

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Curso de Ciências do Estado

Dayana Batista Sena

**O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E O NEOLIBERALISMO DE AUSTERIDADE: OS
IMPACTOS NO DIREITO À SAÚDE PÓS EMENDA CONSTITUCIONAL 95/2016 E
SUAS REPERCUSSÕES**

Belo Horizonte

2021

Dayana Batista Sena

**O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E O NEOLIBERALISMO DE AUSTERIDADE: OS
IMPACTOS NO DIREITO À SAÚDE PÓS EMENDA CONSTITUCIONAL 95/2016 E
SUAS REPERCUSSÕES**

Monografia apresentada ao Programa de Graduação em Ciências do Estado da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Ciências do Estado.

Orientador: Profº Giovani Clark

Belo Horizonte

2021

Dayana Batista Sena

**O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E O NEOLIBERALISMO DE AUSTERIDADE: OS
IMPACTOS NO DIREITO À SAÚDE PÓS EMENDA CONSTITUCIONAL 95/2016 E
SUAS REPERCUSSÕES**

Monografia apresentada ao Programa de Graduação em Ciências do Estado da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Ciências do Estado.

Profº Giovanni Clark
UFMG

Professor(a) Examinador(a)
(Banca Examinadora)

Professor(a) Examinador(a)
(Banca Examinadora)

Belo Horizonte, de julho de 2021.

Aos meus familiares, amigos e todos que contribuíram para a conclusão deste estudo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à minha família, em especial meu avô Nilton, que me alfabetizou antes mesmo que eu entrasse na escola, na primeira infância, ele que sempre me guiou para os caminhos da cultura e da educação como sendo primordiais para uma boa formação como pessoa. Levava-me e buscava-me todos os dias na escola, enfim, grata vovô! Não poderia deixar de agradecer à minha mãe Adriana que trabalhou duramente para criar-me, e à minha tia Micheline que sempre acompanhou minha criação bem de perto contribuindo muito também para minha formação.

Deixo aqui meu agradecimento às minhas amigas de faculdade, as quais eu trouxe para a vida, Vania e Mirlene. Obrigada pela companhia naquele fundo de sala por vários anos e nossos passeios que tornavam a caminhada mais amena e prazerosa. Não esqueceria jamais da minha amiga\irmã Ariana por ter sido o princípio de tudo ao topar entrar na jornada de estudos por este curso tão querido, mas que posteriormente buscou outros projetos para a vida e graças a Deus e ao seu grande esforço hoje é uma excelente profissional. Ao lembrar-me da jornada de estudos para o vestibular da UFMG me recordo sempre da “ONG Mudança Já”, na qual eu e Ariana passamos seis meses adquirindo muito aprendizado de forma gratuita, pois não tínhamos condições naquela época de arcarmos financeiramente com um cursinho pré-vestibular. Por esse e outros muitos motivos, gostaria de registrar aqui a importância de fomento das instituições públicas e privadas a esse tipo de projeto do terceiro setor de fomento à educação gratuita e de qualidade.

Agradeço também ao Fábio por entrar em minha vida e ser um exemplo de esforço e um verdadeiro braço direito nessa reta final da vida acadêmica e espero que continue sendo por muito tempo ainda durante a vida.

Por fim, gostaria de dedicar este último parágrafo de agradecimentos ao meu professor e orientador Giovani Clark pelo apoio e por se prontificar de imediato a me ajudar neste trabalho, por todo o conhecimento que recebi em suas aulas e nas leituras de seus textos. A todas as minhas professoras e meus professores, funcionários e funcionárias da Faculdade de Direito e Ciências do Estado pela paciência e dedicação durante os anos de estudos, principalmente aos que tive aulas neste período de pandemia via plataforma online: parabéns pelo empenho de se desdobrarem para repassar o conhecimento da melhor forma!

*A todas e todos citados acima e algumas pessoas que não foram citadas, o meu
muito obrigada!*

RESUMO

O presente estudo analisou os efeitos do neoliberalismo de austeridade e sua interlocução com as políticas públicas de saúde no contexto pós aprovação da Emenda Constitucional 95, promulgada em 2016, que prevê um teto de gastos da União por 20 (vinte) anos, inclusive com políticas sociais direcionadas ao direito à saúde. Estabeleceu-se, como problemas de pesquisa, analisar os principais impactos do Neoliberalismo de Austeridade no Sistema Único de Saúde nos últimos quatro anos desde a aprovação da referida Emenda; inclusive no atual contexto de enfrentamento da Covid-19. Como objetivo geral, estabeleceu-se identificar os desafios e consequências da política de austeridade na seara social desde a promulgação da Lei do teto de gastos, pela perspectiva das possíveis interferências neoliberais. Para o efetivo desenvolvimento dos objetivos específicos, buscou-se: contextualizar e trazer um breve histórico sobre o SUS no Brasil; discutir os impactos das interferências neoliberais nas políticas de saúde brasileiras; examinar mais detidamente e avaliar os impactos e reflexos da referida Emenda até o contexto atual da pandemia causada pela COVID-19. O presente estudo trata-se de uma pesquisa aplicada, de caráter descritivo, sendo que os resultados foram apresentados de forma qualitativa, a partir da coleta de informações de fontes secundárias, incluindo análise documental em livros, artigos, sites e palestras de autores que debatem o tema.

Palavras-chave: austeridade; direito à saúde; neoliberalismo; SUS.

ABSTRACT

This study analyzed the effects of austerity neoliberalism and its interlocution with public health policies in the context of the post-approval of Constitutional Amendment 95, enacted in 2016, which provides for a federal spending ceiling for 20 (twenty) years, including policies to the right to health. It was established, as research problems, to analyze the main impacts of Austerity Neoliberalism on the Unified Health System in the last four years since the approval of the aforementioned Amendment; including in the current context of Covid-19's confrontation. As a general objective, it was established to identify the challenges and consequences of the austerity policy in the social area, especially since the enactment of the Spending Ceiling Law, from the perspective of possible neoliberal interferences. For the effective development of the specific objectives, it was sought to: contextualize and bring a brief history of the SUS in Brazil; discuss the impacts of neoliberal interference in Brazilian health policies; further examine and assess the impacts and consequences of the aforementioned Amendment to the current context of the pandemic caused by COVID-19. The present study is an applied research, of a descriptive nature, and the results were presented in a qualitative way, from the collection of information from secondary sources, including documental analysis in books, articles, websites and lectures by authors who debate the theme.

Keywords: austerity; right to health; neoliberalism; SUS.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	09
2 SOBRE A CRIAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) NO BRASIL.....	11
2.1 Sobre o Sistema Único de Saúde – SUS: a busca pela garantia do direito à saúde.....	12
3 CONTEXTUALIZANDO O SUS NO CENÁRIO POLÍTICO BRASILEIRO: DISCUTINDO POSSÍVEIS INTERFERÊNCIAS NEOLIBERAIS E A POLÍTICA DE AUSTERIDADE.....	19
4 A EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 95/2016: A RETOMADA NEOLIBERAL DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E SUAS REPERCUSSÕES.....	25
4.1 A proposta da Emenda Constitucional nº 95/2016.....	25
4.2 Uma perspectiva crítica acerca das controvertidas inovações introduzidas pela EC 95/2016.....	28
4.3 Sobre a realidade e possíveis tendências na era da pandemia causada pela COVID-19.....	32
5 CONCLUSÃO.....	36
REFERÊNCIAS.....	38
BIBLIOGRAFIA.....	40
ANEXO I – EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 95/2016.....	42

1 INTRODUÇÃO

Em um contexto de graves crises que vieram em consequência da pandemia causada pelo coronavírus desde 2020 no Brasil – em outras partes do mundo, desde 2019 – a vida das pessoas e a condução das instituições públicas e privadas, de uma maneira geral, foram afetadas com as restrições impostas nas atividades econômicas e produtivas.

Isto forçou os governos a adotarem medidas excepcionais como, por exemplo: o isolamento social e o uso de máscaras; o fechamento do comércio; o incentivo ao trabalho remoto (*home office*); a concessão de auxílios financeiros, entre outras medidas para conter o avanço da Covid-19 e suas consequências, intentando estabilizar, de alguma forma, a economia, e incentivar o consumo no Brasil. Neste cenário, a saúde, bem como as mortes que vieram em consequência da transmissão do vírus, aparentemente foram preocupações secundárias para o Governo Federal.

Nesse sentido, torna-se proveitoso analisar os efeitos do neoliberalismo de austeridade que, em termos gerais, é caracterizado pela substituição da lógica social pela mercantil na gestão pública, em contextos que exigem gastos para a concretização de direitos sociais básicos, como o acesso à saúde, por exemplo; bem como pontuar o contexto de aprovação da Emenda Constitucional 95, promulgada em 2016, que prevê um teto de gastos da União por 20 (vinte) anos, exceto para o pagamento de dívidas públicas, limitando os investimentos em políticas sociais e gerando escassez de recursos para as áreas pertinentes.

Em um contexto de pandemia mundial, esta discussão é ainda mais relevante, considerando que os investimentos públicos em um Estado de Direito são essenciais para refrear impactos graves em diversos setores da sociedade, como a desigualdade social (que está se acentuando ainda mais), e principalmente, a crise severa que há anos acompanha o SUS, que incorre em problemas como a falta de leitos, oxigênio e equipamentos de proteção individual (EPI) para os profissionais, dentre várias outras situações. Isso, sem contar a crise econômica e fiscal que tem abalado o país e que se agravou no cenário criado pela pandemia da COVID-19.

Sendo assim, o presente estudo estabeleceu como problemas de pesquisa: quais os principais impactos do Neoliberalismo de Austeridade no Sistema Único de Saúde nos últimos quatro anos desde a Emenda Constitucional 95/2016? Quais são

os seus reflexos no tratamento da pandemia causada pela Covid-19? Como objetivo geral, estabeleceu-se identificar os desafios e consequências da política de austeridade na seara social, principalmente nos últimos quatro anos, desde a promulgação da Emenda do teto de gastos, até o atual contexto.

Para o efetivo desenvolvimento dos objetivos específicos, este trabalho buscou: contextualizar e trazer um breve histórico sobre a criação do SUS no Brasil; discutir as possíveis interferências neoliberais nas políticas públicas de saúde, bem como a adoção de medidas de austeridade, principalmente após a promulgação da Emenda Constitucional nº 95 de 2016; examinar mais detidamente e avaliar os impactos e reflexos da referida Emenda até o contexto atual da pandemia causada pela COVID-19.

O presente estudo consiste em pesquisa aplicada de caráter descritivo. Assim, os resultados foram apresentados de forma qualitativa, a partir da coleta de informações de fontes secundárias, incluindo análise documental em livros, artigos, sites e palestras de autores que debatem a temática e que permitiram um maior aprofundamento sobre o tema.

Para alcançar seu objetivo geral, este trabalho encontra-se organizado em cinco seções, sendo esta introdução a primeira delas. Na seção 2 foram apresentadas algumas noções sobre o direito à saúde, como fundamento para a discussão principal que se estabeleceu: o Sistema Único de Saúde e o contexto de sua criação no Brasil; na seção 3, buscou-se discutir brevemente o neoliberalismo, bem como possíveis interferências neoliberais nas políticas públicas de saúde, com especial enfoque nas medidas de austeridade adotadas e o cenário que se estabeleceu após a promulgação da Emenda Constitucional nº 95 de 2016; na seção 04, examinou-se mais detidamente os impactos da referida Emenda, traçando-se um panorama até os dias atuais, na era da pandemia causada pela COVID-19. Por fim, na seção 05, apresentou-se as considerações finais.

2 SOBRE A CRIAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) NO BRASIL

Discorrer sobre as bases teóricas que anunciam os amplos significados que a expressão 'direito à saúde' pode assumir teoricamente conduz a debates pertinentes à área da filosofia jurídica ou política. Certo é que, como é notório, a existência humana prescinde da saúde, sendo esta considerada, em termos gerais (e sem apoio teórico), como o estado de equilíbrio e funcionamento de todos os organismos vivos.

A 'saúde' baseia não somente as construções científicas das ciências médicas e biológicas, como serve também de fundamento (e é invocada) por outras áreas, como é o caso das ciências sociais. Isto, pois, na contemporaneidade, a saúde representa um dos mais importantes direitos do ser humano, sendo elevada a direito fundamental individual das pessoas na maioria dos sistemas jurídicos existentes.

Em que pese se tratar de um direito individual, pois 'saúde' corresponde à condição de equilíbrio e funcionamento de um organismo 'singularmente considerado' (ainda que íntegro, de forma abstrata, direitos de uma coletividade), no Brasil, a legislação a qualifica como um 'direito social'.

É o que resta estabelecido pelo art. 6º, caput, da Constituição da República de 1988, que assim preconiza: "Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição" (BRASIL, 1988) (grifo da autora). No texto da Constituição de 1988 há, inclusive, uma seção específica destinada a tratar sobre a saúde, com especial destaque aos artigos 196 e 197, que assim dispõem:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado (BRASIL, 1988).

Além da Constituição, há inúmeras referências legais à saúde e ao direito à saúde nos textos legislativos brasileiros, e sua importância vai além de sua

referência como direito social fundamental à existência humana digna: representa também o fundamento de inúmeros outros direitos e garantias, bem como a justificativa legal e jurídica para inúmeras iniciativas dos Poderes que integram o Estado Brasileiro, como é o caso de políticas e ações públicas adotadas em prol dos cidadãos.

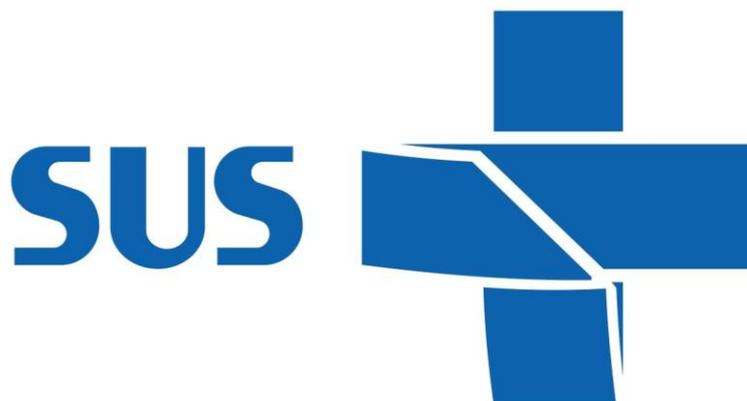
É o direito à saúde, ou melhor, a intenção de garanti-lo, que motivou a proposta de criação do Sistema Único de Saúde – SUS – que tem por principal fundamento o art. 198 da Constituição, como se verá a seguir.

2.1 Sobre o Sistema Único de Saúde – SUS: a busca pela garantia do direito à saúde

A expressão ‘Sistema Único de Saúde’ (SUS) referencia o sistema brasileiro de ações, políticas públicas e serviços de saúde empenhados e prestados pelo Estado através de “(...) órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”¹, com participação complementar da iniciativa privada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000, p. 05).

¹Segundo o Ministério da Saúde sobre a organização do SUS no Brasil: “O SUS é um sistema de saúde de abrangência nacional, porém, coexistindo em seu âmbito subsistemas em cada estado (o SUS estadual) e em cada município (SUS municipal). É sempre bom lembrar que a ênfase está nos municípios. Assim, a totalidade das ações e de serviços de atenção à saúde, no âmbito do SUS, deve ser desenvolvida em um conjunto de estabelecimentos, organizados em rede regionalizada e hierarquizada, e disciplinados segundo os subsistemas municipais – o SUS-Municipal – voltados ao atendimento integral da população local e inseridos de forma conjunta no SUS em suas abrangências estadual e nacional” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000, p. 08).

Figura 01: O SUS



(Fonte: BAHIA, 2021)

Como teoriza Paim (2009, p. 16-17): “(...) na prática, quando usamos a expressão ‘sistema de saúde’, geralmente estamos nos referindo ao sistema de serviços de saúde”.

A garantia da saúde como direito foi uma conquista da sociedade brasileira e esteve diretamente associada à construção do Estado democrático de direito, resultado de um grande pacto social, expresso por meio da Constituição Federal de 1988. O Sistema Único de Saúde (SUS) é reconhecido como uma das políticas públicas mais inclusivas praticadas no Brasil. Antes, os brasileiros eram desigualmente divididos entre os ricos, que desembolsavam para pagar por seus próprios atendimentos de saúde, os que tinham empregos formais e acessavam os serviços de saúde oferecidos pela previdência pública, e os indigentes, aqueles que viviam à margem do mercado de trabalho formal, que não tinham a carteira assinada e peregrinavam em busca de atendimento à saúde por caridade ou por meio de alguns programas seletivos de saúde pública. Nos anos de 1980, pode-se afirmar que aproximadamente metade da população não tinha acesso aos serviços, e uma pequena fração era atendida eventualmente pela caridade das Santas Casa (MENEZES; MORETTI; REIS, 2019, p. 59).

A estruturação de um sistema de saúde no Brasil decorreu da promulgação da Constituição da República de 1988, como mencionado. Com a proposta constitucional de garantir saúde pública de forma plural a toda à população como um dever do Estado, após vários debates e tentativas de universalizar as políticas de saúde, enfim, se criou um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo: o SUS². De acordo com Clark, Lelis e Machado (2021): “(...) o Estado brasileiro

²De acordo com o Ministério da Saúde, são os princípios do Sistema Único de Saúde: “**Universalização**: a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as

assumiu, a partir de 1988, a execução do Sistema Único de Saúde, encerrando o período no qual os serviços eram realizados de forma estrutural e excludente”.

Como mencionado acima, as principais referências constitucionais em relação ao SUS estão no artigo 198, além do art. 200 (que trata de suas atribuições), destacados a seguir:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade. (...) Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde; IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; V - incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação; VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano; VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho. (BRASIL, 1988).

Embora no texto constitucional não exista menção expressa ou específica ao Sistema Único de Saúde como uma instituição autônoma ou de forma direcionada, a intenção de criar-se um sistema integrado e público de saúde é referenciada nos artigos relacionados à saúde, como é o caso do mencionado §1º do art. 198, que dispõe, como visto acima, que o seu financiamento será feito com recursos dos orçamentos da seguridade social da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e outras fontes (BRASIL, 1988).

peças, independentemente de sexo, raça, ocupação ou outras características sociais ou pessoais. **Equidade:** o objetivo desse princípio é diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior. **Integralidade:** este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos” (BRASIL, 2021). Estes princípios são orientativos sobre a política de atendimento do SUS, evidenciando-se seu caráter de sistema público, de atendimento universal e integralizado, pautado na igualdade entre os usuários.

À institucionalização do sistema público de saúde foi designada a expressão “Sistema Único de Saúde” ou, simplesmente, ‘SUS’:

O SUS pode ser considerado uma das maiores conquistas sociais consagradas na Constituição de 1988. Seus princípios apontam para a democratização nas ações e nos serviços de saúde que deixam de ser restritos e passam a ser universais, da mesma forma, deixam de ser centralizados e passam a nortear-se pela descentralização (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000, p. 06).

Ainda que muitas ações e políticas de saúde já existissem e tenham sido incorporadas pela criação do SUS (havendo interferências entre a história de criação do sistema e o surgimento e aprimoramento das políticas públicas de saúde no Brasil), é importante destacar a relevância de sua instituição pós Constituição de 1988 como um marco histórico e jurídico, em razão de seu alinhamento à política brasileira ao Estado do Bem-Estar Social, que nitidamente orienta a maioria das diretrizes constitucionais, dentre elas, a proposta de integração das ações, medidas, estratégias e políticas públicas de saúde. Isto, pois, o SUS

(...) passou a oferecer a todo cidadão brasileiro acesso integral, universal e gratuito a serviços de saúde. Considerado um dos maiores e melhores sistemas de saúde públicos do mundo, o SUS beneficia cerca de 180 milhões de brasileiros e realiza por ano cerca de 2,8 bilhões de atendimentos, desde procedimentos ambulatoriais simples a atendimentos de alta complexidade, como transplantes de órgãos (FUNDAÇÃO FIOCRUZ, 2021, n.p).

Além disso, a proposta constitucional de criação do SUS representou também o alinhamento das políticas públicas e administrativas à proposta de democratização da saúde, que foi também reinterpretada, passando do conceito de ‘saúde’ como “não-doença” para uma concepção mais estratégica e preventiva, orientando o planejamento destas políticas e a criação de serviços a ela relacionados.

Como destacam Menezes, Moretti e Reis:

A garantia da saúde como direito foi uma conquista da sociedade brasileira e esteve diretamente associada à construção do Estado democrático de direito, resultado de um grande pacto social, expresso por meio da Constituição Federal de 1988. O Sistema Único de Saúde (SUS) é reconhecido como uma das políticas públicas mais inclusivas praticadas no Brasil. Antes, os brasileiros eram desigualmente divididos entre os ricos, que desembolsavam para pagar por seus próprios atendimentos de saúde,

os que tinham empregos formais e acessavam os serviços de saúde oferecidos pela previdência pública, e os indigentes, aqueles que viviam à margem do mercado de trabalho formal, que não tinham a carteira assinada e peregrinavam em busca de atendimento à saúde por caridade ou por meio de alguns programas seletivos de saúde pública. Nos anos de 1980, pode-se afirmar que aproximadamente metade da população não tinha acesso aos serviços, e uma pequena fração era atendida eventualmente pela caridade das Santas Casas (MENEZES; MORETTI; REIS, 2019, n.p).

Em 1990 foi publicada a Lei nº 8.080 de 1990, que então dispôs, de forma específica e direcionada, sobre o SUS, designando-o como o “(...) conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público (...)” (BRASIL, 1990).

Esta Lei representou o marco **legal** do SUS no Brasil, trazendo assim inúmeras referências regulatórias, como seus objetivos e atribuições, princípios e diretrizes, organização administrativa e gerencial, dentre inúmeras outras disposições. No art. 2º, por exemplo, há a importante referência à saúde como o direito fundamental justificante e orientativo da atuação do Estado:

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. § 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. § 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade (BRASIL, 1990).

Mais precisamente nos artigos 4º e seguintes, a Lei dispõe sobre o Sistema Único de Saúde, trazendo pormenorizadamente referências relativas aos seus objetivos, eixos de atuação e diretrizes, dentre outros. Ao presente estudo, interessa o que está disposto no art. 4º, que define, pela perspectiva da Lei, o que significa o SUS:

Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS). § 1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde. § 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar (BRASIL, 1990).

Assim, reforçando as indicações teóricas acima, a própria Lei que regula o SUS traz uma indicação conceitual: o sistema único de saúde brasileiro representa o “(...) conjunto de ações e serviços de saúde” prestados pelo Estado através de suas instituições e órgãos públicos, em todas as esferas legislativas, com participação da iniciativa legislativa no que for pertinente e complementar à iniciativa pública, com o objetivo de ampliar e democratizar o acesso da população brasileira a tais serviços (BRASIL, 1990).

Como destacam Gouveia e Palma (1999, p. 139), o SUS, apesar de estatizado com a Constituição de 1988, é fruto de um longo processo de lutas que se intensificaram na década de 70, decorrentes da articulação de vários setores da sociedade, bem como sujeitos atuantes na área da saúde, como trabalhadores, intelectuais e militantes, dentre outros.

Com isto, os autores defendem que, em que pese sua criação ter decorrido da promulgação da Constituição de 1988, há uma notória contribuição anterior da sociedade civil para a sua criação, composta por sujeitos sociais que “(...) geraram importantes transformações que se fazem ainda presentes nos nossos dias” (GOUVEIA; PALMA, 1999, p. 139).

Como destaca Campos (2007, p. 1873), é inegável que a criação do SUS segue a tradição das políticas públicas de caráter socialista. Em que pese ser fruto de demandas sociais e surgir no contexto de democratização do Estado brasileiro, “(...) O SUS não parece haver ganhado o ‘coração e mentes’ dos brasileiros, nem para desejá-lo e defendê-lo com paixão, ou tampouco para combatê-lo com ódio”.

Na defesa do SUS, Campos (2007, p. 1873) opina pela sua consistência, ainda que seus principais inimigos – a tradição brasileira de gestão pública deficiente dos serviços de saúde e os ideais neocapitalistas – “(...) pareçam cada dia mais fortes e influentes”.

O caminho para a continuidade de sua consolidação deve privilegiar os elementos fundantes das políticas de saúde de caráter socialista, em contraponto aos ideais liberais e privatistas que acometem seu funcionamento, sem mencionar a necessária (porém, aparentemente não acolhida) observância dos preceitos constitucionais que justificaram, juridicamente, a sua criação.

O avanço das políticas neoliberais e a necessidade de se estabelecer, no contexto atual da pandemia causada pela COVID-19, medidas de austeridade, tem

representando notáveis contrapontos ao funcionamento do SUS, que apesar de ainda persistir, enfrenta inimigos públicos, mas silenciosos, como é o caso dos gestores alinhados aos ideais ou preceitos neoliberais, que se contrapõem, em certa medida, às diretrizes do Estado Social.

3 CONTEXTUALIZANDO O SUS NO CENÁRIO POLÍTICO BRASILEIRO: DISCUTINDO POSSÍVEIS INTERFERÊNCIAS NEOLIBERAIS E A POLÍTICA DE AUSTERIDADE

Embora se denote, na doutrina, a importância do SUS, na prática, o sistema de saúde brasileiro, há muito, distancia-se paulatinamente do seu objetivo principal de efetivar e democratizar o direito à saúde, tendo se tornado, na verdade, um instrumento vulnerável e suscetível a mudanças de governos, partidos políticos e seus gestores.

Em uma análise preliminar, contribuem Clark, Corrêa e Nascimento (2020, p. 67), que entendem que a promulgação da Constituição de 1988, fruto de um processo social composto por diversos atores, decorreu do fomento à necessidade de uma nova ordem constitucional que era desejada anos antes. A concretização de suas disposições, inclusive no que se refere aos ‘Mandamentos da Constituição Econômica’, representaria “(...) a alteração do status civilizatório de uma nação marcado pela desigualdade social e pela marginalização econômica de grande parte de sua população” (CLARK; CORRÊA; NASCIMENTO, 2020, p. 67).

A persecução destes ideais, principalmente no que se refere à ordem econômica, demandaria a espécie de um ‘pacto’ entre os atores políticos, como o poder público e privado, os empresários, os trabalhadores organizados, entre outros, pautado no consenso e na mediação de conflitos de interesse, de forma a viabilizar a concretização do Estado Social e Democrático previsto na Constituição de 1988.

Todavia, esta tentativa sofreu, como destacam Clark, Corrêa e Nascimento (2020, p. 68), um verdadeiro ‘revés’, caracterizado pela inserção de inúmeras medidas de bloqueios institucionais, entendidos como “(...) o processo político-econômico de construção de barreiras – no âmbito do Executivo, Legislativo ou Judiciário – que, de forma direta ou indireta, promovam a obstrução dos instrumentos jurídicos e políticos capazes de transformar a realidade econômica”. Neste contexto, muitas medidas afrontaram diretamente a execução da política constitucional de saúde, inaugurando um período, ainda não superado, de subfinanciamento da saúde no Brasil.

Como destacado anteriormente, a criação do SUS fundamentou-se na premissa constitucional de garantia do direito à saúde dos cidadãos, e apesar de decorrer de paulatinas lutas e reivindicações protagonizadas por atores e movimentos sociais muito antes da promulgação da Constituição de 1988, sua estruturação e funcionamento dependeram de previsão constitucional e legal, e sua materialização sempre dependeu da formulação e manutenção de políticas públicas específicas.

Por tratar-se (acima de tudo) de um conjunto de políticas e ações públicas destinadas à garantia e preservação do direito constitucional à saúde, é inegável que a gestão do SUS acompanha a própria (gestão) governamental. Por esta razão, desde a sua criação, o SUS tem se destacado por sua volatilidade em relação ao governo.

Segundo Paim:

Dirigentes improvisados, persistente clientelismo político, alta rotatividade das equipes e engessamento burocrático exigem alternativas criativas para proteger ou blindar o SUS dos interesses e das manobras da política na saúde. Garantir o caráter público do SUS, mas sem confundir-lo com o Estado, governos e partidos, é fundamental para evitar intercorrências desastrosas e a descontinuidade administrativa (PAIM, 2009, p. 99-100).

Como afirma Noronha (2001, p. 446), ainda que se destaque a notável evolução do sistema de saúde no Brasil no contexto pós-Constituição de 1988, na década de 90, este processo não foi somente interrompido, como também tendenciou ao retrocesso.

Em que pese a idealização do plano formal, na prática, há muito a sua efetividade e correspondência às projeções de concretude do direito à saúde, segundo a Constituição e o texto da Lei, são questionadas, e isto por inúmeros fatores, como a inadequada formulação de políticas e ações que o integram e até mesmo a destinação de recursos abaixo do necessário para a consolidação de seus objetivos. Segundo Noronha:

Os avanços formais conquistados na formatação administrativa do Sistema Único de Saúde através das várias normas operacionais instituídas naquela década, apesar da multiplicação de agentes políticos interessados na sua preservação, correm seríssimo risco de serem tragados por fora pela contração de investimentos públicos e pela cisão irrecorrível do sistema de saúde (NORONHA, 2001, p. 449-450).

Pelo que destaca Paim (2009), reforçando o que foi dito acima, há décadas o SUS enfrenta alguns “inimigos”, como é o caso das ‘contraditórias e partidárias’ gestões, casos de corrupção e, sobretudo, problemas com financiamento, considerando que o gasto público com saúde não corresponde à iniciativa proposta de universalização do atendimento público³.

Isto se deu em razão das recorrentes contrarreformas que têm sido propostas desde o início da década de 1990, todas de viés econômico e apresentadas com a justificativa de necessidade de “modernização” das políticas públicas brasileiras (inclusive as de saúde) e de abertura do país para a economia: “(...) é na segunda metade dos anos 90 que praticamente se completa o projeto mais acabado (e neoliberal) de “Reforma do Estado” (PAIM, 2009).

O atual contexto da saúde no Brasil parece seguir a tendência prevista por Paim (2009, p. 103)⁴, caracterizada por ser um cenário intermediário entre a continuidade do plano de democratização da saúde - iniciado com a Constituição de 1988 - e os avanços da política neoliberal e macroeconômica, que limita a expansão e a universalização dos serviços de saúde.

Como indicam Menezes, Moretti e Reis (2019, p. 60), a política neoliberal é aquela direcionada a ações orientadas pela racionalidade de mercado, um “(...) ativismo político-jurídico voltado a construir uma sociedade regida pela concorrência”. Apesar de liberal, esta política não prestigia a não-regulação, ao contrário: mostra-se altamente regulatória e pautada nas premissas econômicas e de mercado que privilegiam a concorrência e até mesmo a iniciativa privada, trazendo para a gestão pública uma lógica econômica, empresarial e de busca pelo lucro.

³Segundo Paim sobre a questão: “Nos países com sistemas de saúde de caráter universal, como é a proposta do Brasil, mais de 60% dos gastos com saúde são públicos. Já em nosso país, mais da metade dos gastos em saúde são feitos pelas famílias e empresas, com medicamentos, consultas, exames, óculos e planos de saúde. Os governos federal, estadual e municipal não chegam a comparecer nem com a metade dos gastos em saúde” (PAIM, 2009, p. 100).

⁴“Uma alternativa intermediária corresponderia ao prolongamento da crise do sistema de saúde com um arcabouço legal fictício, diante da instabilidade e insuficiência do financiamento. Os provedores e prestadores não SUS, ou seja, a saúde suplementar e a medicina privada paga por desembolso direto, seriam pouco regulados e manteriam as vantagens dos subsídios indiretos decorrentes da renúncia fiscal. Preservaria a dicotomia entre a assistência médico-hospitalar e a saúde pública, esta confinada às campanhas sanitárias, aos serviços de vigilância epidemiológica e a sanitária e aos programas especiais, persistindo o conflito entre o modelo médico-assistencial hegemônico e as propostas da Reforma Sanitária e do SUS” (PAIM, 2009, p. 103).

No que se refere especificamente às contrarreformas de cunho econômico, mas que, diretamente ou indiretamente, refletiram na execução de políticas públicas de saúde, podemos citar a teoria de Clark, Corrêa e Nascimento (2020, p. 69), que mencionam bloqueios institucionais da Constituição no que refere ao direito econômico através da supressão (total ou parcial) de disposições que, no caso brasileiro, dispunham sobre direitos “cristalizados” na ordem econômica e social:

Entre nós, as marcas das políticas econômicas neoliberais reguladoras podem ser identificadas com a edição das Emendas Constitucionais nos 06/1995, 07/1995, 09/2005 e 40/2003, todas elas mutiladoras de uma série de conquistas sociais, econômicas e nacionalistas, tais como: o fim do monopólio do petróleo pela Petrobrás; a eliminação dos juros remuneratórios de 12% ao ano; a extinção da diferença entre empresa brasileira e empresa brasileira de capital nacional; a possibilidade da exploração dos recursos naturais e energéticos nacionais pelo capital internacional, bastando somente que as empresas sejam constituídas conforme as leis brasileiras (CLARK; CORRÊA; NASCIMENTO, 2020, p. 69).

Pochmann (2016, n.p) entende que o processo introdução de contrarreformas neoliberais, na contramão e direitos e garantias fundamentais iniciado na década de 1990 até os dias atuais, pode ser destacado em três tempos distintos: o primeiro, notadamente na década de 1990, na gestão de Fernando Collor de Melo (1990-1992); o segundo, com a retomada do plano neoliberal por Fernando Henrique Cardoso (1995-2002); e o terceiro, no ano de 2016, em consequência do impeachment da Presidente Dilma Rousseff.

De acordo com Pochmann:

As proposições de reformas no Estado brasileiro (gasto público, previdência social, ensino médio) retomam o sentido da contração do setor público, conforme estabelecido no primeiro (1990 – 1992) e no segundo (1995 – 2002) tempos do neoliberalismo. Destes dois períodos de tempo, o governo Temer parece se assemelhar mais à truculência da época do presidente Collor de Melo. Isso porque a adoção das medidas neoliberais transcorre em meio ao avanço da recessão econômica, com o inédito agravamento da questão social (POCHMANN, 2016, n.p).

Em um primeiro momento, como destacam Silva, Batista e Santos (2017, p. 03) os ideais neoliberais tomaram fôlego na década de 1990 no Brasil com o governo de Collor de Melo, com sua proposta de “(...) redefinir o papel do Estado perante a sociedade”, passando também a remodelar as políticas públicas sociais,

dentre elas as da área da saúde, “afetadas”, dentre outras, por propostas de privatização.

Tal proposta estava, como todas as de iniciativa neoliberal, centradas na ideia de ‘progresso’ ou desenvolvimento econômico e de necessidade de modernização na gestão pública.

Dentre as medidas implementadas neste mandato destacam-se: a redução dos recursos destinados à saúde, o descaso em levar à diante a Reforma Sanitária, valorização do setor privado para provimento dos serviços e o adiamento da 9ª Conferência Nacional de Saúde. No entanto, houve resistências, que possibilitaram alguns ganhos, como promulgação de leis estaduais e municipais para regulamentação da política de saúde e a realização da 9ª Conferência Nacional de Saúde (SILVA; BATISTA; SANTOS, 2017, p. 03).

Em um segundo momento, no governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), o projeto neoliberal toma ainda mais força, o que é sentido também na saúde: é o caso de iniciativas como a proposta de parcerias e contratos com modalidades não estatais. Isto facilitou a destinação de recursos para o setor privado e contribuiu para o fenômeno há anos discutido de “sucateamento” dos SUS, que significa, na verdade, a tendência de precarização dos serviços públicos de saúde prestados à população (SILVA; BATISTA; SANTOS, 2017, p. 05-06).

Após a vitória do Presidente Lula nas urnas no ano de 2002, até o impeachment da Presidente Dilma Rousseff em 2016, o Brasil viveu um período de centralização das políticas sociais em detrimento às iniciativas neoliberais, que permaneceram, por anos, sem direcionar a atuação governamental.

Mesmo assim, como é notório, não se pode falar que o SUS viveu uma era de desenvolvimento ou ‘prosperidade’ durante o governo do Partido dos Trabalhadores (PT): apesar da reafirmação de políticas que buscaram valorizar os direitos e garantias individuais e sociais, ao SUS coube a manutenção da gestão de subfinanciamento que sempre lhe foi característica desde a sua criação.

Todavia, o reavivamento do neoliberalismo na política e gestão pública no ano de 2016, com o Presidente Michel Temer, foi além do que se viu até então: passou-se de um estado de subfinanciamento para outro, o de ‘desfinanciamento’, o que foi sentido não somente pela área da saúde, como também pela educação, previdência social, entre outros importantes pilares da dignidade humana em um Estado Democrático de Direito.

Se era possível falar-se em sucateamento do SUS desde a década de 90 e de gestão orientada por iniciativas neoliberais nos governos Fernando Collor e Fernando Henrique Cardoso, no governo Temer, no cenário pós-impeachment da Presidente Dilma Roussef, esta perspectiva ficou ainda mais evidente: a agenda neoliberal foi retomada às pressas, e seguindo uma orientação que pareceu, até para os leigos, como planejada. As decisões políticas adotadas a partir de então sinalizaram o intuito de se produzir mudanças que excederiam a gestão de Michel Temer, agravando ainda mais o contexto das políticas sociais (e de saúde) no Brasil, se é que isto era possível.

4 A EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 95/2016: A RETOMADA NEOLIBERAL DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E SUAS REPERCUSSÕES

A retomada neoliberal no Brasil, após o governo Lula e Dilma (2002-2016) ocorreu especificamente contexto pós-impeachment em 2016, com a proposta de inúmeras contrarreformas questionáveis (sob o prisma das diretrizes da Constituição de 1988 e da política ‘social’ adotada pelo governo do PT).

Como destaca Lelis (2020, p. 166), a saída de Dilma representaria, para alguns, uma possível retomada do ‘crescimento econômico do Brasil’, que supostamente encontrava-se em meio a crise. Na percepção destes, tal crise seria superada, dentre outras medidas, com a imposição de um novo regime fiscal, flexibilização de leis trabalhistas, proibição de elevação de tributos e, como é típico da lógica neoliberal, redução ou supressão do gasto público com políticas sociais, como é o caso da saúde e da educação.

No caso da saúde especificamente, notável destaque se dá a uma importante medida adotada “às pressas” no cenário pós-impeachment: a aprovação da Emenda Constitucional nº 95, que impôs um Novo Regime Fiscal e, dentre outras previsões, congelou gastos com a saúde e desvinculou despesas com o setor pelos próximos 20 (vinte) anos. Se isto soa gravoso, pior ainda se mencionado, como será discutido oportunamente, que tal iniciativa privilegiou o direcionamento das despesas públicas com a dívida pública.

4.1 A proposta da Emenda Constitucional nº 95/2016

Não somente a proposta da Emenda Constitucional nº 95/2016 foi controversa, como também o histórico de sua aprovação que, dentre tantas outras questões, chamou atenção pela sua celeridade.

Segundo Noce e Clark (2017, p. 1225), a então PEC 55/2016 foi justificada pelo Ministro da Fazenda, Henrique de Campos Meirelles, e pelo Ministro do Planejamento, Dyogo Henrique de Oliveira, como uma promissora proposta de reformulação da política e do regime fiscal no Brasil, sendo defendida como uma suposta medida de “crescimento” (econômico). Isto, pois, defendeu-se que a sua aprovação poderia gerar inúmeros benefícios à sociedade brasileira, como a

geração de empregos, a ampliação da receita pública e, conseqüentemente, o fortalecimento e crescimento da economia. Para os desatentos, o discurso foi vendido como ‘necessário’ para a modernização da gestão pública e para prosperidade econômica do país.

Como destacam Noce e Clark (2017, p. 1219), a aprovação da Emenda Constitucional nº 95/2016 foi “festejada” pela imprensa e pelos defensores das medidas reguladoras neoliberais, contrapondo-se, lado outro, aos diversos setores da sociedade, como instituições, movimentos e classes, que enxergavam e suscitam ao debate as possíveis conseqüências negativas que daí decorreriam para os direitos e garantias dos cidadãos.

Isto, pois,

Focada unicamente na contenção das despesas primárias, como receituário para correção do quadro fiscal, a proposta (agora Emenda) avançou com presteza junto ao Poder Constituinte Derivado, sem efetivo aprofundamento no debate democrático acerca da medida tão polêmica e cujos efeitos se prolongarão por período considerável (NOCE; CLARK, 2017, p. 1219).

O contraponto a este discurso aparentemente ‘louvável’, apresentado por Noce e Clark (2017, p. 1225), está no inadequado emprego da ideia de crescimento do país, que estava (como sempre esteve em se tratando de políticas neoliberais) deslocada da ideia de desenvolvimento, que são sinônimos, mas, neste contexto, representam cenários distintos. Isto, pois, “(...) enquanto o crescimento é basicamente quantitativo e modernizante, a compreensão de desenvolvimento possui caráter prioritariamente qualitativo, devendo-se verificar outros aspectos além de eventual aumento das atividades econômicas”.

Nesse sentido, são também objetivos do desenvolvimento as melhorias nas condições sociais, o acesso a serviços públicos básicos e de qualidade, o respeito e o incremento dos direitos humanos, a preservação do meio ambiente, dentre uma série de outros elementos que atestam a elevação dos índices de desenvolvimento (NOCE; CLARK, 2017, p. 1225).

O movimento mais articulado pela agenda neoliberal neste contexto foi a previsão de congelamento de gastos, dentre outros, com políticas sociais, inclusive a saúde. Nos termos da Emenda, que incluiu nove artigos ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (integrante do texto constitucional):

Art. 1º O Ato das Disposições Constitucionais Transitórias passa a vigorar acrescido dos seguintes arts. 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113 e 114: "Art. 106. Fica instituído o Novo Regime Fiscal no âmbito dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União, que vigorará por vinte exercícios financeiros, nos termos dos arts. 107 a 114 deste Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (BRASIL, 2016).

Como destacam Noce e Clark (2017, p. 1227), a partir de seu texto, entendeu-se que a proposta governamental seria que, após o ano de 2018, as despesas primárias da União com saúde (entre outros, como educação e segurança), seriam congeladas, permitindo-se o seu aumento (por correção ou atualização) somente de acordo com o percentual de variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) do ano anterior. Em relação à saúde, a EC determinou que "(...) os valores mínimos obrigatórios de aplicação em saúde seriam equivalentes a 15% da Receita Corrente líquida de 2017, atualizados pelo IPCA de doze meses" (COSTA, et al., 2020, p. 149).

No primeiro ano (2017), o teto foi dado pelos valores pagos em 2016, corrigido em 7,2%. A partir de 2017, a cada ano o limite é atualizado pela inflação de doze meses. Deste modo, as despesas primárias não podem crescer acima do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) e, na medida em que haja crescimento real da economia, a EC 95 institui um teto declinante para as despesas em relação ao PIB. O teto é uma regra fiscal que induz a redução do Estado, independente do comportamento da arrecadação. Sequer o crescimento populacional é considerado para efeito de variação da despesa (COSTA, et al., 2020, p. 145).

Segundo Costa et. al (2020, p. 141-142), antes da EC nº 95, o gasto público com a saúde já vinha sendo desafiado: no ano de 2015, foi promulgada a Emenda Constitucional nº 86, que determinava que, após o ano seguinte, os valores de aplicação mínima à saúde pela União seriam estabelecidos de acordo com a Receita Líquida Corrente (RCL), iniciando em 13,2%, chegando a 15% em cinco exercícios, além das diminuições, deste percentual, por emendas parlamentares individuais aprovadas.

Com a promulgação da EC 95/2016 (e a nova regra de aplicação mínima de investimentos à saúde), a base de financiamento do SUS proposta pelo art. 195 da Constituição foi ainda mais sucateada. Segundo Costa et. al (2020, p. 142): "Em 2018, os gastos de saúde de todos os entes representavam R\$ 3,60 per capita/dia, para garantir para mais de 210 milhões de pessoas o acesso à saúde, abrangendo da vacina ao transplante".

Na prática, isto quer dizer que a Emenda impôs um engessamento a possíveis iniciativas públicas que buscassem aplicar ou majorar a destinação de recursos para o gasto público na concretização de ações ou políticas sociais, inclusive a vinculação de verbas para o desenvolvimento de setores que já estavam defasados, como é o caso da saúde e da educação. Seu aumento somente seria permitido seguindo-se a variação do IPCA, que representaria um aumento irrisório em se tratando da necessidade de investir em áreas que já estavam subfinanciadas, impedindo que até futuras gestões, se alinhadas ao ideal de garantia de políticas sociais, pudessem se movimentar. Mais ainda: a Emenda direcionou as despesas do Estado para o custeio da dívida pública, representando mais uma medida corporativa e alinhada à economia, do que de efetivo atendimento ao interesse público.

4.2 Uma perspectiva crítica acerca das controvertidas inovações introduzidas pela EC 95/2016

A proposta gerou uma grande controvérsia: a Emenda não deu o mesmo tratamento (ou limitação) ao pagamento da dívida pública e seus juros, valores repassados a título de transferências aos Estado e Municípios; aos créditos extraordinários constitucionalmente previstos, e até mesmo às despesas com a Justiça Federal. Ou seja, há um caráter nitidamente econômico de valorização das despesas financeiras públicas em detrimento aos gastos e investimentos para a manutenção de direitos e garantias fundamentais, como é o caso da saúde.

Noce e Clark (2017, p. 1227 – 1228) chamam a atenção para outros agravantes: a Emenda estipula uma série de punições em caso de descumprimento de suas diretrizes, como é o caso da proibição de realização de concursos públicos e contratação de pessoal, e até mesmo reajustes salariais, entre outros.

Além disso, na visão dos autores, houve a criação de uma “cláusula pétrea indireta”, considerando que foi determinada a impossibilidade de adoção, pelo Estado, de quaisquer medidas ou propostas legais ou constitucionais que gerem aumento de despesas ou renúncia a receitas, impondo de forma totalizante o novo regime fiscal estabelecido. Além disso, o extenso prazo de duração de tais medidas, vinte exercícios financeiros (ou seja, vinte anos), com possibilidade de alteração

somente após dez anos⁵, foi uma das mais importantes estratégias de estratificação de suas diretrizes (NOCE; CLARK, 2017, p. 1227-1228).

Os impactos e repercussões diretos serão sentidos pelos entes subnacionais, que dependem dos recursos federais para manter suas políticas e ações públicas e de saúde no curto, médio e longo prazo. Como destacam Costa et al:

(...) a redução de despesas da União agrava o quadro de financiamento da saúde. Vale lembrar que aproximadamente 60% do orçamento do ministério da Saúde são transferidos a estados e municípios, que tendem a ser os principais afetados pelo regime fiscal restritivo. Às dificuldades de financiamento de ações de saúde por estados e municípios, soma-se a redução de despesas da União (...) (COSTA et al, 2020, p. 153).

A gravidade destas medidas está muito além do que se pode, por simples inferência, imaginar: as limitações quanto ao gasto público, adotadas em um contexto de suposta necessidade de adoção de medidas de austeridade (visando a retomada da economia e seu crescimento), foram inflexionadas por, pelo menos, dez anos. Isto inviabiliza que o Estado retome investimentos nas áreas afetadas, como a saúde e a educação, mesmo em caso do país retomar seu desenvolvimento econômico (NOCE; CLARK, 2017, p. 1231).

Como consequência inegável, esta limitação, que se manterá ainda que o Brasil retome sua prosperidade econômica, afronta diretamente a efetivação de direitos sociais e, de certa forma, viola “constitucionalmente” o princípio constitucional da vedação ao retrocesso. Além desta limitação mais visível, Costa et al. chamam a atenção para o fato de que a possibilidade de ganhos reais de arrecadação não gerará a possibilidade de ampliação dos gastos com a saúde: “(...) o piso anterior, equivalente a 15% da RCL de cada exercício, poderia ser rebaixado, funcionando como um ajuste no curto prazo ao teto de gastos”.

Isto, em um cenário em que não se pode afirmar que o Estado brasileiro sequer experimentou a efetiva garantia de direitos fundamentais, como é o caso do direito à saúde, pois, considerando o exposto acerca do histórico políticas públicas

⁵“Assim, a emenda versada possui dois dispositivos que causam surpresa, haja vista o caráter autoritário de suas disposições, com a conseqüente supressão das prerrogativas democráticas conferidas aos representantes eleitos pela sociedade. Ao estabelecer que após dez anos de vigência do novo regime fiscal poderá o Presidente da República encaminhar lei complementar objetivando alterar o teto de despesas, a emenda, logo em seguida, limita a possibilidade de alteração a uma propositura legislativa por mandato” (NOCE; CLARK, 2017, p. 1229).

de saúde, o SUS, a exemplo, nunca alcançou sua plenitude, ao contrário: convive há anos com manobras e “golpes” políticos que acabam por desestabilizá-lo.

Assim, depreende-se que, mesmo que pautada em uma lógica de possível aquecimento ou reavivamento das atividades econômicas no país, a defesa à aprovação da PEC 55/2016 sempre esteve distanciada das consequências sociais que poderia gerar, o que é mais uma evidência de seu caráter neoliberal, na medida em que sobrepõe a economia e o capitalismo ao bem-estar social.

a Emenda Constitucional nº 95/2016 gerou objetivamente o congelamento dos investimentos estatais voltados para a educação, saúde, obras e segurança, priorizando o crescimento modernizante (sempre excludente), em detrimento do desenvolvimento, com a concepção de equilíbrio fiscal, a fim de atrair os investimentos privados, mas com sérios sacrifícios na prestação de serviços básicos à sociedade – o que acarretará o descumprimento dos mais diversos comandos e compromissos constitucionais (NOCE; CLARK, 2017, p. 1226).

Este contexto evidencia mais uma vez o que foi anteriormente defendido: o SUS e as políticas públicas de saúde (sem desprezar outros direitos e garantias) no Brasil acabam sendo conduzidas pela gestão do Estado. No plano ideal, deveria ser o contrário: independentemente dos gestores, a busca pela concretização das diretrizes constitucionais deveria ser invariável, sempre pautadas e atentas aos fundamentos constitucionais do Estado brasileiro e à preservação e garantia da dignidade humana e dos direitos fundamentais dos cidadãos. Neste sentido, a Emenda acaba por, diretamente, afrontar a própria Constituição. Este é o entendimento de Lelis:

Ao se impor um limite ao que pode ser gasto com direitos, por via reflexa, o Estado cria um ciclo vicioso no qual acaba por retirar recursos de circulação e impor ainda mais limites ao que pode ser gasto com direitos. Ainda que a crítica seja cabível, essa é uma opção válida do ponto de vista econômico da engenharia. Entretanto resta saber se esse desenho econômico é aceito pelo dever ser jurídico: o Novo Regime Fiscal passa pelo crivo constitucional? (LELIS, 2020, p. 169)⁶.

⁶O autor defende, inclusive, que a Emenda Constitucional nº 95/2016 é notoriamente inconstitucional: “(...) o Novo Regime Fiscal, imposto pela vertente neoliberal de pensamento econômico de engenharia, anula o arranjo sistêmico dos dispositivos constitucionais e infraconstitucionais que tratam do custeio dos direitos fundamentais, em especial, com o estabelecimento de um teto para a seguridade social, para a saúde e a educação. Assim, por desrespeitar a própria Constituição; por inviabilizar o Estado ético; por corromper o arranjo político-democrático; por violar expressamente a separação de poderes (artigo 2º da Constituição) e os direitos fundamentais à saúde e à educação e a possibilidade de apreciação judicial (artigo 5º, XXXV e §1º da Constituição); por modificar a forma de custeio da saúde e da educação, inviabilizando a prestação pública destes direitos (artigos 198 e

No caso da Emenda Constitucional nº 95/2016, há ainda outro fator que merece ser revisto: ainda que se justifique a necessidade de adotar-se medidas de austeridade em razão do contexto político e econômico do Brasil nos últimos anos, as restrições foram seletivas, de maneira a limitar, por completo, o gasto público com direitos sociais, e lado outro, privilegiando a destinação de receitas e as despesas com a dívida pública. Isto sem mencionar a resistência que há em debater-se o ineficiente sistema tributário e, mais ainda, a desnecessidade de priorizar, em um contexto de suposta crise, o gasto com a dívida pública.

Na visão de Noce e Clark:

(...) não bastassem as inconstitucionalidades já apontadas, a reforma do teto de gastos refuta os compromissos sociais estabelecidos na Constituição de 1988 e gerará graves retrocessos na prestação de serviços sociais, investimentos públicos e garantias de direitos, não possibilitando outra interpretação possível senão a inconstitucionalidade da Emenda Constitucional nº 95/2016, inclusive por violar a ideologia constitucional plural de nossa Lei Maior, inviabilizando assim os seus ditames de transformações socioeconômicas, ambientais e tecnológicas (...) (NOCE; CLARK, 2017, p. 1235).

Além disso, como destaca Noronha (2001, p. 447), a principal consequência destas iniciativas neoliberais às políticas sanitárias é o fortalecimento da privatização de serviços públicos de saúde e da área social no Brasil, o que tem inúmeras perspectivas, grande parte delas contraditória às diretrizes constitucionais de universalização dos serviços públicos de saúde. Isto aproxima a garantia de direitos fundamentais ao funcionamento do mercado (ou seja, *acessa – ou acessa melhor – que tem condições financeiras para tanto*) e reverte a lógica de ampliação de democratização do acesso a políticas sociais essenciais.

É o caso, por exemplo, da expansão dos seguros privados de saúde através de políticas de financiamento diretas e indiretas para o setor, “(...) o que tem representado um enorme desvio de recursos públicos para esse setor, abertamente, lucrativo em detrimento do SUS” (NORONHA, 2001, p. 447). Além disso, a desigualdade social se fortalece, o que é desencadeado pela inacessibilidade de populações mais pobres a estes serviços.

202 da Constituição) pode-se afirmar que o Novo Regime fiscal é inconstitucional e inviabiliza, em tempos ordinários, a concretização de direitos constitucionais” (LELIS, 2020, p. 171).

Como sintetizam Costa et al (2020, p. 159), algumas implicações podem ser apontadas em relação às possíveis repercussões das políticas de austeridade na política pública de saúde, no período pós EC95 (inclusive com repercussões sobre o cenário da saúde pós-pandemia):

a) os recursos da atenção de média e alta complexidade são de R\$ 51,6 bilhões para 2021, crescimento nominal de 2,8% em relação a 2020, o que sequer repõe a inflação de serviços de saúde e o crescimento populacional, inviabilizando a absorção das demandas adicionais relativas à manutenção de leitos e a habilitações de serviços; b) não há recursos para transição na atenção básica, com risco real de perda de valores por diversos municípios; c) não há redução do orçamento do Mais Médicos em R\$ 400 milhões (mesmo computando os valores do Programa Médicos pelo Brasil); d) não há recursos para apoio aos entes na aquisição e transferência de tecnologia de vacinas para covid-19; e e) não há recursos adicionais para apoio a laboratórios públicos e estruturação do CEIS. Por fim, cumpre lembrar que, dentro do piso congelado (R\$ 123,8 bilhões), já há recursos para emendas parlamentares impositivas da ordem de R\$ 7,3 bilhões. No caso das emendas de bancada, não há qualquer regra que determine percentual a ser aplicado em saúde (COSTA et al, 2020, p. 159).

Por esta razão, é possível referendar o que foi exposto por Pochmann (2016, n.p), que entende que a aprovação da Emenda representa uma notável medida neoliberal e marco histórico deste “terceiro tempo do neoliberalismo” na política brasileira: a Emenda Constitucional nº 95/2016 retoma a agenda neoliberal revitalizada na década de 90, mas desta vez, com maior profundidade e com consequências mais gravosas.

4.3 Sobre a realidade e possíveis tendências na era da pandemia causada pela COVID-19

Toda esta discussão se torna ainda mais grave, se é possível que o seja, quando se pensa o contexto das políticas públicas de caráter social, principalmente as que privilegiam ou buscam a efetivação de direitos como o à saúde, no cenário de pandemia causada pela COVID-19 que se vive no Brasil e no mundo.

Quando a pandemia bateu à porta, as mazelas do SUS ficaram expostas e vários motivos começaram a se inflar no meio social e político, contudo, antes de se vincular a problemática da regulamentação da política pública ou a necessidade de privatização, delineada pelos neoliberais, destaca-se o esvaziamento do orçamento público para o financiamento de uma política social constitucional em uma nação historicamente desigual (CLARK; LELIS; MACHADO, 2021).

O cenário 'pandêmico' sequer ainda foi superado no Brasil e no mundo, sendo impossível prever ou discutir o que virá após a sua superação. Certamente, o afronte à economia foi notório na era da pandemia, e suas consequências e repercussões ainda serão sentidas pelos brasileiros.

Concomitantemente a isso, se em um cenário "ideal" é possível falar em retrocesso, principalmente à garantia ou efetivação de direitos sociais, o caso brasileiro será ainda mais gravoso em razão das medidas de austeridade impostas muito antes da eclosão da COVID-19: é certo que haverá repercussões negativas para o cidadão, ainda que o país, na melhor das hipóteses, experimente uma retomada econômica.

A tendência brasileira, analisando-se os últimos anos, ainda mais sob a gestão do Presidente Jair Bolsonaro, indica um fortalecimento do discurso neoliberal, que passou a alcançar outros âmbitos da gestão estatal. Como afirma Lelis (2020, p. 167), esta tendência preenche a agenda do Presidente Jair Bolsonaro muito antes da confirmação de sua vitória nas urnas: "(...) Na linha financista, Bolsonaro completou afirmando que o equilíbrio fiscal e a eliminação do déficit público primário seriam prioridades e propósitos de seu governo". Isto inegavelmente afronta as políticas públicas de saúde e, diretamente, o próprio funcionamento do SUS.

Os impactos sobre o SUS se dão em um contexto que combina desfinanciamento da saúde e medidas que materializam no sistema posições de valor estranhas a seus pressupostos constitucionais. Os efeitos negativos sobre a saúde da população já puderam ser identificados nos primeiros cem dias do governo atual. Por exemplo, a perda de 8,5 mil médicos cubanos do Programa Mais Médicos, que atendiam a cerca de 30 milhões de brasileiros, em 2,9 mil municípios e em aldeias indígenas, e a desistência de mais de mil médicos brasileiros que chegaram a ocupar essas vagas (cerca de 15% do total de vagas), deixando a população desassistida (MENEZES; MORETTI; REIS, 2019, n.p).

Na era 'pandêmica' que ainda é uma realidade, como afirma Lelis (2020, p. 172), acompanha-se uma "(...) cisão entre a economia e o social", com preferência ao primeiro em detrimento ao segundo, o que contraria não somente a lógica constitucional, mas até mesmo de existência do próprio Estado: não se pode desprezar a vida ou sua manutenção essencial em detrimento à aplicação gerencial ou empresarial de recursos ou à economia, pois o Estado existe para garantir

direitos que somente se materializam se ‘as pessoas existirem’: “Entre as duas vias, o governo brasileiro, na contramão das recomendações da OMS e das políticas socioeconômicas adotadas na maioria dos demais países, tem se filiado discursivamente à via neoliberal” (LELIS, 2020, p. 172).

Antes da pandemia, já era possível constatar a redução na destinação de receitas à saúde:

A diferença entre os valores do orçamento de saúde entre 2018 e 2020 e o piso anteriormente vigente foi de R\$ 22,5 bilhões. Este seria o valor retirado do SUS em função do congelamento do piso de aplicação em saúde nos três primeiros exercícios de vigência da regra (COSTA et al, 2020, p. 149).

Tem se tornado cada vez mais evidente as repercussões da pandemia causada pela COVID-19, principalmente na sua interlocução com a agenda neoliberal adotada pela aprovação da EC nº 19/2016.

No longo prazo, também é possível examinar os efeitos potenciais da EC 95 sobre o SUS. Se os recursos do setor forem executados no piso congelado da EC 95 até 2036, é possível que os gastos de saúde passem a representar algo em torno de 10% da RCL ao fim do Novo Regime Fiscal, o que configuraria uma queda de cerca de seis pontos percentuais em vinte anos (COSTA et al, 2020, p. 151).

No ano de 2020, no cenário pré-pandemia, como lembram Costa et al (2020, p. 151), o orçamento inicial de ações e serviços públicos no Brasil foi de R\$ 125,2 bilhões, aproximadamente R\$ 5 bilhões abaixo do piso anteriormente vigente, que previa 15% da RCL. Durante a pandemia, algumas consequências de ordem social e econômica puderam ser observadas:

Para 2021, o governo propôs um projeto de lei orçamentária (Projeto de Lei do Congresso Nacional nº 28, de 2020) cuja âncora fiscal é o teto de gastos. Com isso, estima-se que a despesa passará de 27,6% do PIB em 2020 para 18,8% do PIB em 2021. A retirada de estímulos fiscais da ordem de oito pontos percentuais de PIB terá consequências para uma economia em que, em setembro de 2020, cerca de quarenta milhões de pessoas, segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios COVID 19 (Pnad COVID19), estavam desempregados ou não procuraram trabalho, mas gostariam de trabalhar. A extinção do auxílio emergencial sem a recuperação do mercado de trabalho elevará ainda mais a pobreza e o desemprego, com aumento da procura por trabalho (COSTA et al, 2020, p. 156).

Em que pese o atendimento às investidas neoliberais, Estado brasileiro encontra-se perdido nesta cisão: deve atender às requisições de efetivação do direito à saúde, agravadas no cenário de pandemia, mas está preso às imposições do Novo Regime Fiscal, que foi aprovado em um contexto “menos gravosos” em se tratando da saúde pública e da demanda por serviços essenciais de saúde.

A supressão das regras impostas pela EC 95 durante a pandemia, lado outro, apresentaram outra realidade: contrariando as regras vigentes e importando cerca de R\$ 38 bilhões ao orçamento da saúde, foi possível rebater a tese de ausência de recursos, retomando os debates acerca, em verdade, da inadequação das regras e arrecadação e destinação dos recursos.

Neste sentido, Lelis propõe algumas medidas que podem ser adotadas no contexto de vigência da EC 95, na tentativa de superar as imposições neoliberais e realocar a vida e a dignidade humana como pressupostos essenciais da atividade pública:

Diante desse panorama, outras medidas podem ser adotadas com vistas a superar a crise. Para além da declaração de inconstitucionalidade do Novo Regime Fiscal, o Estado brasileiro, no exercício de sua soberania e dentro das possibilidades constitucionais que o legitimam para intervir na economia, pode e deve adotar outras medidas em defesa do direito à saúde e à vida: (a) requisição administrativa de leitos em hotéis; (b) requisição administrativa de propriedades privadas que possam ser transformadas em hospitais de campanha; (c) confisco de material de primeira necessidade como remédios, álcool em gel, máscaras e luvas; (d) tabelamento de preços de materiais e alimentos de primeira necessidade para a população; (e) estabilidade no emprego; (f) renda básica emergencial até o fim da pandemia; (g) ampliação dos recursos destinados ao SUS; (h) suspensão de pagamento de contas de água e energia elétrica para a população de baixa renda; (i) abandono da Meta Fiscal; (j) crédito em condições especiais para empresas; (k) políticas públicas de saúde para áreas de vulnerabilidade, como favelas; (l) reconversão produtiva; (m) investimento em estrutura de saneamento básico, urbanização e habitação e; (n) garantia de salários (LELIS, 2020, p. 173).

Neste cenário, que não é promissor, o que se espera é que o Estado abandone esta perspectiva mercadológica e econômica e se reoriente pelas diretrizes constitucionais, buscando valorizar a vida, a dignidade humana e a fruição de direitos e garantias fundamentais pelos cidadãos, ao invés de defender cegamente o desenvolvimento do mercado e a persecução ao lucro lucro ou à realocação corporativa e mercadológica de recursos, o que, no cenário da pandemia causada pela COVID-19, são completamente incompatíveis com o interesse público e com os próprios fundamentos e princípios do Estado brasileiro.

5 CONCLUSÃO

A Constituição da República de 1988, assim como a maioria dos textos constitucionais dos Estados contemporâneos, foi promulgada atendendo aos anseios sociais de reconhecimento, garantia e preservação da dignidade humana e dos chamados 'direitos e garantias fundamentais individuais e sociais'. Todavia, a concretude de suas disposições parece não atender a estes anseios.

Como visto, o direito à saúde, um dos mais importantes direitos sociais destacados no texto constitucional, materializado, dentre outras disposições, pela previsão de criação do Sistema Único de Saúde (SUS), desde a sua promulgação, esteve à mercê dos interesses políticos que guiam, silenciosamente, a gestão pública no Brasil.

Esta guinada silenciosa, todavia, parece ter inimigos identificáveis: desde a década de 90, como exposto, a gestão das políticas sociais, em especial as de saúde pública, têm sido opostas a iniciativas neoliberais, que tomaram fôlego na gestão de Fernando Collor de Melo (1990-1992); em seguida, de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002); e foram reavivadas em 2016 na gestão de Michel Temer, após o impeachment da Presidente Dilma Rousseff.

Este panorama conduziu à premissa de que a gestão das políticas sociais no Brasil, inclusive as de saúde, não segue as diretrizes constitucionais de efetivação do Estado Democrático de Direito fundado na dignidade da pessoa humana e de garantia dos direitos individuais e sociais; ao contrário, é guiada pelos interesses pessoais de seus gestores que, na maior parte dos casos (para não dizer em sua totalidade), afrontam diametralmente o interesse público.

A Emenda Constitucional nº 95 de 2016 foi um dos mais relevantes marcos da retomada neoliberal na política brasileira, produzindo repercussões que serão sentidas, pelo menos, pelos próximos dez anos. A proposta da Emenda é de congelamento dos gastos públicos com medidas que, dentre outros fundamentos, intentam alcançar a efetivação de direitos fundamentais e sociais essenciais.

Mais ainda: a Emenda privilegia, dentre outras ações tipicamente econômicas, a destinação de recursos para despesas financeiras com o gasto público. Esta é a maior evidência da interferência dos ideais neoliberais e da política

de austeridade centrada na lógica de mercado: há uma sobreposição da economia e do capitalismo ao bem-estar social e à garantia de direitos essenciais.

Este cenário é ainda agravado no contexto atual, em que ainda é impossível prever as repercussões que a pandemia causada pela COVID-19 causará na manutenção dos direitos e garantias essenciais nos Estados. A velha desigualdade social, que convive, há muito, com o brasileiro, tornar-se-á uma presença ainda mais visível, e ganhará força com a intensificação da inacessibilidade da população à direitos e garantias básicos, o que será somado à expansão da iniciativa privada, tudo às vistas da 'congelada' iniciativa pública que, mesmo acompanhando uma possível guinada econômica no Brasil, restará impossibilitada de retomar seu protagonismo pelos próximos vinte anos.

REFERÊNCIAS

BAHIA. Ministério Público de Contas. Logo SUS. Portal do Ministério Público de Contas dos Municípios da Bahia, Salvador, 2021. Disponível em: <http://mpc.ba.gov.br/m/mpc-ba-repudia-o-corte-r-10-bilhoes-do-sus-em-2016/logo-sus/>. Acesso em: 24 jul. 2021.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Presidência da República (DF), 05 out. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 22 jun. 2021.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 95 de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília: Congresso Nacional (DF), 15 dez. 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em: 28 jul. 2021.

BRASIL. **Lei nº 8.080 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. Brasília: Presidência da República (DF), 20 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 20 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona. **Portal do Ministério da Saúde**, Brasília, 2021. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>. Acesso em: 27 jul. 2021.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, n. 12, [S.l.], 2007. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2007.v12suppl0/1865-1874/pt>. Acesso em: 27 jul. 2021.

CLARK, Giovani; CORRÊA, Leonardo Alves; NASCIMENTO, Samuel Pontes. **Constituição econômica bloqueada: impasses e alternativas**. Teresina: EDUFPI, 2020.

CLARK, Giovani; LELIS, Davi Augusto Santana de; MACHADO, Danyele da Silva. **O sistema único de saúde em tempos de covid-19: da essencialidade ao desfinanciamento do neoliberalismo de austeridade**. Portal Migalhas, [S.l.], 19 jul. 2021. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/depeso/348744/o-sistema-unico-de-saude-em-tempos-de-covid-19-da-essencialidade-ao>. Acesso em: 29 agos. 2021.

COSTA, Humberto; et al. O golpe contra a democracia, a austeridade e o ataque ao SUS: 2016, o ano que não acabou. **Revista Perseu: História, Memória e Política**, nº 19, ano 14, dez. 2020.

FUNDAÇÃO FIOCRUZ. SUS. **Portal da Função FioCruz**, Brasília, 2021. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/sus>. Acesso em: 21 jun. 2021.

GOUVEIA, Roberto; PALMA, José João. SUS: na contramão do neoliberalismo e da exclusão social. **Revista de Estudos Avançados**, nº 13, [S.I.], 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/d396dhqnvKJn4YL4jCLVrvy/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 24 jul. 2021.

LELIS, Davi Augusto Santana. Direitos sem dinheiro: do novo regime fiscal à COVID-19. **Revista Ciências Sociais Unisinos**, n. 56, p. 164-176, mai/agos. 2020.

MENEZES, Ana Paula do Rego; MORETTI, Bruno; REIS, Ademar Arthur Chioro dos. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. **Revista Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. especial, p. 58-70, dez. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva do Ministério da Saúde. **SUS: Princípios e conquistas**. Brasília: Ministério Saúde, 2000.

NOCE, Umberto Abreu; CLARK, Giovani. A Emenda Constitucional nº 95/2016 e a violação da ideologia constitucionalmente adotada. **Revista Estudos Institucionais**, Vol. 3, 2, [S.I.], 2017.

NORONHA, José Carvalho de; SOARES, Laura Tavares. A política de saúde no Brasil nos anos 90. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 06, p. 445-450, 2001.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

POCHMANN, Márcio. Os três tempos do neoliberalismo brasileiro: Collor, FHC e Temer. **Portal Rede Brasil Atual**, [S.I.], 12 dez. 2016. Disponível em: <https://www.redebrasilatual.com.br/blogs/blog-na-rede/2016/12/neoliberalismo-em-tres-tempos-no-brasil-7265/>. Acesso em: 23 jun. 2021.

SILVA, Agnes Carine da; BATISTA, Jessica Hellen Santos; SANTOS, Wene Carolina Mota. Desmonte e sucateamento do SUS: o ataque neoliberal à política de saúde no Brasil. **Anais 7º seminário Frente Nacional contra a Privatização da Saúde**, Alagoas, 2017.

BIBLIOGRAFIA

BAHIA, Flávia. **Direito constitucional. 3 ed. Recife: Armador, 2017.**

BAHIA. Ministério Público de Contas. Logo SUS. Portal do Ministério Público de Contas dos Municípios da Bahia, Salvador, 2021. Disponível em: <http://mpc.ba.gov.br/m/mpc-ba-repudia-o-corte-r-10-bilhoes-do-sus-em-2016/logo-sus/>. Acesso em: 24 jul. 2021.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília: Presidência da República (DF), 05 out. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 22 jun. 2021.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 95 de 2016.** Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília: Congresso Nacional (DF), 15 dez. 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em: 28 jul. 2021.

BRASIL. **Lei nº 8.080 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. Brasília: Presidência da República (DF), 20 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 20 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona. **Portal do Ministério da Saúde**, Brasília, 2021. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>. Acesso em: 27 jul. 2021.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, n. 12, [S.l.], 2007. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2007.v12suppl0/1865-1874/pt>. Acesso em: 27 jul. 2021.

CLARK, Giovani; CORRÊA, Leonardo Alves; NASCIMENTO, Samuel Pontes. **Constituição econômica bloqueada: impasses e alternativas.** Teresina: EDUFPI, 2020.

CLARK, Giovani; LELIS, Davi Augusto Santana de; MACHADO, Danyele da Silva. **O sistema único de saúde em tempos de covid-19: da essencialidade ao desfinanciamento do neoliberalismo de austeridade.** Portal Migalhas, [S.l.], 19 jul. 2021. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/depeso/348744/o-sistema-unico-de-saude-em-tempos-de-covid-19-da-essencialidade-ao>. Acesso em: 29 agos. 2021.

COSTA, Humberto; et al. O golpe contra a democracia, a austeridade e o ataque ao SUS: 2016, o ano que não acabou. **Revista Perseu: História, Memória e Política**, nº 19, ano 14, dez. 2020.

FUNDAÇÃO FIOCRUZ. SUS. **Portal da Função FioCruz**, Brasília, 2021. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/sus>. Acesso em: 21 jun. 2021.

GOUVEIA, Roberto; PALMA, José João. SUS: na contramão do neoliberalismo e da exclusão social. **Revista de Estudos Avançados**, nº 13, [S.I.], 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/d396dhqnvKJn4YL4jCLVrvy/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 24 jul. 2021.

MENEZES, Ana Paula do Rego; MORETTI, Bruno; REIS, Ademar Arthur Chioro dos. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. **Revista Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. especial, p. 58-70, dez. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva do Ministério da Saúde. **SUS: Princípios e conquistas**. Brasília: Ministério Saúde, 2000.

MORAES, Alexandre. **Direito Constitucional**. 33 ed. São Paulo: Atlas, 2016.

NOCE, Umberto Abreu; CLARK, Giovani. A Emenda Constitucional nº 95/2016 e a violação da ideologia constitucionalmente adotada. **Revista Estudos Institucionais**, Vol. 3, 2, [S.I.], 2017.

NORONHA, José Carvalho de; SOARES, Laura Tavares. A política de saúde no Brasil nos anos 90. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 06, p. 445-450, 2001.

OLIVEIRA, André Luiz de. História da saúde no Brasil: dos primórdios ao surgimento do SUS. **Revista Encontros Teológicos**, nº 61, ano 27, n. 01, p. 31-42, 2012.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

POCHMANN, Márcio. Os três tempos do neoliberalismo brasileiro: Collor, FHC e Temer. **Portal Rede Brasil Atual**, [S.I.], 12 dez. 2016. Disponível em: <https://www.redebrasilatual.com.br/blogs/blog-na-rede/2016/12/neoliberalismo-em-tres-tempos-no-brasil-7265/>. Acesso em: 23 jun. 2021.

SILVA, Agnes Carine da; BATISTA, Jessica Hellen Santos; SANTOS, Wene Carolina Mota. Desmonte e sucateamento do SUS: o ataque neoliberal á política de saúde no

Brasil. **Anais 7º seminário Frente Nacional contra a Privatização da Saúde**, Alagoas, 2017.

ANEXO I – EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 95 DE 2016**EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 95, DE 15 DE DEZEMBRO DE 2016**

Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências.

As Mesas da Câmara dos Deputados e do Senado Federal, nos termos do § 3º do art. 60 da Constituição Federal, promulgam a seguinte Emenda ao texto constitucional:

Art. 1º O Ato das Disposições Constitucionais Transitórias passa a vigorar acrescido dos seguintes arts. 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113 e 114:

"Art. 106. Fica instituído o Novo Regime Fiscal no âmbito dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União, que vigorará por vinte exercícios financeiros, nos termos dos arts. 107 a 114 deste Ato das Disposições Constitucionais Transitórias." "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; e V - da Defensoria Pública da União. § 1º Cada um dos limites a que se refere o caput deste artigo equivalerá: I - para o exercício de 2017, à despesa primária paga no exercício de 2016, incluídos os restos a pagar pagos e demais operações que afetam o resultado primário, corrigida em 7,2% (sete inteiros e dois décimos por cento); e II - para os exercícios posteriores, ao valor do limite referente ao exercício imediatamente anterior, corrigido pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA, publicado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, ou de outro índice que vier a substituí-lo, para o período de doze meses encerrado em junho do exercício anterior a que se refere a lei orçamentária. § 2º Os limites estabelecidos na forma do inciso IV do caput do art. 51, do inciso XIII do caput do art. 52, do § 1º do art. 99, do § 3º do art. 127 e do § 3º do art. 134 da Constituição Federal não poderão ser superiores aos estabelecidos nos termos deste artigo. § 3º A mensagem que encaminhar o projeto de lei orçamentária demonstrará os valores máximos de programação compatíveis com os limites individualizados calculados na forma do § 1º deste artigo, observados os §§ 7º a 9º deste artigo. § 4º As despesas primárias autorizadas na lei orçamentária anual sujeitas aos limites de que trata este artigo não poderão exceder os valores máximos demonstrados nos termos do § 3º deste artigo. § 5º É vedada a abertura de crédito suplementar ou especial que amplie o montante total autorizado de despesa primária sujeita aos limites de que trata este artigo. § 6º Não se incluem na base de cálculo

e nos limites estabelecidos neste artigo: I - transferências constitucionais estabelecidas no § 1º do art. 20, no inciso III do parágrafo único do art. 146, no § 5º do art. 153, no art. 157, nos incisos I e II do art. 158, no art. 159 e no § 6º do art. 212, as despesas referentes ao inciso XIV do caput do art. 21, todos da Constituição Federal, e as complementações de que tratam os incisos V e VII do caput do art. 60, deste Ato das Disposições Constitucionais Transitórias; II - créditos extraordinários a que se refere o § 3º do art. 167 da Constituição Federal; III - despesas não recorrentes da Justiça Eleitoral com a realização de eleições; e IV - despesas com aumento de capital de empresas estatais não dependentes. § 7º Nos três primeiros exercícios financeiros da vigência do Novo Regime Fiscal, o Poder Executivo poderá compensar com redução equivalente na sua despesa primária, consoante os valores estabelecidos no projeto de lei orçamentária encaminhado pelo Poder Executivo no respectivo exercício, o excesso de despesas primárias em relação aos limites de que tratam os incisos II a V do caput deste artigo. § 8º A compensação de que trata o § 7º deste artigo não excederá a 0,25% (vinte e cinco centésimos por cento) do limite do Poder Executivo. § 9º Respeitado o somatório em cada um dos incisos de II a IV do caput deste artigo, a lei de diretrizes orçamentárias poderá dispor sobre a compensação entre os limites individualizados dos órgãos elencados em cada inciso. § 10. Para fins de verificação do cumprimento dos limites de que trata este artigo, serão consideradas as despesas primárias pagas, incluídos os restos a pagar pagos e demais operações que afetam o resultado primário no exercício. § 11. O pagamento de restos a pagar inscritos até 31 de dezembro de 2015 poderá ser excluído da verificação do cumprimento dos limites de que trata este artigo, até o excesso de resultado primário dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social do exercício em relação à meta fixada na lei de diretrizes orçamentárias." "Art. 108. O Presidente da República poderá propor, a partir do décimo exercício da vigência do Novo Regime Fiscal, projeto de lei complementar para alteração do método de correção dos limites a que se refere o inciso II do § 1º do art. 107 deste Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Parágrafo único. Será admitida apenas uma alteração do método de correção dos limites por mandato presidencial." "Art. 109. No caso de descumprimento de limite individualizado, aplicam-se, até o final do exercício de retorno das despesas aos respectivos limites, ao Poder Executivo ou a órgão elencado nos incisos II a V do caput do art. 107 deste Ato das Disposições Constitucionais Transitórias que o descumpriu, sem prejuízo de outras medidas, as seguintes vedações: I - concessão, a qualquer título, de vantagem, aumento, reajuste ou adequação de remuneração de membros de Poder ou de órgão, de servidores e empregados públicos e militares, exceto dos derivados de sentença judicial transitada em julgado ou de determinação legal decorrente de atos anteriores à entrada em vigor desta Emenda Constitucional; II - criação de cargo, emprego ou função que implique aumento de despesa; III - alteração de estrutura de carreira que implique aumento de despesa; IV - admissão ou contratação de pessoal, a qualquer título, ressalvadas as reposições de cargos de chefia e de direção que não acarretem aumento de despesa e aquelas decorrentes de vacâncias de cargos efetivos ou vitalícios; V - realização de concurso público, exceto para as reposições de vacâncias previstas no inciso IV; VI - criação ou majoração de auxílios, vantagens, bônus, abonos, verbas de representação ou benefícios de qualquer natureza em favor de membros de Poder, do Ministério Público ou da Defensoria Pública e de servidores e empregados públicos e militares; VII - criação de despesa obrigatória; e VIII - adoção de medida que implique reajuste de despesa obrigatória acima da variação da inflação, observada a preservação do poder aquisitivo referida no inciso IV do caput do art. 7º da Constituição Federal. § 1º As vedações previstas nos incisos I, III e VI do caput, quando descumprido qualquer dos limites individualizados dos órgãos elencados nos incisos II, III e IV do caput do art. 107 deste Ato das

Disposições Constitucionais Transitórias, aplicam-se ao conjunto dos órgãos referidos em cada inciso. § 2º Adicionalmente ao disposto no caput, no caso de descumprimento do limite de que trata o inciso I do caput do art. 107 deste Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, ficam vedadas: I - a criação ou expansão de programas e linhas de financiamento, bem como a remissão, renegociação ou refinanciamento de dívidas que impliquem ampliação das despesas com subsídios e subvenções; e II - a concessão ou a ampliação de incentivo ou benefício de natureza tributária. § 3º No caso de descumprimento de qualquer dos limites individualizados de que trata o caput do art. 107 deste Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, fica vedada a concessão da revisão geral prevista no inciso X do caput do art. 37 da Constituição Federal. § 4º As vedações previstas neste artigo aplicam-se também a proposições legislativas." "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; e 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." "Art. 111. A partir do exercício financeiro de 2018, até o último exercício de vigência do Novo Regime Fiscal, a aprovação e a execução previstas nos §§ 9º e 11 do art. 166 da Constituição Federal corresponderão ao montante de execução obrigatória para o exercício de 2017, corrigido na forma estabelecida pelo inciso II do § 1º do art. 107 deste Ato das Disposições Constitucionais Transitórias." "Art. 112. As disposições introduzidas pelo Novo Regime Fiscal: I - não constituirão obrigação de pagamento futuro pela União ou direitos de outrem sobre o erário; e II - não revogam, dispensam ou suspendem o cumprimento de dispositivos constitucionais e legais que disponham sobre metas fiscais ou limites máximos de despesas." "Art. 113. A proposição legislativa que crie ou altere despesa obrigatória ou renúncia de receita deverá ser acompanhada da estimativa do seu impacto orçamentário e financeiro." "Art. 114. A tramitação de proposição elencada no caput do art. 59 da Constituição Federal, ressalvada a referida no seu inciso V, quando acarretar aumento de despesa ou renúncia de receita, será suspensa por até vinte dias, a requerimento de um quinto dos membros da Casa, nos termos regimentais, para análise de sua compatibilidade com o Novo Regime Fiscal."

Art. 2º Esta Emenda Constitucional entra em vigor na data de sua promulgação.

Art. 3º Fica revogado o art. 2º da Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015.

Brasília, em 15 de dezembro de 2016.