sinaliza que com as novas regras que visam a contenção de gasto causará déficits na conta da previdência:

Especialmente no tocante à vinculação ao salário mínimo, atualmente, a Lei nº 13.152/2015 determina que o salário mínimo a cada ano seja corrigido pela inflação e acrescido, a título de crescimento real, da taxa de crescimento real do PIB de dois anos antes. Essa política visa buscar ganhos reais contínuos para o salário mínimo. Ocorre que a indexação de boa parte da Previdência ao salário mínimo assegura que as despesas nessa área cresçam mais do que a inflação ano a ano.

Com isso, por exemplo, o salário mínimo para 2016 foi calculado com base no INPC de 2015 e no crescimento do PIB de 2014, que foi de 0,1%. No entanto, a receita para o ano de 2015 caiu 4,66%, indicando que a metodologia atual acarreta déficits na conta da Previdência. (D'ABADIA, 2016, p.5).

Percebe-se que esta é mais uma medida que contraria o que estabelece o ordenamento jurídico, acarretando um retrocesso no desenvolvimento econômico do país. Segundo Carta Maior as limitações imposta ao salário mínimo contribuiu para o aumento da pobreza e miséria em todas as regiões do Brasil, segundo dados divulgados pelo IBGE constatou-se que entre 2016 e 2017 o número de pessoas em situação de extrema pobreza aumentou de 13,3 milhões para 14,8 milhões (BEGHIN, 2018).

A Educação também é um setor que terá grandes perdas, visto que “a EC Nº 95 – que desvinculou as receitas da educação – somada às restrições fiscais impostas aos Estados e Municípios, inviabiliza definitivamente o Plano Nacional de Educação [...]” (DWECK; OLIVEIRA; ROSSI, 2018, p.9).

Segundo Matuoka¹⁴ o teto de gasto é uma ameaça ao Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica (FUNDEB), uma vez que apenas 20% do investimento na área vêm da União, enquanto 80% vêm dos estados e municípios que direciona os investimentos de acordo com a arrecadação dos impostos sobre circulação de mercadorias e serviços (ICMS). Entretanto no cenário em que nos encontramos hoje com a recessão econômica automaticamente há uma queda no consumo causando diminuição do ICMS e conseqüentemente caem os investimentos na educação (MATUOKA, 2017).

Convém destacar que desde 2017 encontra-se em tramitação a Ação Direta de Inconstitucionalidade 5658, recebida pelo Supremo Tribunal Federal (STF), onde

¹⁴ Matsuoka, Ingrid. Repórter no Centro de Referência em Educação Integrada. Impactos do Teto de Gasto nas Políticas de Educação. Reportagem publicada dia 29/11/2017.

o Partido dos Trabalhadores questiona vários dispositivos da EC Nº 95, e pleiteia também uma nova interpretação no tocante ao art.107 da ADCT com objetivo de excluir os gastos da saúde e educação na limitação da emenda (BRASILIA, 2017).

Diante de tudo que foi exposto, é possível aduzir que a EC Nº 95 está afetando de forma avassaladora o desenvolvimento brasileiro – no sentido de mitigar o acesso à cidadania, ao conceito amplo de promoção de saúde e exercícios de liberdades -, haja vista que, para além da saúde coletiva, diversos setores sofrerão com a contenção dos gastos. O documento Austeridade e Retrocesso ressalta que o “desenvolvimento brasileiro deve passar pela redução das desigualdades e pela ampliação do acesso aos bens e serviços públicos em contexto de aprofundamento democrático.” (DWECK; OLIVEIRA; ROSSI, 2018, p.63). Merece destaque o observado pelo estudo quanto a ampliação dos gastos sociais que funciona como ferramenta no desenvolvimento e efetivação de direitos humanos, o que aumenta o efeito redistributivo na política fiscal.

CONCLUSÃO

O desenvolvimento do presente estudo possibilitou uma análise da implantação do novo sistema orçamentário adotado no Brasil, que se instituiu por meio da EC Nº 95, uma reflexão acerca dos impactos decorrentes dessa decisão nas políticas sociais, notadamente na política de saúde coletiva. O olhar da pesquisadora volta-se para a saúde, uma vez que na seara de ações públicas voltadas para a Seguridade Social (previdência, assistência e saúde), a estruturação do Sistema Único de Saúde é o único que pretende ser universal e destina-se a preservação da vida de todos aqueles residentes no país.

Em um primeiro momento a pesquisa discorreu acerca da construção do direito à saúde enquanto uma expressão dos Direitos Humanos e verdadeiro compromisso a ser efetivado pelos Estados nacionais em nome da proteção da população ao processo de exclusão promovido pelo sistema capitalista. Após o panorama conceitual, percorreu pela consolidação do direito à saúde na seara política no Brasil, expondo seu alcance e gestão.

Nesse trajeto conceitual foram evidenciados inúmeros aspectos socialmente transformadores após a promulgação do texto constitucional: verificou-se que a saúde pública rompeu com os aspectos que a vinculavam ao trabalho assalariado, registrado para se tornar uma política de acesso universal. O propósito estatal levou à criação do SUS, que incutido na ideia central que atribuiu a todas as pessoas o direito à saúde, funciona como mecanismo de gestão solidária pelos entes federados, para assegurar o acesso à saúde preventiva, curativa, além afirmar compromisso no sentido de promover a educação em saúde.

O direito à saúde traz consigo característica de essencialidade, sendo um direito humano fundamental, diretamente ligado ao direito à vida e a dignidade da pessoa humana. Traduz, dessa forma, a importância que se deve ter com o cidadão, respeitando-o como pessoa, resguardando sua vida, seu corpo e sua saúde. A respeito disso a CF/88 estabelece percentuais mínimos de receitas orçamentárias que devem ser investido na política de saúde pública. Porém, no decorrer da pesquisa, foi possível constatar, que os gastos com a saúde no Brasil ainda são

insuficientes, não alcançando todas as necessidades da universalidade da população. Os gastos efetivados, em pesquisa realizada por Benevides e Vieira indicam investimento inferior ao de países da América Latina que não tem como dever do Estado a promoção da saúde (BENEVIDES; VIEIRA, 2016).

A aprovação da EC nº 95, ao despriorizar o cidadão na realização dos investimentos públicos, implica em um verdadeiro retrocesso nas políticas sociais. A emenda altera a Constituição e congela o gasto público em saúde, e isso afeta diretamente o preconizado no Estado Social. A política do teto tem o prazo de duração estipulada para 20 anos e, muito embora tenha estipulado prazo de 10 anos para operar sua revisão, se revisto a revisão é burocrática e não consegue reparar os danos causados ao longo da sua vigência. Nesse contexto onde se evidencia a desconstrução do Estado, se busca responder, diante do que prevê a Constituição Federal de 1988 (CF/88), quais são os impactos que o novo modelo orçamentário provocará na saúde coletiva?

A partir da análise da Nota Técnica nº 28 elaborada por Benevides e Vieira Constatou-se que o congelamento dos gastos sociais, especialmente na área da saúde, coloca um desafio enorme para o país, agravando ainda mais o quadro de asfixia financeira que atualmente o Sistema Único de Saúde atravessa. O fato de não haver reposição de inflação, automaticamente faz com que os investimentos sejam reduzidos. A inserção desta medida não levou em consideração às taxas de crescimento econômico e nem os índices demográficos por um prazo de 20 anos (Benevides e Vieira, 2016).

A referida Nota Técnica projetou vários impactos para a área da saúde sendo o primeiro deles a desvinculação das despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS); segundo impacto estimado trata-se da redução do gasto público per capita com saúde; o terceiro impacto trata-se da desobrigação do governo de alocar mais recursos em saúde; o quarto impacto trata-se do provável aumento das injustiças no acesso a bens e serviços de saúde e o quinto impacto estimado trata-se da dificuldade para a efetivação do direito à saúde no Brasil.

Percebe-se que as políticas que visam assegurar direitos e que colabora para que se alcancem os objetivos do Estado, deixam de ser prioridade, desta forma NRF ocasiona uma ruptura na trajetória de solidificação de direitos sociais que surgiram através das reivindicações e evolução da sociedade e impõe a sociedade um novo modelo de Estado. Fica evidente diante desse quadro que o regime orçamentário

implantado pelo governo trará impactos irreversíveis para a sociedade principalmente em se tratando do financiamento da saúde.

Assim, é possível confirmar a hipótese do projeto, no sentido de que a EC nº 95, que estabelece o congelamento dos gastos públicos no setor saúde, é capaz de atingir os acessos da população e a própria política de saúde coletiva.

Certamente a pesquisa realizada não esgota a temática. A construção teórica permite deduzir diversos pontos relacionados a outras políticas sociais. Os impactos do congelamento de gastos afetarão diversas áreas, recaindo seus perversos efeitos àqueles mais vulneráveis em termos de acesso econômico. Muitas famílias no Brasil vivem na denominada “linha da miséria” dependendo de programas sociais para sobreviver. Os programas sociais como bolsa família, minha casa minha vida, financiamento estudantil (FIES), programas de assistência básica, entre outros, visam diminuir esse agravante das famílias mais carentes, que hoje estão sendo “congelados/minimizadas” com a implantação da EC nº 95.

Ao estudar o assunto percebe-se que, de um modo geral, que o congelamento das verbas são apenas resquícios de outras medidas que o governo pretende implantar no território brasileiro, ou seja, funciona como uma espécie de canal com objetivos específicos que visam desconstruir o arcabouço estatal construído em prol dos direitos sociais. Diante de tudo que foi exposto, percebe-se que a EC nº 95 irá afetar de forma avassaladora o desenvolvimento brasileiro – no sentido de efetivação de direitos humanos e exercícios de liberdades - haja vista que diversos setores sociais e destinatários das políticas serão afetados com a medida de contenção de gastos.

Em tempos de ausência de clareza nos discursos políticos, desvalorização do conhecimento racional, a utilidade desta pesquisa recai sobre a publicidade do não dito pelos representantes do povo. Parece que as forças reais de poder, unidas pelo poder do dinheiro, administram silenciosamente o Estado brasileiro, desejando construir um conjunto de excluídos vulneráveis, sem força de barganha para se subordinar àqueles que detém poder e riqueza.

A saúde coletiva é interesse de toda a sociedade. Que o Estado, no exercício do seu poder, mantenha o compromisso de ponderar as ações no intuito de proteger o elo mais fraco que é o cidadão. Infelizmente a implantação do regime orçamentário não respeitou essa racionalidade, inverteu as posições, colocando o interesse

privado de uma minoria de capitalistas acima do interesse público de acesso universal à saúde.

REFERÊNCIAS

ABRASCO. **Estudo Projeta Mortalidade Infantil como Efeito da Austeridade Fiscal**. Disponível em:< <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/saude-da-populacao/estudo-projeta-mortalidade-infantil-como-efeito-da-austeridade-fiscal/32377/>>. Acesso em: 20 mai. 2019.

ALANA, Instituto. **Prioridade Absoluta**. Crianças são as mais afetadas pelo corte em investimentos sociais. Disponível em:< <https://prioridadeabsoluta.org.br/orcamentopublico/emenda-constitucional-95-amicus-curiae-na-adi-5658-2018/>>. Acesso em: 20 mai. 2019.

ALESSI, Gil. **Entenda O que é a PEC 241 (ou 55) e como Ela Pode Afetar sua Vida**. Elpaís. 2016. Disponível em:< https://brasil.elpais.com/brasil/2016/10/10/politica/1476125574_221053.html>. Acesso em: 29 mai. 2019.

ALCÂNTARA, Ariana Elis. Filho, Luiz Alcântara. Mendes, Áquilas Nogueira. **Políticas Públicas e Direitos Sociais no Contexto da Crise: Capitalista contemporânea. Sistema único de Saúde: Entre a Universalidade e a Privatização**. São Paulo: Editora Paulinas, 2019.

ALVARENGA, Darlan. LAPORTA, Taís. **PEC 241 – Um Teto para os Gastos Públicos**. G1. São Paulo. 2016. Disponível em< <http://especiais.g1.globo.com/economia/2016/pec241-umtetoparaosgastospblicos/>>. Acesso em> 04 jun. 2019.

ASSIS, Marluce Maria Araújo. Jesus, Washing Luiz Abreu de; orgs. **Desafios do Planejamento na Construção do SUS**. Salvador: EDUFNA, 2011

BARROS, Fabio Batalha Monteiro de. **História e Legislação do SUS e Saúde da Família: problematizando a realidade da saúde publica**. Rio de Janeiro: Agbook, 2011.

BEGHIN, Nathalie. Carta Maior. O portal da esquerda. **20 anos de retrocesso em 2 de desmando**. O presidente Michel Temer adotou o bordão “20 anos em 2” para celebrar seus dois anos de atuação, completados este mês. Festejar o quê, exatamente? Disponível em:< <https://www.cartamaior.com.br/?/Editoria/Politica/20-anos-de-retrocessos-em-2-de-desmandos/4/40258>>. Acesso em: 10 jun. 2019.

BELLUZZO, Luiz Gonzaga. **Destituição de uma Constituição**. Plataforma Política social. Entrevista concedida a Davi Carvalho em 3 jul. 2016. Disponível em: < <https://plataformapoliticasocial.com.br/a-destituicao-de-uma-constituicao/>>. Acesso em: 15 mai. 2019.

BENEDITO, Alessandra. Freitas, Aline da Silva. Costa, Pedro Vitor Melo. **Constituição Federal 30 anos: há o que se comemorar?**. Londrina PR: Thoth, 2019.

BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá e; VIEIRA, Fabiola Sulpino. **O Direito à Saúde no Brasil em Tempos de Crise Econômica, Ajuste Fiscal e Reforma Implícita de Estado**. Disponível em: < <http://cebes.org.br/2017/01/o-direito-a-saude-no-brasil-em-tempos-de-criese-economica-ajuste-fiscal-e-reforma-implicita-do-estado/>>. Acesso em: 15 jun. 2019.

_____. Rodrigo Pucci de Sá e; VIEIRA, Fabiola Sulpino. **Nota Técnica nº 28. Os Impactos do Novo Regime Fiscal para o Financiamento do Sistema Único de Saúde e para a Efetivação do Direito à saúde no Brasil**. Disponível em: < http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&id=28589>. Acesso em: 05 mai. 2019.

BOCCHINI, Bruno. Pesquisa mostra que quase 70% dos brasileiros não têm plano de saúde particular. **Agência Brasil**, São Paulo, fev. 2018. Disponível em: <<https://http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2018-02/pesquisa-mostra-que-quase-70-dos-brasileiros-nao-tem-plano-de-saude-particular>>. Acesso em 18 out. 2018.

BONETI, Lindomar Wessler. **Educação, Exclusão e Cidadania**. Ijuí: Ed. Unijuí, 2000.

BRASIL **Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT)**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Câmara dos Deputados. **Proposta de Emenda à Constituição nº 241, de 2016**. Disponível em: < <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2088351>>. Acesso em: 10 jun. 2019.

_____. Câmara dos Deputados. **A nova Reforma da Previdência: Déficit ou Superávit? Previdência x Seguridade Social**. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/camaranoticias/radio/materias/REPORTAGEM-ESPECIAL/549286-A-NOVA-REFORMA-DA-PREVIDENCIA-DEFICIT-OU-SUPERAVIT-PREVIDENCIA-X-SEGURIDADE-SOCIAL-BLOCO-2.html>>>. Acesso em: 30 jun. 2019.

_____. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. A Gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2015. Disponível em: < <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-GESTAO-DO-SUS.pdf>>. Acesso em: 30 de jun. 2019.

_____. **Constituição**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 10 de jun. de 2019.

_____. **Ministério da Saúde**. Secretaria Executiva. Sistema Único de saúde (SUS): instrumentos de gestão em saúde/ Ministério da saúde, Secretaria Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. **Ministério da Saúde**. Disponível em: <
<http://portalms.saude.gov.br/svs/quem-e-quem/681-institucional/40029-sistema-nacional-de-saude>> Acesso em: 25 mai. 2019.

_____. **Ministério da Saúde**. Secretária de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: Editora do Ministério, 2007. 24 p. Série B. Textos Básicos de Saúde.

_____. Senado Federal. **Desvinculação de receitas da União, de estados e municípios é aprovada pela CCJ**. Disponível em: <
<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2016/07/13/desvinculacao-de-receitas-da-uniao-de-estados-e-municipios-e-aprovada-pela-ccj>>. Acesso em: 30 jun. de 2019.

_____. Senado Federal. Atividade Legislativa. **Proposta de Emenda à Constituição nº 55, de 2016** - PEC do Teto dos Gastos Públicos. Disponível em:<
<https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/127337>>. Acesso em: 10 jun. 2019.

_____. Senado Federal. Secretaria Legislativa. **Emenda Constitucional nº 95 de 15/12/2016**. Disponível em:< <https://legis.senado.leg.br/norma/540698>>. Acesso em: 12 jun. 2019.

BRASÍLIA, Supremo Tribunal de Justiça. **Partido Questiona Incidência do Teto dos Gastos Públicos nas Despesas com Educação e Saúde**. ADI 5658.

Disponível em: <

<http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=337949&caixaBusca=N>>. Acesso em: 20 jun. 2019.

CALIL, Vera Lelis. **Orçamento Público: Teoria e prática**. Rio de Janeiro: Alta Books, 2017.

CAMARGO, Caroline Leite de. Saúde: um direito essencialmente fundamental.

In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XVII, n. 120, jan. 2014. Disponível em:

<http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=14074&revista_caderno=9>. Acesso em: 25 set. 2018.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Direito Constitucional e Teoria da Constituição**. 7ª ed. Coimbra: Almedina, 2003.

CARVALHO, José Murilo. **Cidadania no Brasil**. 11ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 2008.

CARVALHO, Rodrigo Pimentel. **O direito à Saúde e a Competência dos Entes Federativos**. Disponível em:<<https://www.conteudojuridico.com.br/artigo,o-direito-a-saude-e-a-competencia-dos-entes-federativos,57018.html>>. Acesso em: 30 jun. 2019.

CASTILHOS, Ricardo. **Direitos Humanos**. 6. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2018.

CHUEIRI, Vera Karam de. **Fundamentos do Direito Constitucional**. Curitiba: IESDE Brasil S.A, 2009.

COELHO, Neto Ubirajara. **Temas de Direito Constitucional**: estudos em homenagem ao Prof. Carlos Augusto Alcântara Machado. Aracaju. 2013.

COHN, Amélia. Artigo 17 | **A Ofensiva Raivosa no Desmonte do SUS**. Jun.2016. Disponível em: < <https://plataformapoliticasocial.com.br/artigo-15-a-ofensiva-raivosa-no-desmonte-do-sus/> Acesso em: 04 de jun. de 2019.

COSTA, Lucia Cartes da. **Estado e Democracia**: pluralidade de questões. Ponta Grossa, UEPG. 2008, 268 p. 7.

COSTA, Marli M. M.; Sturza Janaína Machado; Daniela Richter. **Direito, Cidadania e Políticas Públicas**. Curitiba: multideia, 2011.

COSTA, Marli Marlene Moraes. Rodrigues, Hugo Thamir. **Direito e & Políticas Públicas**. Multideia. Curitiba. 2012, p.28.

CÔRTEZ, Soraya Vargas (Org.). **Participação e saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

CORVINO, Juliana Diniz Fonseca. **A crise do Sistema Único de Saúde e o Fenômeno da Judicialização da Saúde**. 1 ed. Rio de Janeiro: Gamma, 2018.

CREPALDI, Silvio Aparecido. **Orçamento Público**: planejamento, elaboração e controle. 1ed. São Paulo: Saraiva, 2013.

CRUZ, Sylvio Augusto de Mattos. **A Criação do Sistema Único de Saúde (SUS) [recurso eletrônico]**: o engendramento de uma Policy Network pelo Movimento Sanitário. Rio de Janeiro: Gamma, 2017.

D'ABADIA, Bruno Magalhães. Câmara dos deputados. Estudo técnico. **Possíveis impactos da aprovação da pec nº 241/2016**. Disponível em:< [file:///C:/Users/Usuário/Downloads/2016-10338_Impactos%20PEC%20241-2016_Bruno%20Magalhaes%20DAbadia%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Usuário/Downloads/2016-10338_Impactos%20PEC%20241-2016_Bruno%20Magalhaes%20DAbadia%20(2).pdf)>. Acesso em: 10 jun. 2019

DALLARI, Sueli Gandolfi. **O direito à saúde** Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo — Av. Dr. Arnaldo, 715 — 01255 — São Paulo, SP — Brasil Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101988000100008>. Acesso em: 30 abr. 2019.

DAVID, Grazielle Custodio. **Governo sem Voto, Artigo 21. Brasil**: O Grande Ataque aos Serviços Públicos. 2016. Disponível em< <https://plataformapoliticasocial.com.br/tag/saude/page/2/>>. Acesso em: 05 jun. 2019.

DIAS, Helio Pereira. **A Responsabilidade Pela Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. 69p.

DIEESE. **Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos**. PEC nº 241/2016. Disponível em: < <https://www.dieese.org.br/notatecnica/2016/notaTec161novoRegimeFiscal.pdf>. > Acesso em: 15 mai. 2019.

DWECK, Esther. OLIVEIRA, Ana Luíza Matos de. ROSSI, Pedro (Coord.). **Austeridade e Retrocesso**: Impactos Sociais da Política Fiscal no Brasil. São Paulo: Brasil Debate e Fundação Friedrich Ebert Stiftung, agosto de 2018 1º edição volume 1. Disponível em: http://brasildebate.com.br/wp-content/uploads/DOC-AUSTERIDADE_doc3-_L9.pdf>. Acesso Em: 25 mai. 2019.

_____. Esther. OLIVEIRA, Ana Luíza Matos de. ROSSI, Pedro (Coord.). **Austeridade e retrocesso** - Finanças Públicas e Política Fiscal no Brasil. São Paulo: Fórum, 21; Fundação Friedrich Ebert Stiftung (FES); GT de Macro da Sociedade Brasileira de Economia Política (SEP); e Plataforma Política Social, setembro de 2016. Disponível em< <http://brasildebate.com.br/wp-content/uploads/Austeridade-e-Retrocesso.pdf> >. Acesso em: 06 mai. 2019.

FACCHINI, Luiz Augusto. **Entrevista do Boletim Informe Ensp. Edição 18/02/2011** Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/24247>>. Acesso: 28 mai. 2019.

FAGNANI, Eduardo. **Por que Gritamos Golpe?**: Para entender o impeachment e a crise / organização Ivana Jinkings, Kim Doria, Murilo Cleto. - 1. ed. - São Paulo: Boitempo, 2016.

FARIA Heitor Medrado de. **Licenças Livres e Direitos Fundamentais**. Rio de Janeiro: Brasport, 2011.

FERREIRA, Ewerton da Silva; QUADRADO, Jaqueline Carvalho. 1º Seminário **Desfazendo Saberes da Fronteira**: Identidade, Diversidade e Direitos Humanos. São Paulo: Cia do eBook, 2018.

FIGUEREDO, Cecília. Brasil de Fato. São Paulo (SP). Jan. 2019. Disponível em:< <https://www.brasildefato.com.br/2019/01/02/conheca-os-contrastes-entre-discurso-de-campanha-de-bolsonaro-e-as-primeiras-medidas/>>. Acesso em: 15 jun. 2019.

FILHO, Naomar de Almeida. Entrevista concedida ao programa Ciência & Letras. **Canal Saúde**. Disponível em:< <https://www.abrasco.org.br/site/eventos/congresso-brasileiro-de-saude-coletiva/educacao-e-saude-coletiva-em-tempos-de-intolerancia-e-crise-institucional-entrevista-com-naomar-almeida-filho/35031/>>. Acesso em: 28 de mai. 2019.

FLEURY, Sônia. **Estado Sem Cidadãos**: seguridade social na América Latina. Rio de Janeiro: Fiocruz. 1994, 252p.

FORO, Carmen Helena Ferreira. O Golpe de 2016 e a Reforma da Previdência. Narrativas de Resistência. **Corte nos Gastos Públicos e Reforma da Previdência**

Social: Pacote liberal que pretende demolir a identidade de classe e produzir aumento da desigualdade, pobreza e violência na vida das mulheres. Brasil: Praxis, 2017.

GARCIA, Maria Lúcia T. **Proteção social no Brasil e em Cuba.** Poto Alegre: EDIPURS, 2012.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIOVANELLA, Ligia, et al. orgs. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000700022>. Acesso em: 5 jun. 2019.

GREGORI, Maria Stella. **Plano de saúde:** a ótica da proteção do consumidor. 3ª ed. Ver. E atual. e ampl. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2011.

KLIASS, Paulo. Brasil 247. **Revogar o congelamento das verbas.** Disponível em: <https://www.brasil247.com/pt/colunistas/paulokliass/393319/Revogar-o-congelamento-das-verbas.htm>. Acesso em: 14 mai. 2019.

LISBOA, Adriana Regina. **Dignidade da Pessoa Humana:** A Inconstitucionalidade da Exclusão Social. São Paulo: [s.n] Sine nomine. 2014.

LUCCHESI, Patrícia T. R.. **Políticas Públicas em Saúde Pública.** São Paulo. JUL. 2004. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/M/2004/Lucchese_Políticas_publicas.pdf>. Acesso em: 5 Mai. 2019.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. **Políticas Sociais e de Saúde.** Rio de Janeiro: Cebes, 2012, 93p.

LOPES, Ana Maria D'ávila. **Direitos Fundamentais como Limites ao Poder de Legislar.** Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris Editor, 2001.

MATUOKA, Ingrid. Centro de Referências em Educação Integrada. **O Impacto do Teto dos Gastos nas Políticas de Educação.** Financiamento PNE políticas públicas. Disponível em:< <https://educacaointegral.org.br/reportagens/o-impacto-do-teto-de-gastos-sobre-as-politicas-de-educacao/>>. Acesso em: 20 mai. 2019.

MATSUSHITA, Thiago Lopes; CAVALCANTI, Rodrigo Camargo. **A Proposta do Estado Brasileiro para o Desenvolvimento Econômico Nacional em Face da Emenda Constitucional nº 95 e seus Reflexos na Saúde e na Educação.** Revista Duc In Altum, Cadernos de Direito, vol. 9, nº 17. São Paulo, 2017.

MARIANO, Cynara Monteiro. Revista de Investigações Constitucionais. **Emenda Constitucional 95/2016 e o Teto dos Gastos Públicos:** Brasil de volta ao Estado de Exceção Econômico e ao Capitalismo do Desastre. Vol. 4, n. 1. Jan/abr. 2017. Curitiba: Núcleo de Investigações Constitucionais. Disponível

em:<<http://www.scielo.br/pdf/rinc/v4n1/2359-5639-rinc-04-01-0259.pdf>>. Acesso em: 31 mai. 2019.

MEDICI, André. **O Desafio da Descentralização:** Financiamento Público da Saúde no Brasil. Washington, DC. Seção de Publicações do Banco Interamericano de Desenvolvimento- BID. 2002.

MENDES, Áquilas. Carnut Leonardo, Guerra, Lucia Dias da Silva. **Reflexões Acerca do Financiamento Federal de Atenção Básica no Sistema Único da Saúde.** Disponível em < <https://scielosp.org/pdf/sdeb/2018.v42nspe1/224-243/pt>>. Acesso em: 28 mai. 2019.

MIRANDA, Jediael Galvão. **Direito da Seguridade Social:** direito previdenciário, infortunistica, assistência social e saúde. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

MOUSQUER, João Victor Magalhães. **Estado e gestão pública:** o exercício da cidadania através de políticas públicas. Curitiba: Juruá, 2016.

MORETTI, Bruno, **Efeitos da EC Nº 95:** uma perda bilionária para o SUS em 2019. Rio de Janeiro, Set. 2018 Efeitos Disponível em: <<http://brasildebate.com.br/efeitos-da-ec-95-uma-perda-bilionaria-para-o-sus-em-2019/>>. Acesso em 05 out. 2018.

NUNES, Luís. MENEZES, Odete. **O bem-estar,** a qualidade de vida e a saúde dos idosos. Editora Caminho S/A. Lisboa, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) - 1946. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 22 mai. 2019.

PAIM, Jairnilson Silva e outros. **O que é SUS.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. Disponível em< <http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus/4/>> Acesso em: 28 mai. 2019.

PETERSEN, Letícia Lassen. **Políticas Sociais no SUS e a Gestão da Assistência Farmacêutica na Rede Local/Regional:** o caso da judicialização na 17ª Coordenadoria Regional de Saúde – RS. repositório. unisc.br. Disponível em:< <https://repositorio.unisc.br/jspui/handle/11624/782>>. Acesso em: 10 mai. De 2019.

PEDROSA, Cesar. **Teoria Geral do Orçamento Público.** 1 ed. São Paulo, 2015.
PERREAUT, Michel; CARVALHO, Erica Rios de; BARROS, Cupertino, Fernando P. **Direito à Saúde como um dos Principais Determinantes Sociais da Saúde.** Santa Maria. 2013.

PIMENTA, Marcelo Vicente de Alkmim. **Direito Constitucional em Perguntas e Respostas.** Belo Horizonte: Del Rey. 2007.

PIRES, Adriano; et al. **Retomada do Crescimento:** Diagnóstico e Proposta. 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

RASELLA, Davide. **Estudo Projeta Mortalidade Infantil como Efeito da Austeridade Fiscal**. Abrasco. 2017. Disponível em: < <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/saude-da-populacao/estudo-projeta-mortalidade-infantil-como-efeito-da-austeridade-fiscal/32377/>>. Acesso em: 12 jun. 2019.

REINHOLZ, Fabiana. Repórter no Jornal Brasil de Fato. Reportagem: Emenda 95, **O Enfraquecimento do Pacto Social**. Publicada em 3 de Outubro de 2018. Porto Alegre/RS. Disponível em:< <https://www.brasildefato.com.br/2018/10/03/emenda-95-o-enfraquecimento-do-pacto-social/>>. Acesso em: 20 jun. 2019.

REIS, José. et. al. **Economia Política do Retrocesso**. Coimbra: Biblioteca Nacional de Portugal, 2014.

SANTOS, Dão Real Pereira dos. **No Congelamento Não Há Saída**. Instituto Justiça Social. Jan.2019. Disponível em:< <http://ijf.org.br/?p=3400>>Acesso em: 11 de jun. 2019.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade da Pessoa Humana e Direitos Fundamentais na Constituição Federal de 1988**. Porto Alegre: Livraria do advogado, 2012.

_____. Ingo Wolfgang. **A Eficácia dos Direitos Fundamentais na Perspectiva Constitucional**. 12. ed. rev. atual e ampl. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2015.

_____. Ingo Wolfgang. **A Eficácia dos Direitos Fundamentais**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2003.

SEN, Amartya. **Desenvolvimento como Liberdade**. Disponível em < <https://edisciplinas.usp.br/mod/resource/view.php?id=7182>> Acesso em: 22 de mai. 2019.

SILVA, Roberto Baptista Dias da. **Manual de Direito Constitucional**. Barueri/SP: Manole, 2007.

SILVA, Vitoria Dantas. Dignidade da Pessoa Humana e o Direito à Saúde. In: **Web Artigos**, Itumbiara-GO, n. 10, Jul. 2014. Disponível em: <<https://www.webartigos.com/artigos/a-dignidade-da-pessoa-humana-e-o-direito-a-saude/123541/>>. Acesso em 24 set. 2018.

SOUZA, Renato Gobetti. **A Concretização do Direito Fundamental à Saúde Perspectivada no Constitucionalismo Contemporâneo**. 2015, 23p.

SULPINO Fabiola. **É Preciso Investir Mais em Saúde Pública no Brasil**. Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz (CEE), 19 jan. 2018. Disponível em: <https://cee.fiocruz.br/?q=fabiola-sulpino-e-preciso-investir-mais-em-saude-publica-no-Brasil>>. Acesso em: 30 jun. 2019.

TÁMEZ, Carlos André silva; Junior, José Jayme Moraes. **Finanças Públicas: Teoria e mais 350 questões**. Rio de Janeiro: Elsevier. 2007.

TAVARES, André Ramos. **Curso de Direito Constitucional**. São Paulo: Saraiva Educação, 2018.

VIEIRA, Evaldo. **Os Direitos e a Política Social**. São Paulo: Cortez, 2004.