



A saúde pública no Brasil: Desafios para a efetivação do Sistema Único de Saúde Public health in Brazil: Challenges for making the Unified Health System effective

Jônatas Claudio Farias Maciel¹, Raissa Dantas Gomes² e Rosana Santos de Almeida³

v. 9/ n. 2 (2021)
Abril/Junho

Aceito para publicação em
06/07/2021.

¹Graduando pela Universidade Federal de Campina Grande – UFCG – Campus Sousa-PB. E-mail: jonatasclaudiocz@gmail.com

²Graduanda pela Universidade Federal de Campina Grande – UFCG – Campus Sousa-PB. E-mail: raissa.dantas.gomes@gmail.com

³Graduanda pela Universidade Federal de Campina Grande – UFCG – Campus Sousa-PB. E-mail: rosana.santos@estudante.ufcg.edu.br

Resumo

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem sua razão existencial voltada à promoção do direito à saúde para população brasileira em sua integralidade, representando um grande avanço social. Com a criação do SUS, intensificou-se o debate sobre o financiamento da política de saúde por parte de gestores, e entidades, por considerar a estrutura insuficiente para atender a demanda da crescente população brasileira. Assim sendo, o presente artigo tem como objetivo analisar a saúde pública no Brasil a partir de uma perspectiva histórica crítica, tendo como base a Constituição, as emendas e leis ordinárias que regulamentam as ações do SUS. Para a realização da pesquisa empregou-se o método de abordagem dedutivo, que possui um protótipo de raciocínio com base no silogismo, como método de procedimento, foi utilizado o histórico onde, será realizada uma análise histórico-social da construção do SUS e os elementos fundamentais de sua legislação e quanto ao nível de profundidade, esse foi constituído através de uma revisão da bibliografia, bem como de uma análise documental. Através da pesquisa se foi verificado que a saúde pública, mesmo com a defasagem dos seus serviços, cumpre papel relevante na assistência à sociedade, desde a prevenção a doenças, assistência básica em unidades da família, aos serviços de alta complexidade. Apesar dos investimentos em saúde pública não serem satisfatórios e colaborarem para a desqualificação dos serviços. Ademais, é cognoscível que a EC nº 95, possa ser revogada, pois, até o final de sua aplicação, trará impactos grandiosos e no descompasso nas políticas públicas implementadas.

Palavras-chave: sistema único de saúde, constituição federal, política de saúde.

Abstract

The Unified Health System (SUS) has its existential reason aimed at promoting the right to health for the Brazilian population in its entirety, representing a major social advance. With the creation of SUS, the debate on the financing of health policy by managers, and entities, intensified, as it considered the structure insufficient to meet the demand of the growing Brazilian population. Therefore, this article aims to analyze public health in Brazil from a critical historical perspective, based on the Constitution, amendments and ordinary laws that regulate SUS actions. In order to carry out the research, the deductive approach method was used, which has a reasoning prototype based on syllogism, as a method of procedure, the history was used where a historical-social analysis of the construction of the SUS and the elements fundamental to its legislation and the level of depth, this was constituted through a review of the bibliography, as well as a documentary analysis. Through the research it was found that public



<https://www.gvaa.com.br/revista/index.php/RDG>

health, even with the lag in its services, plays a relevant role in assisting society, from disease prevention, basic assistance in family units to highly complex services. Despite investments in public health are not satisfactory and collaborate to disqualify services. Furthermore, it is understandable that EC No. 95 can be revoked, because, until the end of its application, it will have great impacts and the gap in the implemented public policies.

Keywords: unified health system, federal constitution, health policy.

1. Introdução

Com dimensões continentais e uma população superior a 211 milhões de habitantes (IBGE, 2020), o Brasil comporta um dos mais robustos sistemas de saúde pública do mundo, permitindo o acesso da população à saúde integral e assistencial sem discriminação, visando o bem-estar e desenvolvimento justo e igualitário dos cidadãos brasileiros.

O advento do Sistema Único de Saúde ocorrerá em 1988, com a promulgação da Constituição Federal, na época alcunhada de Constituição Cidadã, por ser reflexo do período de redemocratização que o país estava percorrendo. Ora, visando assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a saúde é alocada em seção especial do capítulo que trata da seguridade social no país, sendo estabelecido no art. 196 como um dever do Estado e um direito de todos (BRASIL, 1988). Posteriormente a criação da Constituição, foram elaboradas leis e emendas que dispuseram sobre as condições necessárias para a promoção e implementação de tal sistema, definindo padrões de organização e funcionamento dos serviços, a atuação participativa da sociedade na gestão, bem como sobre a origem e forma que seriam empregados os recursos financeiros para seu desenvolvimento.

A história da saúde pública brasileira muito se entrelaçou aos fatores ideológicos, políticos e econômicos, e configurou fortemente um longo processo de desigualdade (MENICUCCI, 2014). Essa ampla conquista perfaz um caminho árduo, que é necessário ser compreendido para tornar inteligível o surgimento dos obstáculos ao longo da história, dos quais resultam nas dificuldades enfrentadas durante sua atuação efetiva na assistência à saúde.

Compreende-se que emprego dos recursos financeiros para atuação do SUS representa significativo elo entre o empenho do governo e o desenvolvimento da população. O orçamento, cada vez mais limitado ao longo da história por meio dos decretos e emendas constitucionais, vive mediante crise política e econômica enfrentada pelo país em meados de 2016, alterações. Nesse contexto a EC n° 95 é promulgada, representando forte desmazelo do governo frente à população. Desse modo, esse artigo traz a luz o seguinte questionamento: quais têm sido os maiores empecilhos enfrentados pelo SUS na promoção do direito à saúde para a população brasileira?

Haja vista a problemática circundante, essa pesquisa tem como objetivo geral: analisar a saúde pública no Brasil a partir de uma perspectiva histórica-crítica, tendo como base a Constituição, as Emendas e Leis Ordinárias que regulamentam as ações do SUS. Debruçando-se em observar se as leis que são aplicadas na atualidade conseguem suprir as necessidades e demandas da população que são assistidas pelo sistema, bem como averiguar os recursos públicos, as parcerias e formas de financiamento voltadas para o SUS.

Buscando atingir os fins propostos, o presente artigo foi elaborado através do método de abordagem dedutivo, que possui um protótipo de raciocínio com base no silogismo de Aristóteles, onde a partir de proposições tidas como inquestionáveis chamadas premissas, é retirada a conclusão (GERHARDT; SILVEIRA, 2009). Empregou-se como método de procedimento, o histórico onde “consiste em investigar acontecimentos, processos e instituições do passado para observar a sua influência na sociedade de hoje” (LAKATOS; MARCONI, 2003, p.107). Desse modo, será realizada uma análise histórico-social da construção do SUS e os elementos fundamentais de sua legislação, visando capturar seus efeitos e entender como são compreendidos no sistema atual, tendo em vista sua latente necessidade de ampliação e melhorias. Em nível de profundidade, esse estudo foi construído através de uma revisão da bibliografia existente, bem como de uma análise documental.

2. A Edificação do Sistema Único de Saúde brasileiro

A conquista de direitos no Brasil, visando um desenvolvimento justo e igualitário em face de toda sociedade, foi, e continua sendo resposta de numerosas lutas civis. O SUS tem sua razão existencial voltada à promoção do direito à saúde para população brasileira em sua integralidade, representando com seus princípios universalistas e igualitários um grande avanço social. Destarte, torna-se necessário, para a construção do conhecimento, retroceder historicamente visando compreender o contexto do soerguimento de tamanha conquista.

A temática da saúde pública brasileira vira pauta para o governo, quando são desenvolvidas suas primeiras ações, por volta do início do século XX, em resposta ao controle de epidemias que surgiram como resultado do interesse que o país tinha “em receber imigrantes europeus para ampliar a força de trabalho no campo e aumentar as transações comerciais” (BUSATO; GARCIA; RODRIGUES, 2019, p.25).

Este período tem como personagem marcante o médico Oswaldo Cruz, que foi convocado para a realização das campanhas sanitárias, onde a prática da vacinação - de caráter obrigatório -

ganhou destaque e produziu na população uma grande insatisfação, resultando no movimento que ficou conhecido como Revolta da Vacina (1904). Outro fato importante da época foi o decreto conhecido como Lei Eloy Chaves, por ter sido o nascedouro da política de assistência à saúde no Brasil, na medida em que delimitava os primeiros passos da Previdência Social, onde a saúde dos trabalhadores atrelada à mesma passa a ser componente de um sistema (CARVALHO, 2013).

Esse sistema continha um direcionamento que seria segundo Menicucci (2014, p. 79) “Inicialmente nas Caixas, ligadas às empresas, e depois nos Institutos de Aposentadorias e Pensões, os IAPS, construídos em torno de categorias profissionais [...]”. A atenção à saúde surge não de forma abrangente e igualitária como é compreendida nos dias atuais, mas sim vinculada “ao contrato de trabalho formal, tendo as características de seguro e não de direito de cidadania” (MENICUCCI, 2014, p. 79).

A criação em 1942 do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) buscando atender os trabalhadores da Amazônia que praticavam atividades de extração da borracha e do manganês e os trabalhadores do Vale do Rio Doce com manuseio do ferro e da mica, segundo Carvalho (2013) foi o programa mais completo de atenção à saúde associada ao saneamento básico da história do país, encontrando nos Estados Unidos através de um programa de ajuda, inspiração e financiamento. “O SESP se expandiu nas regiões rurais brasileiras, onde construiu redes de unidades de saúde locais, focalizando tanto a medicina preventiva como a curativa, tendo como eixo principal, a educação sanitária nos mais variados espaços [...]” (BAGNATO; RENOVATO, 2010, p.277). O projeto cresceu e transformou-se na FSESP, que representava na época, o único recurso de saúde existente em regiões como no Norte e Nordeste.

No ano de 1953 o Ministério da Saúde surge, e conforme pontuado por Lima e Pinto (2003, p. 1040 apud BUSATO; GARCIA; RODRIGUES, 2019, p. 27).

[...] sua criação deu início à reorganização das ações de saúde, acabando com a pulverização de recursos financeiros. Os serviços de saúde vinculados ao Ministério da Saúde se organizaram por meio das ações de saúde coletiva. A assistência médica individual e curativa ficaria vinculada à área da Previdência Social, às instituições filantrópicas e à medicina privada.

Essa diferenciação funcional e institucional que enfraquecia normativa e financeiramente o Ministério favoreceu a “[...] unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o que significou a centralização administrativa e financeira e a uniformização dos benefícios para todos os trabalhadores assegurados” (SCOREL, 2008, p. 389). Os trabalhadores formais - em seus vários segmentos - tiveram através da previdência, assistência

individual à saúde, diferentemente dos demais cidadãos não contribuintes, que dependiam dos serviços de saúde filantrópicos ou de clínicas privadas, quando possuíam poder aquisitivo. Conforme pontua Menicucci (2014) a política do governo em ampliar a cobertura assistencial como INPS, favoreceu o desenvolvimento do mercado privado da saúde, seja na compra de serviços ou por meio dos subsídios para a construção de unidades hospitalares.

O país passava por um período delicado de sua história, que foi o Regime Militar (1964-1985) e nessa conjuntura o Ministério da Saúde não atuava com tanta eficácia, segundo entendimento de Oliveira e Teixeira (1986 apud ESCOREL, 2008, p. 392) “Ainda que o decreto-lei 200, de fevereiro de 1967, atribuísse ao Ministério da Saúde a competência para formular a política nacional de saúde [...] essas atribuições conflitavam com o orçamento precário e decadente [...]”. E em decorrência da falta de atenção do governo perante a saúde da população e a pressão internacional promovida mediante conferências, conforme relata Souza e Costa (2010 p. 511 apud BUSATO, GARCIA e RODRIGUES, 2019, p. 28-29).

[...] Brasil passava por um momento de clamor coletivo por mudanças políticas voltadas para a redemocratização do país, que se intensificaram na década de 1980 por meio de manifestações populares pela eleição direta de um presidente civil, e, no campo da saúde, voltado para uma atenção abrangente, democrática e igualitária, tendo como principais atores sociais os intelectuais, as lideranças políticas, os profissionais da saúde, os movimentos estudantis universitários, os movimentos sindicais, entre outros, o que culminou com o esgotamento do modelo médico assistencial privatista vigente.

Foi em 1978 extinto o INPS e criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas) que definiu o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) como garantidor exclusivo da assistência médica para a sociedade.

Com o fim do Regime Militar, novas ações na área da saúde foram implantadas, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1996) tendo como representante Sérgio Arouca (1941-2003) reuniu profissionais, prestadores de serviços e usuários do sistema de saúde, sendo pauta para discussão e aprovação sua unificação, a ampliação do conceito de saúde, o debate sobre direito de cidadania e o dever do Estado. Foi também desenvolvida uma nova base de financiamento e elaborada a criação de instâncias institucionais com participação social (ESCOREL, 2008). Os reflexos da 8ª CNS foram à base para a política de saúde, onde “[...] obteve vitórias que culminaram na aprovação de um capítulo sobre saúde inédito na história constitucional, refletindo o pensamento e a luta histórica do movimento sanitário” (ESCOREL, 2008, p. 430).

Nasce como capítulo decisivo da história a Constituição Federal de 1988, e com ela a resposta da luta civil: o Sistema Único de Saúde. Tendo como base seus princípios de universalidade,

integralidade e equidade, o SUS atualmente fornece assistência a todos os cidadãos brasileiros de forma gratuita, configurando-se como um dos maiores sistemas de saúde do mundo.

3. Principais leis que regulamentam o Sistema Único de Saúde (SUS)

O SUS é gerenciado por um conjunto de regras e normas que determinam as formas de agir dos seus segmentos, nessa legislação há desde a definição do Sistema até suas diretrizes e disposições, estrutura de ação, forma de organização e condutas do Sistema. Considerado como um dos maiores Sistemas públicos de saúde existentes, Ele é descrito pelo Ministério da Saúde como um Sistema ímpar no mundo, que garante acesso integral, universal e igualitário à população brasileira, do simples atendimento ambulatorial aos transplantes de órgãos.

3.1 Constituição Federal - Artigos 196 a 200

A Constituição Federal de 1988 é o marco inicial para criação do SUS em um de seus artigos prescreve que a saúde é um direito de todos e dever do Estado. No SUS, as realizações de saúde integram uma rede regionalizada e organizada segundo a dificuldade da atenção, baseada nos fundamentos e princípios da universalidade, integridade e equidade. Este Sistema propõe uma mudança profunda no modelo de planejar, organizar e gerir as ações e serviços de saúde.

Desde o artigo 196 até o artigo 200 da Constituição Federal de 1988, encontraremos a obrigação do Estado em prestar o acesso às ações e serviços de saúde, como o sistema deve ser organizado, as diretrizes pontuam para a necessidade da participação complementar da rede privada e algumas das atribuições desse sistema.

O art. 196 da Constituição Federal prescreve que: "A saúde é direito de todos e dever do Estado garantido mediante o acesso igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação", o art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado art.198: "atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais" o art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada. O art. 200: "ao SUS compete, além de outras atribuições no termo da lei" (BRASIL, 1998).

Através dos artigos da Constituição percebe-se a evidência, da grande relevância e atuação do SUS tendo como um dos princípios mais importantes o princípio da integralidade que fundamenta-se

na compreensão de que as pessoas têm o direito de serem atendidas no conjunto de suas necessidades, e que os serviços de saúde devem estar organizados de modo a oferecer todas as ações requeridas por essa atenção integral (CARVALHO, 2013).

3.2 Lei Orgânica da Saúde - Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90

A Lei 8.080/1990 por sua vez, instituiu o SUS, tendo como principais princípios e diretrizes: universalidade de acesso em todos os níveis de assistência à saúde; igualdade na assistência, sem preconceitos e privilégio de qualquer gênero; integralidade da assistência; participação da comunidade; e descentralização político-administrativa (NORONHA, 2008).

Essa lei regulamentou a Constituição Federal e definiu os objetivos do SUS: tendo como tarefa identificar e as condições e determinações da saúde; elaborar a política de saúde para impulsionar os campos econômicos e sociais, para diminuir o risco de danos à saúde; promover ações de saúde como a proteção e recuperação incorporando ações assistenciais e de advertência.

Nesse contexto formaram-se as orientações e princípios tecnogerenciais da CF e da Lei 8.080 que são: descentralização, regionalização, hierarquização, gestor único em cada esfera de governo, conjugação de recursos das três esferas de governo, organização dos serviços para evitar duplicidade, complementaridade e suplementariedade do privado, financiamento tripartite e participação da comunidade.

A lei 8.142/90 é complementar a Lei 8.080/90. Ela estabelece as normas em que devem se pautar as transferências de recursos financeiros entre os órgãos intergovernamentais e, sobretudo como deve acontecer à participação da população e controle social no SUS, entre outras deliberações, prevendo as Conferências e os Conselhos de Saúde, ratificando a defesa de participação social proposta pela Reforma Sanitária (BRASIL, 1990).

3.3 Decreto 7.508 de 2011 e Emendas Constitucionais nº 29, 86 e 95

O Decreto 7.508 é a legislação mais recente do SUS que regulamenta a Lei 8.080/90, ele traz novas redações e também resgata outros já existentes que precisam ser fortalecidos. A Lei no 8.080, também, traz um planejamento da saúde, da assistência à saúde e a articulação interfederativa, e traz outras determinações. Essas dispõem acerca da região da saúde, contrato organização de ação pública, portas de entrada, comissões intergestores, mapa da saúde, rede de atenção à saúde,

serviços especiais de acesso aberto, protocolo clínica e diretriz terapêutica, Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde, e Relação Nacional de Medicamentos Essenciais.

A Emenda Constitucional nº 29, em 2000, representou uma importante conquista da sociedade para a construção do SUS, pois estabeleceu um vínculo de diversos recursos nas três esferas de governo para um financiamento mais contínuo desse sistema, além de estabelecer regulamento para a progressão do Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU), e corroborar com o controle e fiscalização dos Conselhos de Saúde e de prever sanções para o caso de descumprimento dos limites mínimos de aplicação em saúde.

Outra Emenda Constitucional que modifica gastos do SUS, é a de nº 86/2015, conhecida como emenda do orçamento impositivo, que passou a alterar rigorosamente os artigos 165 e 166 da Constituição Federal, que começou a designar a vinculação de recursos para a execução de emendas parlamentares individuais, assim como previu uma vinculação do montante dos recursos da União a programas e ações de saúde.

Por outro lado com a aprovação da Emenda Constitucional n.º 95/2016 conhecida como a Emenda Constitucional do Teto dos Gastos Públicos, alterou a Constituição brasileira de 1988 para instituir o Novo Regime Fiscal. Trata-se de uma limitação ao crescimento das despesas do governo brasileiro durante 20 anos, alcançando os três poderes, além do Ministério Público da União e da Defensoria Pública da União.

A PEC 241 ou Emenda 95 estabeleceu um teto para as despesas primárias baseado na correção das despesas do ano anterior pela inflação do mesmo período durante vinte anos. Para as despesas com saúde, que na Constituição Federal de 1988 receberam tratamento diferenciado, está prevista a alteração das regras estabelecidas em 2015, pela Emenda Constitucional nº 86 (EC 86). Em especial o Novo Regime Fiscal visa a reverter uma trajetória histórica de crescimento real do gasto público.

4. Os impactos das Emendas Constitucionais 86/2015 e 95/2016 nas verbas públicas alocadas ao Sistema Único de Saúde:

4.1 Políticas de financiamento do SUS pós-constitucionalização

A CF/88 alocou a saúde como direito social fundamental do ser humano concedendo eficácia vinculante aos princípios e as regras salvaguardadas, com o objetivo de proporcionar efetividade na aplicação das medidas. Compreende-se que a saúde pública se relaciona com diferentes particularidades da vida social, precisamente, os aspectos socioeconômicos como a renda média da

família; a cobertura previdenciária; a geração de emprego e distribuição de renda; a moradia e o saneamento básico (CIARLINI, 2013).

Em primeira leva a regra para aplicação de recursos destinados à saúde por parte da União veio disposta no art. 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) da CF/88, sendo previsto que o valor a ser aplicado após as despesas referentes ao seguro desemprego seria de 30% do orçamento da seguridade social, esse fundo organizou-se com as contribuições sociais (VIEIRA; BENEVIDES, 2016).

Nos anos que se seguiram a implantação da seguridade social se percebeu o hiato no remanejamento das receitas de contribuição sobre a folha para a saúde, fato responsável por proporcionar uma disputa pelos recursos. A crise previdenciária e o fim das transferências da folha levaram a quedas nos recursos da saúde no momento em que novas políticas eram instituídas. Nos idos de 1993, para tentar apaziguar essa fenda aberta com a verba da saúde, foram tomados empréstimos junto ao Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT).

Durante o governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso criou-se a Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF), começando a vigorar em 1997, a criação do imposto visava à alocação de recursos para o financiamento do SUS, no entanto, observou-se um desvirtuamento de sua finalidade, sendo que parte da arrecadação foi destinada a outras áreas. A carência por fontes de recursos para o SUS continuava, conforme afirma Marques (2017, p. 39) [...] “mantiveram-se os problemas financeiros da área da saúde, levando a que fossem buscadas soluções mais definitivas, todas elas visando resolver a questão do financiamento do ponto de vista de um ramo da seguridade social, e não de sua totalidade”.

A vinculação na aplicação da fatia da verba pública dirigida à saúde pelo Produto Interno Bruto (PIB) e receitas afins, determinou os valores a serem demandados. A EC 29/2000, fixou os repasses para os entes da federação, dessa forma, determinou-se a aplicação mínima por parte da União nos serviços de saúde. Com isto, seria aplicado o montante do ano anterior corrigido pelo PIB, sendo os Estados e municípios responsáveis por 12% e 15% das suas receitas de impostos e transferências legais. Vislumbrou-se, contudo, intensos conflitos no âmbito do Governo Federal sobre a correção e variação do PIB (ROMÃO, 2018).

Apesar do aumento nos valores repassados para o SUS, percebe-se a carência de diferentes áreas na oferta de serviços de alta, média e baixa complexidade. Ademais, o cenário político brasileiro colabora para o desvirtuamento dos recursos, onde a corrupção e a malversação no erário público são condutas corriqueiras.

4.2 Crise econômica e as Emendas de ajuste fiscal

O financiamento promovido pela EC nº 29, mesmo sendo responsável por aumentar os investimentos, permitiu que o debate em torno da alocação de recursos para à saúde continuasse tendo em vista que os valores aplicados ainda eram baixos. Esse intento fez com que acessem projetos de lei que objetivavam a ampliação da disponibilidade de investimentos, por outro lado é perceptível que os fatores econômicos se tornaram decisivos na disponibilidade de receitas financeiras.

O Brasil vivencia uma das maiores crises econômicas de sua história tendo início no final do primeiro mandato da presidente Dilma Rousseff em 2014, fato determinante na busca por reformas na estrutura governamental diante do endividamento da máquina pública. Órgãos internacionais e investidores apresentaram no decorrer dos anos através de documentos as principais medidas a serem viabilizadas pelo Governo Federal. Surgiu a EC 86/2015 que definiria uma nova política de investimentos diante das dificuldades da gestão financeira (CARVALHO, 2013).

A EC nº 86 promoveu uma alteração no art. 165 da CF/88, a verba que equivaleria a 1,2% da Receita Corrente Líquida (RCL) de emendas de cunho individual do projeto de lei orçamentária enviada pelo executivo se destinaria para os serviços de saúde. A emenda foi responsável por garantir por parte da União a aplicação de 15% da RCL daquele exercício financeiro, deve-se frisar que foi organizada uma forma escalonada para essa aplicação, 13,2%, em 2016; 13,7%, em 2017; 14,1%, em 2018; 14,5%, em 2019; e 15%, a partir de 2020. Com este ajuste nos repasses, confirmaram-se as perdas no total disponibilizado para a saúde. Outra característica consignada por esta emenda é a ausência de alterações nos valores, ou seja, mesmo que houvesse crescimento econômico as cifras dispostas não seriam modificadas.

Ao desatender a CF/88, que em seu texto salvaguarda o direito à saúde pública, o novo regime fiscal surgido no calor das crises com a edição da EC 95/2016, está voltado para o controle das contas públicas, tornando-se responsável por um “ajuste fiscal” que promoverá o congelamento de gastos públicos no período de vinte anos. Em meio a problemas na estrutura de saúde, o governo promoverá a suspensão das despesas que estejam acima da inflação (MESQUITA, 2019).

O montante financeiro suspenso pelo novo regime fiscal são as custas primárias, sendo os dispêndios necessários para os serviços públicos dirigidos a população, como à saúde. Identifica-se o esforço para o abatimento dos juros da dívida pública e conseqüentemente o favorecimento dos credores. Com as adversidades econômicas, se observou o rebaixamento da nota de crédito do Brasil pelas agências de risco, acarretando um prejuízo na conquista de investimentos internacionais.

Destaca-se a modificação introduzida pela EC nº 95, acrescentando ao ADCT o art. 110, referentes às aplicações mínimas com a vigência do referido regime:

Art. 110. Na vigência do Novo Regime Fiscal, as aplicações mínimas em ações e serviços públicos de saúde e em manutenção e desenvolvimento do ensino equivalerão:
I no exercício de 2017, às aplicações mínimas calculadas nos termos do inciso I do § 2º do art. 198 e do caput do art. 212, da Constituição Federal;
II nos exercícios posteriores, aos valores calculados para as aplicações mínimas do exercício imediatamente anterior, corrigidos na forma estabelecida pelo inciso II do § 1º do art. 107 deste Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 95, de 2016).

Pode-se assimilar que nos exercícios financeiros de 2017 e 2016 o cômputo destinado a saúde se encontrava comprometido tendo em vista a escala dos percentuais acharem-se em plena execução. A EC nº 95 propiciou a revogação do disposto na EC nº 86 que destinava 15% da RCL para as despesas de saúde, com isto houve baixas no custeio de saúde (MESQUITA, 2019).

É visível o processo de desestruturação pelo qual passa o SUS, subfinanciamento significa a precarização de serviços básicos importantes à população, aumentando a exclusão social. Existe um interesse do setor privado que pode atuar em complementação ao SUS, conforme se assevera no art. 199, §1º da CF/88, e a política neoliberal adotada em muitos países têm convergido no sentido da dependência cada vez maior de planos de saúde.

5. Considerações finais

Diante do exposto, percebe-se que as condições sanitárias do país eram péssimas no começo do século XX, fato este que permitiu a realização de reformas e o combate epidemiológico traçado por importantes profissionais. A saúde à época tinha um caráter curativo, médico e individual, ligado principalmente as obras de caridade da Igreja com as “Casas de Misericórdia”.

O surgimento dos serviços de saúde esteve agregado a Previdência Social, assim os trabalhadores tinham acesso pelas caixas das empresas e posteriormente nos institutos de aposentadorias e pensões. Foram criados órgãos voltados à saúde do trabalhador como o SESP (1942); o próprio Ministério da Saúde (1953); este responsável pela reorganização da saúde pública e a junção entre IAPS e INPS, ocorrendo o favorecimento do setor privado de saúde. Durante o Regime Militar os problemas no Ministério da Saúde continuaram e em 1978 foi extinto o INPS, sendo criado o INAMPS, órgão este responsável pela atenção à saúde.

As lutas sociais pela redemocratização colaboraram para a busca de um sistema de saúde que atendesse a carência da população de forma universalizada, com isto ocorre em 1986 a 8º Conferência

Nacional de Saúde que teve como premissa a defesa de um serviço de saúde nacionalizado. Com a constitucionalização da saúde presente do art. 196 ao art. 200, se delimitaram a gestão, atuação e diretrizes da saúde pública que a partir de então era “direito de todos e dever do Estado”. A lei 8.080/90 criou o SUS e discutiu suas prerrogativas e a lei 8.141/90, assegurou a participação da comunidade na gestão, além dos repasses das esferas governamentais para a saúde.

O debate acerca da saúde pública e da ampliação do SUS esbarra nos recursos dispostos. O orçamento da seguridade social, voltado para a saúde era de 30%, no entanto, naquele momento o SUS crescia e os recursos não eram suficientes. Devido a constantes crises o Governo realizava empréstimos junto ao Fundo de Amparo ao Trabalhador - FAT, para atender as despesas, depois se criou a CPMF que deveria financiar o SUS, mas na realidade teve sua função desvirtuada.

Assim, a EC nº 29 delimitou a vinculação de recursos por parte das três esferas da federação e a correção dos valores a partir da receita anterior e do PIB, além disso, proporcionou um aumento nas verbas para saúde e a criação de programas, contudo, a EC nº 86 de 2015 modificou o art. 165 da CF/88, determinando que o repasse devesse corresponder a 1,2% da RCL para a saúde, no caso a União iria disponibilizar 15% da RCL de forma progressiva. Com a crise econômica de 2016 foi promulgada a EC nº 95, a conhecida PEC dos gastos, em epítome, a referida emenda proporcionará o controle dos gastos primários, sendo a base a correção das despesas anteriores pela inflação durante vinte anos.

Em vista dos argumentos apresentados é acurado que a saúde pública, mesmo com a defasagem dos seus serviços, cumpre papel relevante na assistência à sociedade, desde a prevenção a doenças, assistência básica em unidades da família e os serviços de alta complexidade. Ao se analisar a Constituição e as leis ordinárias que regulamentaram o SUS, se percebe que o legislador demonstra as formas para a construção das melhorias, no entanto, a saúde pública ainda não é prioridade para boa parte dos ocupantes de mandatos eletivos.

Observa-se que os investimentos em saúde pública não são satisfatórios e colaboram para a desqualificação dos serviços, assim é imprescindível que toda a sociedade, pelos mecanismos dispostos, possa cobrar maiores investimentos e o combate a corrupção que tem causado o desvio destes recursos. Ademais, é cognoscível que a EC nº 95 possa ser revogado, pois, até o final de sua aplicação, trará impactos grandiosos e o descompasso nas políticas públicas implementadas.

Por fim, para a constituição de uma política de saúde democrática e eficiente se faz necessário uma gestão planejada em todas as esferas da federação, pois, vê-se nos últimos anos que os fatores ligados a política partidária influenciaram diretamente as indicações para cargos nesta área. Além

disso, para que se disponibilizem maiores fontes financeiras para a saúde é cabível o remanejamento de recursos, apresentação de novas receitas e a gestão planejada. O papel dos órgãos de controle interno e externo é fundamental para a fiscalização da aplicação destes recursos e cabe a sociedade uma postura crítica na defesa de serviços pautados na qualidade e no atendimento de suas carências.

Referências

AVRITZER, Leonardo. **Modelos de deliberação democrática: uma análise do orçamento participativo no Brasil**. In: SANTOS, Boa ventura de S.(Org.). Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

BAGNATO; M. H. S; RENOVARO R. D. O serviço especial de saúde pública e suas ações de educação sanitária nas escolas primárias (1942-1960). **Educar em Revista**.

Curitiba, n.especial2, p.277-290, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-40602010000500017&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 jun. 2020.

BAPTISTA TWF, Machado CV, Lima LD. Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil: um balanço da atuação dos Poderes. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2009, 14(3): 829-839.

BRASIL. **Constituição Federal**. Brasília – DF, 1998.

BRASIL. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências**. Diário Oficial da União 1990.

BRASIL. Lei 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**. Diário Oficial da União. 19 set. 1990.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados**. São Paulo, v. 27, n.78, p.726, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142013000200002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 05 jun. 2020.

CIARLINI, Alvaro Luis de. A. S. **Direito à saúde: paradigmas procedimentais e substanciais da Constituição**. São Paulo: Saraiva, 2013.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de pesquisa**. 1. Ed. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2009.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Fundamentos da metodologia científica**. 5. Ed. São Paulo: Editora Atlas S.A., 2003.

LIMA, A. L. G. S. de; PINTO, M. M. S. Fontes para a história dos 50 anos do Ministério da Saúde.

Revista História, Ciências, Saúde. v. 10, n. 3, p. 1037-1051, set./dez. 2003. apud BUSATO, I.

M.S.; GARCIA, I. de F. G; RODRIGUES, I. C. G. R. **SUS: estrutura organizacional, controle, avaliação e regulação**. 1. Ed. Curitiba: InterSaberes, 2019. Disponível em :

<https://plataforma.bvirtual.com.br/Leitor/Publicacao/176301/pdf/0?code=TOGse9TJGTHNPXGXxwOeBN3PzETWPRC0Phap5Xwl28y2w7aEhfp37itFeTplCje/Lh4Ix5goF/P6IP10tTtAbQ==>. Acesso em: 05 jun. 2020.

MARQUES, Rosa Maria. Notas exploratórias sobre as razões do subfinanciamento estrutural do SUS. **Planejamento e Políticas Públicas - PPP**, Brasília, n. 49, p. 35-53, 2017.

MENICUCCI, T. M. G. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro v. 21, n. 1, p. 77-92, jan.- mar. 2014. Disponível em:

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=386134010005>. Acesso em: 05 jun. 2020.

MESQUITA, Lucas Issac Soares de. **Mercantilização do Direito Constitucional à Saúde no Brasil**: neoliberalismo, contrarreformas e subfinanciamento do sistema único de saúde (SUS) no caso da implementação da empresa brasileira de serviços hospitalares (EBSERH). 2019.

Dissertação (Mestrado em Direito) - Faculdade de Direito de Alagoas, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2019.

NORONHA JC, Lima LD, Machado CV. **O Sistema Único de Saúde – SUS**. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato, LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 435-472.

OLIVEIRA, J. A. de A.; TEIXEIRA, S. M. F. **(Im)previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil**. 1986. apud SOREL, S. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L; LOBATO, L de V. C; NORONHA, J. C. de; CARVALHO, A. I. de. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013. p. 385-434.

ROMÃO, Ana Luisa Pereira Agudo. O financiamento da saúde frente ao novo regime fiscal.

Revista de Direito Sanitário, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 86-106, 2019.

SOUZA, G.C.de A.; COSTA, I. do C.C. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Revista Saúde e Sociedade**. v.19, n.3, p. 509-517, 2010. apud BUSATO, I. M.S.; GARCIA, I. de F. G; RODRIGUES, I. C. G. R.**SUS: estrutura organizacional, controle, avaliação e regulação**. 1. Ed. Curitiba: InterSaberes, 2019. Disponível em : <https://plataforma.bvirtual.com.br/Leitor/Publicacao/176301/pdf/0?code=TOGse9TJGTHNPXGXxwOeBN3PzETWPRC0Phap5Xwl28y2w7aEhfp37itFeTplCje/Lh4Ix5goF/P6IP10tTtAbQ==>. Acesso em: 05 jun. 2020.

VIEIRA, Fabiola Sulpino; BENEVIDES, Pucci de Sá e. O Direito à Saúde no Brasil em Tempos de Crise Econômica, Ajuste Fiscal e Reforma Implícita do Estado. **Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas**, Brasília, v. 10, n. 3, p. 01-28, 2016.