



UNIFACS

UNIVERSIDADE SALVADOR

LAUREATE INTERNATIONAL UNIVERSITIES®

MESTRADO EM DIREITO, GOVERNANÇA E POLÍTICAS PÚBLICAS

BRUNO COSTA GARRIDO

**OS IMPACTOS DA EMENDA CONSTITUCIONAL Nº. 95/2016 NA SAÚDE
PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE SALVADOR**

Salvador
2021

BRUNO COSTA GARRIDO

**OS IMPACTOS DA EMENDA CONSTITUCIONAL Nº. 95/2016 NA SAÚDE
PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE SALVADOR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direito, Governança e Políticas Públicas, da UNIFACS Universidade Salvador - Laureate International Universities, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Direito, Governança e Políticas Públicas.

Orientadora: Profa. Dra. Cláudia Regina de Oliveira Vaz Torres.

Salvador
2021

Ficha Catalográfica elaborada pelo Sistema de Bibliotecas da UNIFACS
Universidade Salvador, Laureate International Universities.

Garrido, Bruno Costa

Os impactos da Emenda Constitucional nº. 95/2016 na saúde pública do Município de Salvador. / Bruno Costa Garrido. – Salvador: UNIFACS, 2021.

108 f. il.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direito, Governança e Políticas Públicas, Curso de Mestrado em Direito, Governança e Políticas Públicas da Universidade Salvador UNIFACS, Laureate International Universities, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Cláudia Regina de Oliveira Vaz Torres.

1. Direito. 2. Políticas Públicas. 3. Direito à saúde. I. Torres, Cláudia Regina de Oliveira Vaz, orient. II. Título.

CDD: 340

BRUNO COSTA GARRIDO

OS IMPACTOS DA EMENDA CONSTITUCIONAL Nº. 95/2016 NA SAÚDE PÚBLICA
DO MUNICÍPIO DE SALVADOR

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Direito, Governança e Políticas Públicas da UNIFACS Universidade Salvador – Laureate International Universities, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre e aprovada pela seguinte banca examinadora:

Cláudia Regina de Oliveira Vaz Torres – Orientadora _____
Doutora em Educação pela Universidade Federal da Bahia - UFBA
UNIFACS Universidade Salvador – Laureate International Universities

José Gileá de Souza _____
Doutor em Desenvolvimento Regional e Urbano pela UNIFACS Universidade Salvador
– Laureate International Universities

Alessandra Mascarenhas Prado _____
Doutora em Direito pela Pontifícia Universidade de São Paulo - PUC-SP
Universidade Federal da Bahia - UFBA

Salvador de de 2021.

AGRADECIMENTOS

Às minhas filhas pela compreensão, mesmo com pouca idade, da necessidade da minha abdicação no período em que estive cursando o mestrado e, principalmente, escrevendo a dissertação.

À minha esposa por me incentivar e me apoiar em todos os momentos, e pela paciência quando da confecção deste trabalho.

À minha mãe por ter me dado o dom da vida e por todas as lutas que travou, no intuito de me tornar uma pessoa digna.

Aos meus avós maternos que, já no avançar da idade, não temeram quando resolveram me criar, educar, e dispensar amor como se fosse um filho, formando o meu caráter e personalidade.

Aos meus tios, tias e primos que, dentro de todas as dificuldades vividas, tornaram minha infância inesquecível.

À Profa. Dra. Cláudia Regina de Oliveira Vaz Torres, por conduzir a minha pesquisa, estando sempre disponível com seus sábios direcionamentos ao longo da investigação.

Ao Programa de Pós Graduação da Universidade Salvador, na pessoa do coordenador, Prof. Dr. José Gileá de Souza, que contribuiu para identificação da gravidade e das dificuldades que enfrentam as políticas públicas nos Estados brasileiros.

À excelente equipe técnica de colaboradores e professores, que contribuíram, também, de forma indiscutível, para minha evolução pessoal, educacional e profissional.

RESUMO

Esta dissertação trata da Emenda Constitucional nº. 95/2016, que criou um teto de gastos públicos em direitos sociais pelo período de 20 (vinte) anos, só podendo ser realizada qualquer alteração após 10 (dez) anos, mediante, exclusivamente, lei complementar de autoria do Presidente da República. Esta pesquisa teve como objetivo geral, identificar quais os impactos do teto de gastos trouxeram à saúde pública do Município de Salvador, utilizando três objetivos específicos, que foram: discutir as políticas de saúde e de proteção social, tratando da teoria do Máximo Existencial e Mínimo Existencial; analisar a eficácia da Emenda Constitucional nº. 95/2016 e a recuperação da economia, e; identificar como o investimento em Saúde Pública no Município de Salvador foi afetado após a vigência da Emenda Constitucional nº. 95/2016. A metodologia adotada no presente trabalho definiu-se como descritiva para, no decorrer da pesquisa e do aprofundamento no assunto, se tornar exploratória. A pesquisa caracteriza-se como uma abordagem qualitativa. A pesquisa iniciou-se pela revisão sistemática de literatura, com consulta à base de dados da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), onde foram encontrados 414 artigos vinculados a temática da Emenda Constitucional nº. 95/2016, bem como também foi consultado a base de dados da *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*, onde encontra-se 12 artigos vinculados ao tema da Emenda Constitucional nº. 95/2016. Recortando o tema da pesquisa, e, direcionando a nomenclatura “Emenda Constitucional nº. 95/2016 e Saúde”, foram encontrados, na base dados da CAPES, 189 artigos, e, na base de dados da *SciELO*, 11 artigos. Por fim, conclui-se, então, que a Emenda Constitucional, se mantida em vigor, irá sufocar as contas públicas do Município de Salvador, impossibilitando o cumprimento a longo prazo, do mínimo constitucional de 15%, estabelecido pela Constituição Federal de 1988. Ao final, foi apresentada uma proposta de Emenda Constitucional, que retira os direitos sociais da política de austeridade fiscal, e inclui na Emenda Constitucional em testilha, as dívidas financeiras do Estado, para, com o pagamento dos juros da dívida pública, em nome da sonhada austeridade fiscal.

Palavras-chave: Políticas Públicas. Saúde. Emenda Constitucional nº. 95/2016. Austeridade Fiscal. Juros da dívida pública.

ABSTRACT

This dissertation deals with Constitutional Amendment nº. 95/2016, which created a ceiling on public spending on social rights for a period of 20 (twenty) years, and any change can only be made after 10 (ten) years, through, exclusively, a complementary law authored by the President of the Republic. This research had as general objective, to identify which the impacts of the ceiling of expenses brought to the public health of the Municipality of Salvador, using three specific objectives, that were: to discuss the policies of health and social protection, dealing with the theory of the Existential Maximum and Minimum Existential; analyze the effectiveness of Constitutional Amendment no. 95/2016 and the recovery of the economy, and; identify how investment in public health in the city of Salvador was affected after the validity of Constitutional Amendment no. 95/2016. The methodology adopted in the present work was defined as descriptive in order to become exploratory in the course of research and deepening in the subject. The research is characterized as a qualitative approach. The research started with a systematic literature review, with consultation to the database of the Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel (CAPES), where 414 articles were found related to the theme of Constitutional Amendment no. 95/2016, as well as the Scientific Electronic Library Online database (SciELO) was also consulted, where we found 12 articles linked to the theme of Constitutional Amendment no. 95/2016. Cutting out the research theme, and directing the nomenclature "Constitutional Amendment nº. 95/2016 and Saúde", 189 articles were found in the CAPES database and 11 articles in the SciELO database. Finally, it is concluded, then, that the Constitutional Amendment, if kept in force, will suffocate the public accounts of the Municipality of Salvador, preventing the long-term compliance with the constitutional minimum of 15%, established by the Federal Constitution of 1988. In the end, a proposal for a Constitutional Amendment was presented, which removes social rights from the fiscal austerity policy, and includes in the Constitutional Amendment in testilla, the financial debts of the State, for, with the payment of interest on the public debt, in the name of dreamed fiscal austerity.

Keywords: Public Policies. Health. Constitutional Amendment nº. 95/2016. Fiscal austerity. Interest on public debt.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADCT	Ato das Disposições Constitucionais Transitórias
ADIN	Ação Direta de Inconstitucionalidade
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPs	Caixas de Aposentadoria e Pensão
CF	Constituição Federal
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNES	Cargos de Natureza Especial
EC	Emenda Constitucional
FAS	Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
FGV	Fundação Getúlio Vargas
Hab	Habitantes
IAP	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IAPB	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários
IAPC	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciantes
IAPM	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPCA	Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
KM	Quilômetros
LOPS	Lei Orgânica da Previdência Social
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PEC	Projeto de Emenda Constitucional
PLOA	Projeto de Lei Orçamentária Anual
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PROS – RN	Partido Republicano da Ordem Social do Estado do Rio Grande do Norte
PT – RS	Partido do Trabalhadores do Rio Grande do Sul
RCL	Receita Corrente Líquida
REDE – AP	Partido Político Rede Sustentabilidade do Estado do Amapá
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SINPA	Sistema Nacional de Previdência e Assistência
SUS	Sistema Único de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Referenciais Teóricos.....	20
Figura 1 - Distribuição espacial das Prefeituras-Bairro e dos Distritos Sanitários. Salvador - BA, 2016.....	77

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Evolução de pessoas curadas e de óbitos em decorrência da leptospirose	81
Tabela 2 - Valores destinados para o Estado da Bahia e cidade do Salvador a serem utilizados em direitos sociais ano de 2015	82
Tabela 3 - Valores destinados para o Estado da Bahia e cidade do Salvador a serem utilizados em direitos sociais ano de 2016	83
Tabela 4 - Valores destinados para o Estado da Bahia e cidade do Salvador a serem utilizados em direitos sociais ano de 2017	84
Tabela 5 - Valores destinados para o Estado da Bahia e cidade de Salvador a serem utilizados em direitos sociais ano de 2018	85
Tabela 6 - Valores destinados para o Estado da Bahia e cidade do Salvador a serem utilizados em direitos sociais ano de 2019	87
Tabela 7 - Valores destinados para o Estado da Bahia e cidade do Salvador a serem utilizados em direitos sociais ano de 2020	88
Tabela 8 - Valores destinados aos Saúde Pública do Município de Salvador no ano de 2015.....	88
Tabela 9 - Valores destinados aos Saúde Pública do Município de Salvador no ano de 2016.....	89
Tabela 10 - Valores destinados aos Saúde Pública do Município de Salvador no ano de 2017.....	90
Tabela 11 - Valores destinados aos Saúde Pública do Município de Salvador no ano de 2018.....	91
Tabela 12 - Valores destinados aos Saúde Pública do Município de Salvador no ano de 2019.....	91
Tabela 13 - Valores destinados aos Saúde Pública do Município de Salvador no ano de 2020.....	92

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 REVISÃO SISTEMÁTICA.....	18
3 FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE.....	23
3.1 EM BUSCA DO MÁXIMO EXISTENCIAL DAS POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE.....	25
3.2 SAÚDE: UM DIREITO CONSTITUCIONAL APLICADO COMO PERIFÉRICO A SOCIEDADE BRASILEIRA	31
3.2.1 Saúde no Brasil da nova República pós Constituição Federal de 1988	40
4 EMENDA CONSTITUCIONAL Nº. 95/2016	48
4.1 DA (IN) CONSTITUCIONALIDADE DA EMENDA CONSTITUCIONAL Nº. 95/2016.....	51
4.1.1 Os reflexos da COVID-19 no financiamento da Saúde Pública.....	59
4.2 DA NECESSIDADE DA REFORMA CONSTITUCIONAL PARA RETIRAR A SAÚDE DO LIMITE DO TETO DE GASTO INTRODUZIDA PELA EMENDA CONSTITUCIONAL Nº. 95/2016 DIANTE DA PANDEMIA CAUSADA PELA COVID-19.....	64
4.3 A EFICÁCIA DA EMENDA CONSTITUCIONAL Nº. 95/2016 PARA A RECUPERAÇÃO DA ECONOMIA FRENTE A VIOLAÇÃO DOS DIREITOS SOCIAIS	68
5 POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE: CAMINHO PARA CONCRETIZAÇÃO DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS NO MUNICÍPIO DE SALVADOR	72
5.1 SAÚDE PÚBLICA NO MUNICÍPIO DE SALVADOR APÓS A VIGÊNCIA DA EMENDA CONSTITUCIONAL Nº. 95/2016.....	75
5.1.1 Os impactos da Emenda Constitucional nº. 95/2016 na Saúde Pública do Município de Salvador: analisando os anos 2015 a 2020.....	81
5.2 PROPOSTA DE EMENDA À CONSTITUIÇÃO Nº. XX, DE 2020: UMA POSSIBILIDADE.....	96
6 CONCLUSÃO.....	97

REFERÊNCIAS	100
APÊNDICE A - PROPOSTA DE EMENDA À CONSTITUIÇÃO Nº XX, DE 2020 ..	108

1 INTRODUÇÃO

A saúde é um direito social fundamental, positivada na Carta Magna, da República Federativa do Brasil, no ano 1988, tornando-se obrigação estatal, ofertar e prover a saúde pública, de modo universal.

Entretanto, em razão de o país, encontrar-se em uma profunda crise financeira, os governantes, associados aos ideais neoliberais, entenderam que, seria mais adequado, reduzir as responsabilidades do Estado em relação a esta demanda, e por esta razão, passou a fazer parte da agenda dos governantes, ligados a ideologia neoliberal, a implantação de políticas de austeridade fiscal, que refletem, diretamente, nos direitos sociais. Sendo assim, esta pesquisa teve como problema verificar, quais os impactos da Emenda Constitucional nº. 95/2016, na Saúde Pública do Município de Salvador, a capital do Estado da Bahia.

Esta pesquisa, teve como objetivo geral identificar, quais os impactos que o teto de gastos trouxe à Saúde Pública do Município de Salvador, utilizando três objetivos específicos, tais: discutir as políticas de saúde e de proteção social, tratando da teoria do Máximo Existencial e Mínimo Existencial; analisar a eficácia da Emenda Constitucional nº. 95/2016 e a recuperação da economia, e; identificar, como o investimento em Saúde Pública no Município de Salvador foi afetado, após a vigência da Emenda Constitucional nº. 95/2016.

A escolha desta temática é de grande relevância, uma vez que ainda enfrenta-se um problema antigo, e, ao mesmo tempo, atual, que é a necessidade de proteger os direitos sociais fundamentais, sobretudo, o direito a saúde, em contraponto aos atos governamentais, que pretendem reduzir a atuação do Estado e suas despesas, através de cortes em políticas públicas de direitos sociais.

O projeto de Emenda Constitucional em questão, foi oferecido pelo chefe do Poder Executivo Federal, no ano de 2016, visando instituir um novo regime fiscal, ao passo que, tramitou na Câmara dos Deputados, sob o nº. de PEC 241 e, após aprovado pelos Deputados, tramitou no Senado Federal, sob o nº. de PEC 55. Ao ser aprovado, transformou-se na famigerada Emenda Constitucional nº. 95/2016, objeto desta pesquisa.

Os impactos da referida Emenda aos direitos sociais, se apresentam de forma tão estrondosa, que ao tempo de sua tramitação, constantemente era divulgada pelos meios de comunicação, como “a PEC do fim do mundo”, já que seu objetivo era,

reduzir a interferência do Estado, através de investimentos na seara social, a fim de equilibrar as contas públicas.

No atual cenário contemporâneo, de crise política, econômica, social e sanitária que o país atravessa, encontra-se em pauta, a necessidade da revogação da Emenda Constitucional nº. 95/2016, no que tange o artigo 110 e seus incisos, que foram incluídos nos atos das disposições constitucionais transitórias, para, assim, rejeitar a aplicação de recursos públicos em direitos sociais, de acordo com o Mínimo Existencial, observando, em especial, as necessidades da Saúde Pública.

A justificativa da presente proposta deste trabalho, repousou sobre a necessidade de, uma completa e adequada análise, nas consequências do congelamento de gastos e investimentos em Saúde Pública, para que a recuperação da economia não reflita em perdas excessivas de vidas da população mais carente do Brasil, e assim, possa servi o Sistema Único de Saúde (SUS), para salvar a vida de outras pessoas, como um dia salvou a minha, bem, como permita o planejamento, implementação, alocação de recursos, monitoramento e avaliação de políticas públicas, verdadeiramente eficazes na Saúde Pública, a fim de o Estado devolver, com a prestação de serviços em saúde, ao menos o Mínimo Existencial, para, assim, tentar chegar ao Máximo Existencial.

É certo que cortes em gastos sociais terá reflexos direto e imediato na população carente, pois é sabido que o acesso a saúde é direito universal, em razão da dignidade da pessoa humana, e os cortes implementados como meio de recuperação da economia, além de malferir os princípios da humanidade, vão totalmente de encontro com a dignidade da pessoa humana.

Ainda, convém ressaltar que, é necessária uma ponderação sobre o interesse do Governo e a proteção das garantias constitucionais sociais. Frise-se que as pretensões governamentais, não podem e não devem se sobrepor aos direitos e garantias sociais constitucionais da sociedade, tanto é que a Constituição Federal de 1988, querendo evitar que os governantes colocassem seus interesses a frente da necessidade dos governados, entendeu o legislador constituinte originário, a necessidade de impor normas e obrigações, positivando o direito natural, e estabelecendo como obrigação do Estado, o fornecimento de saúde de qualidade (BRASIL, 1988).

Entretanto, com os cortes em saúde via Emenda Constitucional nº. 95/2016, o Governo, contrariamente ao que determina a Constituição Federal de 1988, vem

demonstrando que, o seu interesse em recuperar a economia, se sobrepõe as necessidades da sociedade, visto que, retirou recursos e reduziu, progressivamente, o valor investido em Saúde, ao longo de 20 (vinte) exercícios financeiros.

Neste entoad, convém ressaltar que políticas restritivas na seguridade social, afetam toda a sociedade brasileira, posto que, recaem, também, sobre a minoria da população. Entende-se aqui por minoria, as classes sociais que possuem mais recursos financeiros, pois os reflexos da ausência de políticas eficazes em saúde, gera pressão na sociedade, de forma ainda mais ampla, com a pressão gerada na regulação do preço, de forma unilateral, pelas operadoras de seguro saúde, frente a ausência de controle governamental eficaz.

A metodologia adotada no presente trabalho foi qualitativa e descritiva, e no decorrer da pesquisa e do aprofundamento no assunto, se tornou exploratória. De acordo com Gil (2002, p. 42), “as pesquisas descritivas são, juntamente com as exploratórias, as que habitualmente realizam os pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática”. Diga-se que “as pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis.” (GIL, 2002, p. 42).

Ao passo que pesquisa exploratória, “têm como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses.” (GIL, 2002, p. 41).

Observa-se que, ao buscar pesquisar sobre como a Emenda Constitucional número 95/2016, afetou o investimento em Saúde Pública no Município de Salvador, fez-se necessário trabalhar, em certos momentos, com a pesquisa descritiva, e, em outros momentos, com a exploratória. Nesse sentido, os campos pesquisados dialogam com os campos das ciências políticas e as ciências sociais, caracterizando-se como uma pesquisa de natureza interdisciplinar.

Em razão do fato de a pesquisa ter ocorrido nestas diferentes formas metodológicas, fez-se necessário que a investigação transcorresse por meio de ampla pesquisa documental e bibliográfica. Gil (2002, p. 46) ensina que;

o desenvolvimento da pesquisa documental segue os mesmos passos da pesquisa bibliográfica. Apenas cabe considerar que, enquanto na pesquisa bibliográfica as fontes são constituídas sobretudo por material impresso localizado nas bibliotecas, na pesquisa documental, as fontes são muito mais diversificadas e dispersas.

Sendo assim, esta pesquisa iniciou-se pela revisão sistemática de literatura, com consulta à base de dados da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), onde foram encontrados 414 artigos vinculados a temática da Emenda Constitucional nº. 95/2016, bem como também foi consultado a base de dados da *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*, onde foram encontrados 12 artigos vinculados ao tema da Emenda Constitucional nº. 95/2016. Recortando o tema da pesquisa, e, direcionando a nomenclatura “Emenda Constitucional nº. 95/2016 e Saúde”, foram encontrados, na base dados da CAPES, 189 artigos, e, na base de dados da *SciELO*, 11 artigos.

Analisando os artigos, foi identificado os que tratavam de Direito Constitucional e Direito a Saúde, ao passo que, após a identificação dos referidos artigos, iniciou-se a dissertação, com o objetivo que foi apresentado no início desta introdução, que é identificar os impactos da Emenda Constitucional nº. 95/2016 na Saúde Pública do Município de Salvador.

Esta pesquisa está estruturada em cinco capítulos, o primeiro capítulo é a introdução, ao passo que o capítulo dois trata de políticas públicas em saúde e seu caminhar histórico no Brasil, explanando sobre quando e como iniciou o processo de proteção social. Além disso, discorreu-se sobre a saúde no período ditatorial, bem como sobre a VIII Conferência de Saúde, que estabeleceu o caminho seguido pela Assembleia Constituinte originária, no que diz respeito às Políticas Públicas de Saúde.

O terceiro capítulo aborda a Emenda Constitucional em espécie, sua constitucionalidade, os reflexos da redução dos recursos públicos e a pandemia em andamento em virtude do vírus Sars-Cov-2. O capítulo quatro narra como ocorreu a pesquisa, e o caminho traçado para chegar aos resultados apresentados no capítulo seguinte. Por fim, no capítulo cinco tratou das Políticas Públicas em Saúde, como caminho para concretização dos direitos fundamentais no Município de Salvador.

Posteriormente foi efetuado o recorte direto aos impactos da Emenda Constitucional nº. 95/2016, na Saúde Pública do Município de Salvador, realizando um comparativo das verbas pública, destinadas pelo Governo Federal, entre o período de 2015 a 2020.

Com este trabalho, é apresentado um produto, que tem como objetivo, por meio de uma nova Emenda Constitucional, propor a revogação dos artigos 110 e incisos, que foram incluídos nos atos das disposições constitucionais transitórias,

através da Emenda Constitucional nº. 95/2016, bem como criar um teto de gastos para pagamento das dívidas financeira do Estado, relacionadas aos juros da dívida pública.

2 REVISÃO SISTEMÁTICA

A Revisão sistemática da dissertação, teve o propósito de compreender os estudos desenvolvidos sobre políticas públicas em saúde, com foco na Emenda Constitucional nº. 95/2016.

Antes de iniciar a construção deste trabalho, foi realizado buscas na base de dados da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), onde foram encontrados 414 artigos vinculados a temática da Emenda Constitucional nº. 95/2016, bem como também foi consultado a base de dados da *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*, onde encontramos 12 artigos vinculados a questão da Emenda Constitucional nº. 95/2016, recortando o tema da pesquisa, e direcionando a nomenclatura Emenda Constitucional nº. 95/2016 e saúde, foram encontrados, na base dados da CAPES, 189 artigos, bem como foi encontrado na base de dados da *SciELO*, 11 artigos. Analisando-os, foram identificados os que tratavam de Direito Constitucional e de Direito a Saúde.

Em última filtragem, a partir da checagem dos resumos, foram excluídos os artigos que não correspondem à temática da dissertação, pelo que foi utilizando como critério de exclusão dos artigos as palavras Direito Constitucional e de Direito a Saúde.

Demais disso, convém destacar que os artigos identificados e utilizados, foram publicados, dentre outras revistas, em revistas médicas, revistas de saúde coletiva e revistas de saúde da sociedade, também foi realizada pesquisa em revistas no campo do Direito Constitucional, e em revistas que dialogam com a história e as ciências sociais. Para tanto, a título ilustrativo, cita-se os nomes de algumas revistas e biblioteca virtual de Universidade, em que foram coletados os materiais utilizados: Revista saúde debate, Revista sociologias, Revista saúde e sociedade, Revista diálogo jurídico, Revista de direito, governança e novas tecnologias, Revista da Associação Médica Brasileira, Revista história, ciências, saúde, Revista de informação legislativa, Revista eletrônica sobre a reforma do Estado (RERE), Repositório da Universidade Federal do Ceará, e, assim sucessivamente, conforme consta nas referências desta pesquisa.

Ainda, foram realizadas pesquisas em portais de transparência do Governo Federal e do Governo Municipal. Pretendia-se assim, realizar uma pesquisa de campo, junto a Secretaria de Saúde do Município do Salvador, tendo, inclusive, sido marcada reuniões com gestores da Secretaria de Saúde do Município do Salvador,

bem como com o responsável pelo setor financeiro da referida secretaria, entretanto, em razão da pandemia causada pela COVID-19, foi necessário cancelar tais reuniões, frente a orientação das autoridades sanitárias, de iniciar o processo de isolamento social, a fim de conter o avanço da pandemia.

Em razão desta situação, optou-se por utilizar dados expostos na Rede Mundial de Computadores, que já havia sido objeto de consultas e coletas, como citado acima, valendo-se da confiança depositada do mundo acadêmico, no portal indexador *SciELO*, bem como no portal de transparência do Governo Federal e Municipal, que deram transparências aos seus dados financeiros, conforme determina a legislação, juntamente com os livros adquiridos.

Diga-se que, em razão do trabalho não possuir uma hipótese, foi necessário trabalhar com a construção de uma pergunta norteadora, que corresponde a: quais os reflexos da Emenda Constitucional nº. 95/2016 na Saúde Pública do Município do Salvador?

Após a coleta de material, foi realizado um estudo direcionado, buscando obras que fossem específicas sobre o assunto trabalhado, efetuando, assim, a coleta de dados e informações necessárias, demais disso, após a construção do trabalho, foi identificado os resultados, com apontamento dos impactos da Emenda Constitucional nº. 95/2016, na Saúde Pública do Município de Salvador, bem como, em razão de se tratar de um Programa de Pós graduação de um Mestrado Profissional, foi apresentado um produto, que tem como intuito, propor a revogação do artigo 110 e incisos, com algumas considerações para manutenção do programa de austeridade fiscal.

Inicialmente a pesquisa dos materiais utilizados ocorreu utilizando a palavra-chave políticas públicas em saúde, posteriormente utilizou-se a palavra Emenda Constitucional nº. 95/2016, após recolhimento dos materiais considerados interessantes, foi estendida a pesquisa para as palavras-chaves: direitos sociais constitucionais, em seguida, para a palavra-chave: saúde garantia constitucional, e, assim sucessivamente.

Ao efetuar a leitura da bibliografia pesquisada oportunizou direcionar o trabalho, de acordo com a divisão de tópicos existentes nesta dissertação. Demais disso, conforme narrado na introdução, a metodologia adotada no presente trabalho definiu-se como descritiva, para, no decorrer da pesquisa e do aprofundamento no assunto, se tornar exploratória.

Mais e mais, durante o período da pesquisa, foram encontrados diversos artigos, dissertações de mestrados e livros, que foram utilizados na construção da dissertação em apreço, conforme segue o quadro a seguir, com indicação de alguns materiais já pesquisados.

Quadro 1 - Referenciais Teóricos

Autor	Título da Obra	Ano	Livro	Artigo	Dissertação
Celina Souza	Políticas Públicas: uma revisão da literatura	2006		X	
José Afonso da Silva	Curso de Direito Constitucional Positivo, 27ª Edição	2006	X		
Ingo Sarlet	Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde na Constituição Federal de 1988	2002		X	
Ingo Sarlet	Eficácia Dos Direitos Fundamentais	2004		X	
Dirley da Cunha	Curso de Direito Constitucional, 6ª Edição	2012	X		
Ieda Tatiana Cury	Direito fundamental à saúde	2005	X		
Thacio Fortunato Moreira (Autor) - José Gilea de Souza (Org.)	Gestão Pública e Governança	2018	X		
Felipe Asensi	O Ministério Público e a saúde no Brasil	2010		X	
Gilson Carvalho	A Saúde Pública no Brasil	2013		X	
Luiz Odorico Monteiro de Andrade, Ricardo José Soares Pontes e Tomaz Martins Junior	A descentralização no marco da Reforma Sanitária no Brasil	2000		X	
Mariana Batich	Previdência do trabalhador: uma trajetória inesperada	2004		X	
Gilberto Hochman	Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil	2005		X	
Gilberto Hochman	O Brasil não é só doença": o programa de Saúde Pública de Juscelino Kubitschek	2009		X	
Gilberto Hochman	Vacinação, varíola e uma cultura da imunização no Brasil	2011		X	
Francisco de Assis Arcucio	Evolução histórica das políticas de saúde no Brasil	2000		X	
Maria Rita Bertolozzi	As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais	1996		X	

Autor	Título da Obra	Ano	Livro	Artigo	Dissertação
Nilva Lúcia R. Stedile, Maria Cristina S. Guimarães, Alcindo Antonio Ferla, Rafaela Cordeiro Freire	Contribuições das conferências nacionais de saúde na definição de políticas públicas de ambiente e informação em saúde	2015		X	
Ana Paula do Rego Menezes, Bruno Moretti e Ademar Arthur Chioro Dos Reis	O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na Saúde Pública – austeridade <i>versus</i> universalidade	2019		X	
Henrique Lopes Dornelas	A aplicação do princípio da vedação de retrocesso social na proteção do direito social à saúde e em relação à a Emenda Constitucional nº 95/2016, A (não) efetividade das ciências jurídicas no Brasil	2020	X		
Fernando Mundim Veloso	A inconstitucionalidade material da Emenda Constitucional 95 de 2016	2019			X
José Aécio Vasconcelos Filho	Controle dos gastos públicos no Brasil após a EC 95/2016: Reflexões sobre a constitucionalidade do Novo Regime Fiscal	2019			X
Daniel Veloso Couri e Paulo Roberto Simão Bijos	Breve análise sobre a PEC 241/2016, que altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para instituir o Novo Regime Fiscal	2016		X	
CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICIPIOS	Teto do gasto e Saúde Pública	2019		X	
Ianka Cristina Celuppi, Daniela Saví Geremia, Jéssica Ferreira, Adelyne Maria Mendes e Pereira, Jeane Barros de Souza	30 anos de SUS: relação público-privada e os impasses para o direito universal à saúde	2019		X	

Fonte: Autor da dissertação.

Dentre as obras que corroboram com a pesquisa, foi utilizado como eixo teórico, a pesquisa de Dantas (2019) denominadas de Máximo Existencial como Direito Fundamental: rejeitando a tese de mínimo vital, pelo desenvolvimento de referências mais protetivos.

O estudo também se fundamentou nas pesquisas de Neves (2011), intitulada de constitucionalização simbólica, que trata da teoria da função simbólica da política

e do direito, em razão de violações constitucionais. Ainda, utilizou-se a pesquisa de Neves (2018), denominada de Constituição e Direito na modernidade periférica: uma abordagem teórica e uma interpretação ao caso brasileiro.

Bem como também foi utilizado como eixo teórico, a dissertação de mestrado de Vasconcelos Filho (2019), nomeada de reflexões sobre a constitucionalidade do novo regime fiscal, que trata exatamente e de forma profunda sobre a Emenda Constitucional nº. 95/2016, sua constitucionalidade e os reflexos das políticas restritivas em direitos sociais.

Com base nos estudos acessados, percebeu-se que a Emenda Constitucional nº. 95/2016, na Saúde Pública do Município de Salvador, não tem sido alvo de pesquisas, há uma escassa abordagem do tema, entretanto, os impactos da Emenda Constitucional nº. 95/2016, na Saúde Pública, têm sido abordados por pesquisadores e constitui-se uma importante categoria de análise, destacando que, esta pesquisa, tem o objetivo de identificar, como o investimento em Saúde Pública no Município de Salvador foi afetado, após a vigência da Emenda Constitucional nº. 95/2016.

3 FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE

Os estudos sobre Políticas Públicas nasceram nos Estados Unidos da América como uma forma de estudo do Estado e suas instituições, vindo a ser posteriormente ampliado o campo de estudo através da interferência dos europeus, quando também passou a ser estudado o Governo (SOUZA, 2006). Por tal motivo, este capítulo discutirá as políticas de saúde e de proteção social, tratando da teoria do Máximo Existencial e Mínimo Existencial.

É importante destacar que as “políticas públicas contaram com quatro grandes “pais” fundadores: H. Laswell, H. Simon, C. Lindblom e D. Easton” (SOUZA, 2006, p. 23).

Segundo Oliveira (2016, p. 885), “o termo *policy analysis* (análise de política pública) foi introduzido por Lasswell, ainda nos anos 1930, estabelecendo o diálogo entre cientistas sociais e governo”. Lasswell tinha como principal objetivo, “conciliar conhecimento científico/acadêmico com a produção empírica dos governos e também como forma de estabelecer o diálogo entre cientistas sociais, grupos de interesse e governo.” (SOUZA, 2006, p. 23). Ocorre que, em razão da Segunda Guerra Mundial, o estudo sobre as políticas públicas estacionou em Lasswell, e, somente após a Segunda Guerra é que se aprofundou o estudo, ganhando notoriedade na década de 70 a 80 do século passado (OLIVEIRA, 2016).

Neste entoad, “Simon (1957) introduziu o conceito de racionalidade limitada dos decisores públicos (policy makers), argumentando, todavia, que a limitação da racionalidade, poderia ser minimizada pelo conhecimento racional.” (SOUZA, 2006, p. 23). Já “Lindblom (1959; 1979) questionou a ênfase no racionalismo de Laswell e Simon, e propôs a incorporação de outras variáveis, à formulação e à análise de políticas públicas.” (SOUZA, 2006, p. 24). Por fim, convém destacar que “Easton (1965), contribuiu para a área, ao definir a política pública como um sistema, ou seja, como uma relação entre formulação, resultados e o ambiente.” (SOUZA, 2006, p. 24).

Ainda convém ressaltar que, não há uma definição específica sobre o que é política pública, visto que, conforme afirma Souza (2006, p. 24):

não existe uma única, nem melhor, definição sobre o que seja política pública. Mead (1995) a define como um campo dentro do estudo da política que analisa o governo à luz de grandes questões públicas e Lynn (1980), como um conjunto de ações do governo que irão produzir efeitos específicos. Peters (1986) segue o mesmo veio: política pública é a soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou através de delegação, e que

influenciam a vida dos cidadãos. Dye (1984) sintetiza a definição de política pública como “o que o governo escolhe fazer ou não fazer”. A definição mais conhecida continua sendo a de Laswell, ou seja, decisões e análises sobre política pública implicam responder às seguintes questões: quem ganha o quê, por quê e que diferença faz.

O fato de não haver uma única definição de políticas públicas, não afasta o objeto estudado, vez que as definições se complementam, além do mais, convém destacar, que o estudo das políticas públicas, tem o condão de identificar e explicar o objeto das políticas públicas, visto que focam o governo, as instituições, e a todos com quem o Estado se relaciona.

Nesse contexto, importa destacar, que não é somente a vontade dos agentes políticos que estão no poder, que influencia a tomada de decisões, que envolvem as políticas públicas, visto que, a implementação e aplicação, são definidas por diversos fatores. Conforme destacado por Oliveira (2016, p. 886):

política pública não envolve apenas decisões de atores governamentais, mas também decisões factíveis, isto é, condizentes com o ambiente institucional circundante. Não se trata, enfim, de uma ação dos atores com possibilidades infinitas, mas sim conjunturalmente delimitadas.

Como mencionado acima, são diversos fatores que influenciam na tomada de decisão dos agentes políticos, e que implicam no direcionamento das políticas públicas.

A crise financeira de 2008, gerou “a adoção de políticas restritivas de gasto, que passaram a dominar a agenda da maioria dos países, em especial os em desenvolvimento.” (SOUZA, 2006, p. 20). No Brasil, os reflexos da crise econômica chegaram com alguns atrasos, e, enquanto os demais países já recuperavam as suas economias, o Brasil entrava em colapso, deixando de crescer, economicamente, na mesma proporção que cresceu nos anos de 2002 a 2009.

Nesse passo, querendo ajustar as contas, foi adotada políticas públicas restritivas em direitos sociais, pois, com a entrada em vigor da Emenda Constitucional nº. 95/2016, que introduziu um novo regime no orçamento fiscal e de seguridade social da União, pelo período de 20 (vinte) anos, afetou, diretamente, os gastos em Saúde e Educação, reduzindo o investimento em direitos sociais, sob a afirmativa de que era necessário efetivar uma reforma, no modo como era contabilizado os valores a serem investidos em direitos sociais, nos exercícios financeiros que iniciaram, a partir do ano 2017, até o ano de 2036.

O Estado brasileiro vivia (e ainda vive) uma crise financeira, e por esta razão, justificava-se naquele momento, a implementação de políticas públicas restritivas de

direito fundamentais, a fim de recuperar a economia do país. Adentrando no campo da Saúde, é importante salientar que, a efetivação de políticas públicas em Saúde, depende de um conjunto de fatores, e não somente de uma boa gestão pública. Uma boa política pública, compreende, além de investimentos de recursos financeiros em valores, de acordo com a real necessidade dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), diretrizes para possibilitar o cidadão, a viver com dignidade, através de políticas econômicas e sociais, que garantam; emprego, alimentação, educação, segurança, dentre outros direitos fundamentais.

Diga-se que, “é inquestionável a importância de uma política de saúde que, para além da universalidade, garanta a equidade, a integralidade e a qualidade do cuidado em saúde prestado aos seus cidadãos.” (REIS; ARAÚJO; OLIVEIRA, 2012, p. 5). A saúde está vinculada a um conjunto de fatores e, uma boa governança em Saúde Pública é elemento essencial para favorecer o Sistema Único de Saúde (SUS), pois “as políticas públicas interferem diretamente na vida dos cidadãos e profissionais e estão sujeitas a múltiplos determinantes, muitas vezes contraditórios, em decorrência de múltiplos interesses envolvidos.” (DALFIOR; LIMA; ANDRADE, 2015, p. 211).

Nesse passo, para a efetivação de uma boa política pública, é necessário que o gestor se afaste da *doxa* - opiniões pessoais, e trabalhe, alinhado com a comunidade científica, com o objetivo de encontrar meios de equilibrar as despesas, sem afetar os direitos sociais fundamentais, posto que, tais direitos são inegociáveis, pois os mesmos buscam resguardar o mínimo necessário, a garantir a vida digna dos cidadãos.

3.1 EM BUSCA DO MÁXIMO EXISTENCIAL DAS POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE

A Teoria do Máximo Existencial como Direito Fundamental adotada neste estudo, está embasada nas pesquisas de Dantas (2019), ainda que seja vista por alguns, como uma utopia à concretização completa de forma imediata, em razão das possibilidades jurídicas e financeiras do Estado, visto que

se objetiva, com o máximo existencial, propiciar a desmercantilização das condições existenciais e a capacidade de autorrealização do ser humano, torna-se inexorável enfrentar a questão das necessidades e da escassez, na perspectiva sociojurídica, cuja satisfação é *conditio sine qua non* para existência e o desenvolvimento das capacidades. (DANTAS, 2019, p. 31).

Pretende o Máximo Existencial, ampliar, gradativamente, a extensão dos direitos fundamentais, elevando a prestação social do Estado, além do básico ofertado, com o intuito somente de manter a existência do ser humano, sem se importar com a sua dignidade, e seu bem-estar social.

Registre-se que, a Constituição Federal de 1988, ampara o Direito Fundamental ao Máximo Existencial, uma vez que tal direito, possui caráter social, estando intimamente interligado, ao princípio da dignidade da pessoa humana, e aos direitos fundamentais, elencados na Carta Magna (DANTAS, 2019). Ensina Dantas (2019, p. 369-370) que:

atendo-se apenas ao texto constitucional pátrio, a fundamentação para o direito fundamental ao máximo existencial reside nos imperativos de cidadania e dignidade, nos objetivos de construção de uma comunidade livre, justa e solidária e na promoção do bem-estar de todos, com a impositiva prevalência dos direitos humanos, reforçada pela abertura constitucional à cooperação entre os povos.

Para além disso, convém destacar que o Direito Fundamental ao Máximo Existencial, segundo Dantas (2019, p. 367),

decorre da constatação da incapacidade do mercado em distribuir com justiça a riqueza produzida, o que deveria se orientar, preponderantemente, pelas necessidades e, depois pelo mérito, e não com base no auto interesse, consubstanciado pelo lucro.

O Direito Fundamental ao Máximo Existencial é uma garantia constitucional, que decorre da proteção a liberdade, moradia, bem-estar social e autorrealização, no sentido de viver dignamente e com qualidade de vida, posto que se encontra acima de todos os direitos sociais, mas, vinculados a eles, pois, tem como missão, elevar, gradativamente, o alcance da proteção estatal aos direitos e garantias constitucionais.

Na contramão do que pretende o Máximo Existencial e de toda a sistemática constitucionalista, que ampara a busca pela superação das barreiras impostas pelo Estado, quando se fala em direitos sociais, encontra-se a Emenda Constitucional nº. 95/2016, que acrescentou ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, os artigos; 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113 e 114, instituindo um novo regime fiscal, alterando a forma como ocorrem os gastos em seguridade social da União, e, estabelecendo um prazo mínimo de exequibilidade da Emenda Constitucional, pelo período de 20 (vinte) exercícios financeiros, afastando assim, os direitos sociais, através do artigo 110, e seus incisos, pois passou a determina que:

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. (BRASIL, 1988, s/p).

Segundo a Confederação Nacional dos Municípios, foi estabelecido no regime fiscal, um “limite para as despesas primárias equivalente ao valor do limite referente ao exercício imediatamente anterior” (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS, 2019, s/p), visto que, atualmente, os gastos com Saúde, não podem ser superiores ao crescimento da inflação, tendo sua correção pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), conforme segue:

No Novo Regime Fiscal foi definido um limite para as despesas primárias equivalente ao valor do limite referente ao exercício imediatamente anterior, corrigido pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), para o período de doze meses encerrado em junho do exercício anterior a que se refere a lei orçamentária. Assim, ao definir a limitação do crescimento da despesa pública à inflação, a EC nº. 95 de 2016 implica que, no longo prazo, o gasto será reduzido em proporção ao Produto Interno Bruto (PIB), supondo um crescimento do IPCA inferior à variação do PIB. No caso da saúde, diz-se que o “teto” é, na verdade, um “pisso”, pois não há impedimento para que o gasto com ações de saúde (ao contrário do gasto global do governo federal) cresça acima da inflação. Na prática, entretanto, devido à rigidez e inércia das despesas, especialmente as previdenciárias, não há como garantir o cumprimento do teto sem que os gastos com saúde também tenham sua evolução limitada à inflação (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS, 2019, s/p).

Em contraponto, tem-se como direito natural a vida, a dignidade, a saúde, e, por consequência, proteção a vida, a tratamentos médicos dignos, com a aplicação das políticas públicas em direitos sociais ao Máximo Existencial, como Direito Fundamental, na proteção da garantia existencial do ser humano, exigindo que seja, por consequência, excluída a ideia de aplicação do mínimo, como obrigação existencial do Estado.

Destaque-se que, quando o ser humano consentiu viver na coletividade, ele abdicou parte de sua liberdade, em contraponto, a Constituição Federal de 1988, a fim de regulamentar os direitos dos cidadãos e os deveres do Estado, positivou direitos fundamentais, criando um acoplamento estrutural entre obrigações e direitos (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988).

Ao instituir em sede de norma constitucional os direitos fundamentais, o legislador constituinte declarou que o Estado entende a complexidade da sociedade,

e os anseios sociais, ao passo que, elevou as garantias existências a norma suprema, conforme ensina Neves (2011, p. 74-75):

mediante a institucionalização dos direitos fundamentais, a Constituição reconhece a supercomplexidade da sociedade, a dissolução de critérios de orientação das expectativas relativas à totalidade do social e, portanto, a inexistência de um sistema social supremo. Os direitos sociais servem ao desenvolvimento de comunicação em diversos níveis diferenciados. Sua função relaciona-se com “o perigo da desdiferenciação” (especialmente da “politização”), isto é, exprimindo-se positivamente, com a “manutenção de uma ordem diferenciada de comunicação”.

Diga-se que “os direitos fundamentais são uma das criações mais engenhosas da cultura humanista, decorrente das necessidades oriundas do cadinho histórico desenvolvido para o surgimento do Estado moderno” (DANTAS, 2019, p. 203), pois, o direito a integridade, a vida e a dignidade, precede a criação do Estado, ou qualquer outro direito positivado existente na sociedade.

A saúde hoje é entendida, como um “Estado de completo bem-estar físico, mental e social”, segundo a orientação da Organização Mundial de Saúde. Nesse sentido, o art. 6º, da Constituição Federal de 1988, narra que: “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)

Aprofundando o disposto no artigo supramencionado, o art. 196 da CF de 1988 impôs que:

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. (BRASIL, 1988).

Depreende-se que o direito a saúde foi elevado a Direito Fundamental Individual, e a necessidade de proteger a saúde e a vida do ser humano, emerge dos princípios fundamentais em que repousa o próprio Direito Natural, e se sobrepõe a qualquer outro interesse governamental, visto que, a garantia constitucional do direito à saúde, emana da obrigação natural de se respeitar a vida e os princípios norteadores da dignidade da pessoa humana.

Ocorre que, no ano de 2016, foi aprovada a Emenda Constitucional nº. 95/2016, que congelou os gastos sociais pelo período de 20 anos. Com a entrada em vigor desta Emenda Constitucional, a forma de contabilização do valor a ser investido anualmente em Saúde, deixa de ser calculado com base em uma percentagem das

receitas correntes líquidas do Produto Interno Bruto, passando somente, a ter uma variação anual da inflação calculada pelo IPCA/IBGE, visto que, foi desvinculada a contabilização dos valores destinados a Saúde, pela receita orçamentária.

Tem-se que, desde o ano de 1990, tenta-se garantir um percentual mínimo a ser destinado a Saúde, vinculado a receita orçamentaria. Segundo o economista e doutor em sociologia Bruno Moretti, é preciso se fazer um comparativo, para verificar as perdas em investimento em Saúde, com a vigência da Emenda Constitucional nº. 95/2016. Assim descreve Moretti (2018, s/p):

é preciso cotejar o PLOA 2019¹ com o recurso mínimo em saúde, caso não estivesse em vigor a EC 95. É aí que se pode verificar com mais exatidão os recursos que a medida retira do SUS. Caso vigorasse o piso de 15% da RCL de 2019, a saúde contaria, pelo menos, com R\$ 127 bilhões. Portanto, a EC 95 produz diretamente uma perda de R\$ 9,5 bilhões para o SUS em 2019, tendo em vista as dotações constantes do PLOA.

Em razão da Emenda Constitucional nº. 95/2016, o investimento em políticas sociais deixou de ser prioridade do Governo nos próximos 20 (vinte) anos. É sabido que o Sistema Único de Saúde (SUS), há muito tempo não presta serviço de qualidade, em razão da falta de verbas.

A Saúde Pública vive em situação de calamidade desde o ano de 1992, uma vez que “no apagar das luzes de seu Governo, o Presidente Itamar Franco criou um programa emergencial para a Saúde com o objetivo explícito de reverter o quadro de calamidade em que se encontrava o setor.” (SILVA, 1995, p. 20-21). É necessário ressaltar que “o Governo federal vem subfinanciando a Saúde e que o Brasil gasta recursos insuficientes” (CARVALHO, 2013, p. 20-21), para oferecer uma Saúde digna a sociedade, visto que, o investimento no Sistema Único de Saúde – SUS, não é proporcional a necessidade do sistema, ao passo que os cidadãos menos favorecidos economicamente, via de regra, são os mais penalizados, pois, dependem do SUS, diretamente, para concretizar seus tratamentos de Saúde.

Demais disso, segue Carvalho (2013, p. 23) afirmando que “o Governo, abandonando seu papel constitucional de oferecer e garantir um sistema de saúde para todos os cidadãos, faz a maldade completa”. Quando narra Carvalho (2013) que é um papel constitucional, projeta a informação de que é obrigação constitucional do Estado, garantir os direitos sociais de saúde, mediante políticas públicas, visto que, o

¹ PLOA significa projeto de lei orçamentária anual.

legislador constituinte impôs tal obrigatoriedade, a fim de romper com paradigmas vividos em períodos anteriores, tornando a saúde direito universal.

Estes fatos demonstram que os cortes em investimentos primários, a fim de recuperar a economia, apenas agrava a realidade das políticas de investimentos em Saúde Pública no Brasil.

Quanto a este assunto, certa são as palavras de Dantas e Coni (2017), pois os direitos sociais foram conquistados em razão de luta e reivindicação da sociedade, ao passo que restrição a tais direitos, garantidos constitucionalmente, a fim de recuperar a economia, fere o princípio da dignidade da pessoa humana, bem como o princípio da vedação do retrocesso social. Segundo descrevem Dantas e Coni (2017, p. 48):

nenhuma crise econômica pode justificar restrição ou retrocesso nesse processo de implementação de direitos, pois o sistema econômico não pode ser preservado às custas dos direitos fundamentais daqueles que se encontram em posição de vulnerabilidade social.

Ainda, convém ressaltar, que é necessária uma ponderação sobre o interesse do Governo e as garantias constitucionais da sociedade, é que, o interesse do Governo, não pode e não deve se sobrepor as garantias constitucionais sociais, tanto é, que a Constituição Federal de 1988, querendo evitar que o interesse governamental se sobreposse as garantias constitucionais sociais, a fim de impor normas e obrigações, positivou o direito natural, estabelecendo como obrigação estatal, o fornecimento de saúde de qualidade (BRASIL, 1988).

Entretanto, com os cortes em Saúde via Emenda Constitucional nº. 95/2016, o Governo, contrariamente ao que determina a Constituição Federal de 1988, vem demonstrando que o seu interesse se sobrepõe às necessidades sociais, visto que, cortou recursos e reduziu, paulatinamente, o valor investido em Saúde, ao longo de 20 (vinte) exercícios financeiros.

Para Figueiredo (2007, p. 85), “ainda que não estivesse positivado, entretanto, o direito a saúde certamente poderia ser depreendido da tutela jurídica dos direitos à vida e à integridade física e corporal, enquanto Direito Fundamental”.

É importante pontuar que, quando o constituinte originário incluiu os direitos sociais, no capítulo dos direitos fundamentais, positivou a teoria de que os direitos sociais possuem forças vinculativas, afastando a ideia que os direitos fundamentais possuíam somente natureza meramente programática (CUNHA, 2012). Segundo Silva (2006, p. 282):

os direitos sociais, como dimensão dos direitos fundamentais do homem, são prestações positivas proporcionadas pelo Estado direta ou indiretamente, enunciadas em normas constitucionais, que possibilitam melhores condições de vida aos mais fracos, direitos que tendem a realizar a igualização de situações sociais desiguais. São, portanto, direitos que se ligam ao direito de igualdade.

Os direitos sociais possuem funções de propiciar condições dignas de vida aos mais necessitados, buscando compatibilizar diferenças sociais, obrigando o Estado a criar e aplicar políticas públicas, a fim de garantir o mínimo vital ao cidadão. Nas palavras de Cury (2005, p. 18):

o direito a saúde é o principal direito fundamental social encontrado na Lei Maior brasileira, diretamente ligado ao princípio maior que rege todo o ordenamento jurídico pátrio: o princípio da dignidade da pessoa humana – razão pela qual tal direito merece tratamento especial.

Nesta linha de raciocínio, Sarlet (2002) afirma que a saúde é um direito que possui dimensões, por ser um direito constitucional fundamental.

No âmbito da assim denominada dimensão negativa, o direito a saúde não assume a condição de algo que o Estado (ou sociedade) deve fornecer aos cidadãos, ao menos não como uma prestação concreta, tal como acesso a hospitais, serviço médico, medicamentos, etc. [...] O Estado (assim como os demais particulares), tem o dever jurídico de não afetar a saúde das pessoas, de nada fazer (por isso direito negativo) no sentido de prejudicar a saúde (SARLET, 2002, p. 10).

Entretanto, não há como negar que, os governantes, a fim de equilibrar contas, agiu contra o seu dever jurídico, de não afetar a saúde das pessoas, quando aprovou a Emenda Constitucional nº. 95/2016, reduzindo, proporcionalmente no período de 20 (vinte) anos, o investimento em Saúde Pública.

Mesmo antes da vigência da Emenda Constitucional nº. 95/2016, as políticas públicas em saúde, já ocorriam de acordo com o Mínimo Existencial, e a referida Emenda, reduziu o que já era mínimo para menos ainda. Portanto, com as considerações acima, não é demais afirmar que a saúde é direito universal, e no Brasil, uma garantia constitucional que os governantes são obrigados a cumprirem.

3.2 SAÚDE: UM DIREITO CONSTITUCIONAL APLICADO COMO PERIFÉRICO A SOCIEDADE BRASILEIRA

A história aponta para o fato de que, os estudos sobre a Saúde Pública no Brasil, são divididos em dois momentos, ou seja, o período anterior a Constituição Federal de 1988 e o período pós Constituição Federal de 1988. Conforme ensina

Asensi (2010), pode-se, ainda, sub-classificar a saúde no Brasil, no período anterior a Carta Magna de 1988, como um favor estatal, um serviço decorrente de direitos trabalhista, e um serviço médico privado.

A saúde recebeu diversas significações políticas ao longo da história brasileira do ponto de vista político, social e jurídico. Até se cristalizar enquanto direito na Constituição de 1988, a saúde foi objeto de uma série de transformações no Brasil, apesar de sua dimensão relativamente recente enquanto assunto típico de Estado. No estudo da trajetória dos sentidos que a saúde adquiriu em nosso país, é possível identificar três concepções que emergiram ao longo da história: enquanto favor; enquanto um serviço decorrente de um direito trabalhista ou como um serviço privado; enquanto direito. (ASENSI, 2010, p. 15).

No Período Imperial e da República Velha, a saúde se caracterizava como um favor estatal, em razão da relação patrimonialista que marcou a época, pois “no Império e na República Velha², a saúde se apresentava como uma verdadeira benesse do Estado, notadamente marcada por relações patrimonialistas de poder que a caracterizavam como um favor do Estado à população.” (ASENSI, 2010, p. 15).

Nesse caminhar, é necessário pontuar que “o nascimento da saúde pública no Brasil deu-se na transição do século XIX para o século XX, no período compreendido entre o fim da monarquia e o início da “República Velha”. (ANDRADE; PONTES; MARTINS JUNIOR, 2000, p. 85).

Desde a sua origem, o Brasil é um país capitalista. A estrutura inicial da República brasileira, se deu através de exploração das riquezas existentes, na, então, colônia de Portugal. Demais disso, em razão de forte interesse no mercado de exportação comercial de café, foi implementado ainda, na República Antiga, um projeto de política pública de saúde, que veio a ficar conhecido como “modelo campanhista’ ou “sanitarismo campanhista”, que teve força maior nos Estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Minas gerais (ANDRADE; PONTES; MARTINS JUNIOR, 2000).

É importante elucidar que, esta política pública existiu no Brasil, até início dos anos 1960, e teve como foco, “combater as epidemias de febre amarela, peste bubônica e varíola, implementando programas de vacinação obrigatória, desinfecção dos espaços públicos e domiciliares e outras ações” (MATTA; MAROSINI, 2009, s/p). Diga-se que, a ideia era combater doenças que, em sua maioria, afetava pessoas pobres, detentoras da força de trabalho, e o Estado que se alinhava ao sistema liberal

² República velha, também conhecida como primeira república.

capitalista, naquele momento, somente iniciou uma política pública de saúde, em razão dos interesses dos agroexportadores (MATTA; MAROSINI, 2009).

A despeito do início das políticas públicas em saúde, quando da transição para a República Velha, o Estado permaneceu inerte quanto a criação de um sistema previdenciário, partindo dos próprios trabalhadores, nas duas primeiras décadas do século XX, a ideia da criação de um fundo de pensão mutuo, a fim de se protegerem, em caso de doenças ou velhice (BATICH, 2004).

Ainda na República Velha, no ano de 1923, foi estabelecido o marco inicial das políticas públicas estatais em saúde, através da lei Eloy Chaves, que: “criou a Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs) para trabalhadores das empresas ferroviárias e marítimas, em específico, uma vez que estavam diretamente envolvidas com o processo de desenvolvimento econômico no país” (PEIXOTO; BARROSO, 2019, p. 92).

As referidas caixas de aposentadorias e pensão foram criadas, em razão da necessidade de conter conflitos entre o capital e os trabalhadores, através dos movimentos dos trabalhadores, que buscavam a garantia de direitos, frente ao avanço da política liberal, já institucionalizada no Brasil naquele momento, em razão do processo de industrialização (ANDRADE; PONTES; MARTINS JUNIOR, 2000). Neste entoar, diante da “capacidade de mobilização e reivindicação dos trabalhadores por melhores condições de trabalho” (BATICH, 2004, p. 33), posteriormente, houve expansão de novas caixas de aposentadorias e pensões (CAPs), abrangendo diversas categorias de profissionais, chegando ao montante de 180 (cento e oitenta) CAPs (BATICH, 2004).

Entretanto, os trabalhadores rurais, de grande importância à economia nacional, em razão da política de exportação do café, não foram atendidos pela lei Eloy Chaves, frente ao temor dos governantes, em que, os trabalhadores rurais se mobilizassem em busca de reivindicação de melhorias trabalhistas, e parassem as atividades, impactando, diretamente, na economia (BATICH, 2004).

Ocorre que, com a crise mundial de 1929, o setor de produção de café foi impactado, gerando assim o aumento das indústrias no país. Com as transformações econômicas da década de 30 e a crise no mercado internacional do setor de exportação cafeeira, toma corpo um processo de crescimento industrial intenso, em que é marcante a presença das classes assalariadas urbanas reivindicando melhores condições de vida, o que levou o Estado a iniciar um processo de interferência nas relações trabalhistas, de forma a conciliar conflitos entre capital e trabalho. (BATICH, 2004, p 34).

Temendo um agravamento maior na crise vivenciada em 1929, com a queda da Bolsa de Valores de Nova Iorque, e querendo evitar um colapso na economia, frente a crescente industrialização e necessidade da utilização da mão de obra urbana, e conhecendo os movimentos de reivindicação trabalhistas dos obreiros urbanos, o Governo sentiu-se obrigado a interferir nas relações trabalhistas, de modo a conciliar o empregador e o empregado.

Nesse contexto, o poder público expandiu sua interferência como responsável pela proteção social dos trabalhadores, determinando que as CAPs, baseadas em vínculos de trabalhadores por empresa, fossem substituídas por outro tipo de instituição, aglutinando categorias profissionais e abrangendo todo o território nacional. (BATICH, 2004, p. 34).

Em razão da interferência governamental, na década de 1930, criou-se, então, “o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos (IAPM) em junho de 1933, ao qual se seguiram o dos Comerciantes (IAPC) em maio de 1934, o dos Bancários (IAPB) em julho de 1934” (FVG, 2017, s/p) e, assim sucessivamente, foram sendo criados institutos de aposentadorias e pensões - IAP.

Importa observar que, neste período, até então, o direito a saúde estava intimamente ligado ao trabalho formalizado, pois, somente aqueles que possuíam vínculos trabalhistas, poderiam acessar as redes de saúde e ter tratamento individual, sem necessitar de caridade das santas Casas de Misericórdia, paróquias e famílias com alto poder aquisitivo.

No Governo Vargas, o Ministro Gustavo Capanema, realizou duas grandes reformas, que modificou as formas como ocorriam as Políticas Públicas de Saúde, sendo a primeira em 1937, que modificou a estrutura do ministério, passando, inclusive, a estrutura governamental ser chamada de Ministério de Educação e Saúde. E a segunda reforma ocorreu em 1941, que consistiu em verticalizar serviços de saúde nacional, no combate a doenças coletivas. (HOCHMAN, 2005).

Queria o Ministro alinhar os “princípios básicos que haviam definido a política social do Estado Novo” (HOCHMAN, 2005, p. 131), e, para tanto, dividiu o país em oito Delegacias Federais de Saúde, a fim de facilitar o trabalho, e aumentar a movimentação das informações necessárias, ao cumprimento das Políticas Públicas de Saúde.

Após realizar as reformas no sistema, o Ministro Gustavo Capanema colocou em prática, o projeto de políticas públicas, voltado à coletividade, para o “combate de doenças como a tuberculose, a malária, a febre amarela e a peste, tendo como foco

a “coletividade”, deixando para a assistência médica previdenciária e para a assistência pública as ações mais individualizadas.” (HOCHMAN, 2005, p. 136). No Governo Vargas, as Políticas Públicas de Saúde foram as de centralização, visando a coletividade. Os trabalhadores rurais permaneceram sem ter direitos a saúde individual, visto que não faziam parte do grupo de trabalhadores assistidos pelas IAPs.

Entretanto, as Políticas Públicas de Saúde foram interiorizadas, quando se tratava de “doenças infectocontagiosas, que implicavam riscos à coletividade” (HOCHMAN, 2005, p. 136), ao passo que foi verticalizado o tratamento de saúde coletiva, tendo em vista a modificação da estrutura governamental, “toda a estrutura administrativa se construiu tendo como prioridade o combate às doenças transmissíveis eleitas como prioritárias, como pode ser observado na organização dos serviços nacionais.” (HOCHMAN, 2005, p. 136).

Após o período ditatorial (1930 a 1945), implantado por Getúlio Vargas, no ano de 1946, foi promulgado a Constituição Federal dos Estados Unidos do Brasil. Diga-se que, “a mencionada Constituição assegurou a todos, trabalho que possibilitasse existência digna, direitos do trabalho e da Previdência Social que visassem à melhoria da condição dos trabalhadores.” (MENEZES, 2015, p. 45). É que, a despeito da redemocratização que ocorreu, o atendimento de saúde individual permaneceu, como pré-requisito, o vínculo trabalhista, tanto que “mesmo sob regime democrático, a política populista inaugurada por Vargas foi mantida” (ACURCIO, 2000, p. 7).

Demais disso, convém ressaltar que no ano de 1953, houve um grande avanço na Saúde Pública, visto que, “veio a ser instituído no dia 25 de julho de 1953, com a Lei nº. 1.920, que desdobrou o então Ministério da Educação e Saúde em dois ministérios: Saúde e Educação e Cultura.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017, s/p). Apesar de se tratar de uma quebra de paradigma a criação do Ministério da Saúde, o mesmo não foi tratado, inicialmente, como um Ministério de grande importância, uma vez que este passou a receber a menor “fração do orçamento do antigo Ministério da Educação e Saúde, ou seja, um terço do imposto sobre a Educação e Saúde” (BERTOLOZZI; GRECO, 1996, p. 385).

É importante destacar que, ao fim da Segunda Guerra Mundial, o Brasil alinhou-se aos Estados Unidos da América, o que gerou, através da pressão dos empresários das indústrias, “a segunda etapa do processo de industrialização, com a

produção de bens de capital, máquinas e equipamentos que requeriam vultosos investimentos.” (BERTOLOZZI; GRECO, 1996, p. 385).

A referida etapa, gerou uma intensa crise interna no país, entre os “nacionalistas” que combatiam o capital estrangeiro e os “desenvolvimentistas” que defendiam a expansão industrial, mesmo que com capital estrangeiro.” (BERTOLOZZI; GRECO, 1996, p. 385). Neste entoar, Juscelino Kubitschek, que era médico, e vinha da Coligação Nacional Desenvolvimentista, foi eleito como Presidente da República em 1955, e tomou posse em 31 de janeiro de 1956, com um mandato de 5 (cinco) anos, adotando o lema de: “crescer 50 (cinquenta) anos em 5 (anos).” (HOCHMAN, 2009). Kubitschek possuía a “proposta de modernização do país por meio do aprofundamento de inserção no mundo capitalista pretendia ser realizada mediante a intensificação do processo de industrialização e integração nacional.” (HOCHMAN, 2009, p. 314).

O plano de Governo do então eleito Presidente da República, não ostentava grandes mudanças na Saúde Pública, entretanto, querendo contrapor a visão de que “o Brasil é ainda um imenso hospital.” (HOCHMAN, 2009, p. 314). Conforme declaração de “Miguel Pereira (1922) em discurso de 11 de outubro de 1916 no Rio de Janeiro” (HOCHMAN, 2009, p. 314), que tomou proporções nacionais, em especial, pela inercia do Estado em atender e direcionar as políticas públicas, ao atendimento e tratamento individual dos trabalhadores rurais. E, no intuito de eleger-se Presidente da República, o então presidenciável, em “campanha eleitoral de 1955 Kubitschek apresentou um plano para o setor acenando com algumas mudanças, tanto nas prioridades das políticas de saúde como na rejeição da associação negativa entre enfermidades e o Brasil.” (HOCHMAN, 2009, p. 314).

Entretanto, o plano de política pública apresentado, não modificava a forma como vinha sendo tratados os trabalhadores rurais, motivo pelo qual, a ideia de “país enfermo não foi proclamada como epitáfio para o país, mas sim como denúncia do abandono da população doente do interior.” (HOCHMAN, 2009, p. 314). Nesse contexto, mantendo as políticas públicas de interiorização, quando se tratava de epidemia de interesse coletivo, foi criado em 1956, o Departamento Nacional de Endemias Rurais.

Três anos após a criação do Ministério, em 1956, surge o Departamento Nacional de Endemias Rurais, que tinha como finalidade organizar e executar os serviços de investigação e de combate à malária, leishmaniose, doença de Chagas, peste, brucelose, febre amarela e outras endemias existentes no

país, de acordo com as conveniências técnicas e administrativas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017, s/p).

A ideia, do então Presidente eleito, era contrapor a política pública de saúde, instaurada no período ditatorial de Getúlio Vargas, visto que, a saúde passou a ser vinculada ao crescimento econômico, inclusive, passou a ser conceituada de, sanitarismo desenvolvimentista, vez que fundamentou sua política pública em saúde, na teoria de que, “a saúde da população dependeria fundamentalmente do grau de desenvolvimento do país e, conseqüentemente, só teriam impacto as ações sanitárias que fossem integradas a um projeto nacional de desenvolvimento.” (HOCHMAN, 2009, p. 316).

Diferente de Vargas, que centralizou e verticalizou as Políticas Públicas de Saúde, Kubitschek, contrapôs o modelo campanhista, pois acreditava que havia ocorrido avanços no sanitarismo do Brasil, e optou por descentralizar as Políticas Públicas de Saúde, vinculando-a, ao crescimento econômico do país. Neste sentido, no ano de 1960, ainda sob o Governo do presidente Kubitschek, “o Congresso Nacional promulgou a Lei Orgânica da Previdência Social – LOPS, instituindo um sistema previdenciário único para todos os trabalhadores do setor privado.” (BATICH, 2004, p. 34). Em 1964 ocorreu o golpe militar, que instaurou um novo período ditatorial, e suspendeu direitos e garantias constitucionais. Neste período, foram proibidos todos os tipos de reuniões e acabou-se por abafar os movimentos sociais, que lutavam por reformas e acréscimo de direitos sociais.

Ainda é importante destacar que, foi importado pelos ditadores, o modelo econômico estadunidense, instituindo-se uma série de violações a direitos trabalhistas, pois, em razão da política de produtividade “a jornada de trabalho foi ampliada de oito para, aproximadamente, treze horas diárias.” (BERTOLOZZI; GRECO, 1996, p. 386). Nesse contexto, a privatização da saúde individual ganhou força, pois, ainda permanecia vinculado ao formalismo do trabalho, ao passo que em 1966, foi unificado todos os Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAP, posto que foi criado, o Instituto Nacional de Previdência Social (NPS), em voga até os dias de hoje.

Em 1966, consolidou-se a unificação do sistema previdenciário, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, agregando todos os IAPs e deixando definitivamente de existir diferenças entre os segurados do setor privado da economia quanto à instituição previdenciária que os assistia. (BATICH, 2004, p. 34).

Com a ditadura Militar de 1964, privatizou-se os serviços médicos, sendo que tais serviços eram pagos, através da Previdência Social. Neste interim, o orçamento do INPS, passou a ser o terceiro maior orçamento, entretanto, em razão de corrupção em supostos pagamentos de prestação de serviços médicos individuais, gerou um *déficit* no orçamento, criando, assim, uma grave crise no sistema previdenciário, em razão da ausência de recursos financeiros (BERTOLOZZI; GRECO, 1996). É necessário pontuar que, inicialmente, não houve grande mudança nas Políticas Públicas de Saúde, instalada no Brasil, desde o período de Kubitschek, entretanto, os militares que instauraram o golpe militar, dando início a ditadura, “apenas aprimorou e consolidou o modelo implantado desde 1955.” (BERTOLOZZI; GRECO, 1996, p 387).

Somente nos anos 1970, já sob a regência do Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, é que foram instituídos novos benefícios no regime da Previdência Social, e, incluído dentre outras categorias, nos quadros de beneficiários para tratamento de saúde individual, os trabalhadores rurais.

Nos anos 70, foram instituídos novos tipos de benefícios previdenciários, como o salário-família e o salário maternidade, e incluída no sistema categorias que antes não tinham nenhuma cobertura, como o jogador de futebol profissional, os trabalhadores autônomos e temporários, a empregada doméstica e o trabalhador rural. (BATICH, 2004, p. 35).

Ainda na década de 1970, pela primeira vez foi instituído um benefício àqueles que não contribuía com o sistema da Previdência Social, transformando, assim, a Previdência Social em um ente, também, com a finalidade de distribuição de renda. Para ter acesso ao benefício, era necessário que o requerente preenchesse o requisito de ter “idade superior a 70 anos ou ser inválido, desde que fosse comprovado que o solicitante não tinha recursos para sua subsistência.” (BATICH, 2004, p. 35).

No período ditatorial do Governo Militar, de forma contraditória ao modo de governança dos militares, fora criado uma nova espécie de proteção social, com o custeamento a tratamento médico de urgência, para aqueles que não contribuía com a Previdência Social, uma vez que buscava o regime reduzir as animosidades existentes na sociedade brasileira, em decorrência da insatisfação popular com política econômica, que pôs, em prioridade, o crescimento econômico, ao invés de priorizar o desenvolvimento social (BATICH, 2004).

No ano de 1974, sob a tutela do Governo ditatorial, foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social, que tinha como foco, a busca da reafirmação “na

dominância do modelo clínico assistencial e curativista. Na verdade, justificou-se essa medida pela importância política e financeira que o antigo INPS tinha no cenário da época.” (BERTOLOZZI; GRECO, 1996, p. 388). No mesmo período, foi criado, através da lei nº. 6.168 de 09.12.74, o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social - FAS, que tinha como principal foco, fortalecer as pesquisas de interesses coletivos.

Ao mesmo tempo foi criado, pela Lei nº 6168 de 09.12.74, o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), que representou importante estratégia de ação do Estado na área social, ao apoiar financeiramente o desenvolvimento de programas e projetos de interesse do setor público nas áreas de saúde e saneamento, educação, trabalho, previdência e assistência social, além de projetos de caráter social para pessoas físicas junto ao setor privado. (BERTOLOZZI; GRECO, 1996, p. 388).

Ocorre que, os recursos do FAS, não foram utilizados com a finalidade que propuseram, uma vez que privilegiaram a burguesia empresarial, visto que, “o grau de distorções na utilização desse Fundo foi patente, na medida em que, destinado a financiar projetos prioritariamente de interesse coletivo, foi sistematicamente utilizado com a finalidade de expandir o setor privado.” (BERTOLOZZI; GRECO 1996, p. 388). Neste sentido, em 1977, em decorrência da crise sanitária que preponderou nas cidades, com a chegada das doenças que, outrora, somente encontrava-se no campo, foi necessária a criação de programas, com a finalidade de atender a população, pois o quadro epidemiológico era crescente, em razão das doenças infectocontagiosas, e pelo fato do Instituto Nacional de Previdência Social, custear casos de urgências, e a fim de não afetar a economia, criou-se o SINPA.

Em 1977, a fim de diminuir gastos e racionalizar a administração das várias instituições sob sua responsabilidade, foi organizado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência – SINPAS, que, entre outras medidas, restringiu as atribuições do INPS a gerência do sistema de benefícios previdenciários e criou o Instituto Nacional de Assistência Médica – Inamps, para cuidar exclusivamente dos assuntos relativos à assistência médica. (BATICH, 2004, p. 35).

Nestes passos, o direito a cuidados com a saúde, quando não se tratava de medida urgente, ainda permanecia como aqueles que possuíam vínculos formais de emprego, e contribuía com a Previdência Social, ou como aqueles que passaram a custear seus planos de saúde.

De fato, observa -se uma reduzida possibilidade de acesso aos serviços públicos de saúde no período, pois as formas por meio das quais o cidadão poderia usufruir deste serviço foram basicamente duas: a) ser um trabalhador em sentido estrito, ou seja, possuidor de carteira de trabalho assinada e contribuinte da previdência social; b) e/ou, ser capaz de suportar os custos dos planos privados de saúde, que surgiram principalmente a partir da

década de 1970. Deste modo, principalmente entre as décadas de 1940 e 1970, só poderia usufruir a assistência médico - curativa aquele que fosse trabalhador formal. (ASENSI, 2010, p. 16).

Aos que não possuíam vínculo empregatício, quando não se tratava de matéria de interesse coletivo, como endemias ou doenças infectocontagiosas, ou mesmo de atendimento de urgência, poucas alternativas possuíam para utilizar os tratamentos médicos de saúde, pois, ou o cidadão arcava com custeio do tratamento, ou adería a planos de saúdes, em especial, após a década de 1970, ou procurava atendimento médico nas santas Casas de Misericórdia.

A década 1980, foi um período de grande movimentação social, conhecido pelo histórico movimento, chamado “Diretas já”, contra o regime militar, que já estava enfraquecido. Os anos 80, também foi marcado, pela crise financeira, vivenciada na saúde previdenciária, frente a privatização dos serviços médicos de saúde, mantida na governança do período ditatorial, e os valores cobrados pelos profissionais da saúde.

Em 1986, foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde, que estabeleceu um marco histórico na modificação da visão sanitária dos governantes do Brasil, e teve uma grande relevância para a conceituação, do que hoje é entendido como, saúde, criando as raízes e abrindo caminho para a delimitação da saúde, pela Constituição Federal de 1988, posto que, a saúde foi estabelecida na Conferência como, “resultante das condições de habitação, alimentação, educação, renda, meio ambiente, transporte, lazer, acesso e posse à terra e acesso aos serviços de saúde” (STEDILE; GUIMARÃES; FERLA; FREIRE, 2015, p. 2964).

3.2.1 Saúde no Brasil da nova República pós Constituição Federal de 1988

Com o advento da promulgação da Constituição Federal do Brasil, no ano de 1988, o direito a saúde foi positivado e “foi criado o Sistema Único de Saúde, um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019, s/p). Com tal positividade, a Constituição Federal de 1988 implementou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que, com ele, trouxe o acesso dos usuários ao sistema público de saúde, independente de raça, cor, orientação sexual e nacionalidade, pois, ao universalizar o acesso a saúde, quis o legislador constituinte, afastar todo tipo de preconceito e discriminação, bem como, elevar a saúde a, mais que cuidados básicos, a cuidados fundamentais, buscando aplicar a saúde, como meio de qualidade de vida.

Com a sua criação, o SUS proporcionou o acesso universal ao sistema público de saúde, sem discriminação. A atenção integral à saúde, e não somente os cuidados assistenciais, passou a ser um direito de todos os brasileiros, desde a gestação e por toda a vida, com foco na saúde com qualidade de vida. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019, s/p).

A regulamentação do SUS, ocorreu dois anos após a promulgação da Carta Magna, através das Leis 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e trouxe alguns princípios ao Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1988). Encontra-se os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), nos artigos 196, 197 e 198 da Constituição Federal de 1988, e nos incisos e alíneas do artigo 7º da lei 8.080/1990 (BRASIL, 1990). Dentre os princípios contidos, existem o da universalidade, que deriva do artigo 196, da Constituição Federal de 1988, que narra a saúde como um direito universal e de todos, sendo responsabilidade do Estado a sua manutenção (BRASIL, 1988).

Ainda, é importante frisar que o princípio da equidade busca, “diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017, s/p). O princípio da integralidade tem como missão, a defesa da pessoa, visto que “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.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017, s/p).

O princípio da regionalização busca facilitar a realização dos “serviços que já existem, visando o comando unificado dos mesmos.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017, s/p). Neste caminho, o princípio da hierarquização tem como função, a de realizar “a divisão de níveis de atenção e garantir formas de acesso a serviços que façam parte da complexidade requerida pelo caso nos limites dos recursos disponíveis numa dada região.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017, s/p).

Ademais disso, é de grande importância o princípio da descentralização e comando, que busca elevar a qualidade do nível dos tratamentos de Saúde Pública, mediante divisão da responsabilidade entre as esferas governamentais existentes, pois assim, é possível “garantir o controle e a fiscalização por parte dos cidadãos” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017, s/p), permitindo a cada ente governamental, comandar, sem interferência do outro, a forma de gerir a Saúde Pública, independente de quem esteja, repassando os recursos para realização da política pública aplicada.

O princípio denominado de participação popular busca, efetivar a atividade da sociedade na institucionalização das Políticas Públicas de Saúde, mediante a Conselhos e as Conferências de Saúde, que visam formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017, s/p).

Ainda, importa dizer que, o Ministério da Saúde classifica os princípios da Regionalização e Hierarquização, Descentralização e Comando Único e Participação Popular, como princípios que são organizativos, pois buscam organizar e facilitar a implementação das políticas públicas, bem como ampliar a forma de controle do cidadão sob as referidas políticas implementadas.

Neste contexto, tem os princípios fatores determinantes na condução e administração do Sistema Único de Saúde (SUS), pois, o gestor ao implementar qualquer tipo de política pública, deverá fazê-la de acordo com os princípios que resguardam e norteiam o Sistema Único de Saúde (SUS).

É de se falar, que a criação dos direitos sociais, com a extensão que trouxe a carta política, foi uma conquista da sociedade brasileira, que participou intensamente dos debates na constituinte de 1988, pois, querendo afastar-se de um regime ditatorial, que tratou a sociedade com tamanha crueldade, o constituinte originário, deu voz ao povo e escutou as organizações civis, os sindicatos, as corporações e os movimentos emergentes, conforme expos o Senado Federal.

A Assembleia Nacional Constituinte de 1987-1988 propiciou uma oportunidade inédita de participação política ao povo brasileiro. Em nenhuma das constituições brasileiras anteriores houve a participação da sociedade como na elaboração da Constituição de 1988. O Senado Federal, antecipando-se à própria instalação da Constituinte, criou, em 1986, o projeto Constituição – a voz do cidadão, que procurou mobilizar a sociedade, os grupos sociais e os indivíduos, colocando à disposição, nas agências dos correios de todos os municípios do Brasil, formulários para envio de sugestões aos constituintes. Foram recebidas mais de 72.000 cartas. (SENADO FEDERAL, 2013, s/p).

Milhões de pessoas passaram pela Assembleia Nacional Constituinte, bem como milhares de propostas e projetos foram enviados aos constituintes originários. Conforme ensina Vilhena (2018, p. 147):

estima-se que cerca de 9 milhões de pessoas passaram pela constituinte entre março e novembro de 1987. Foram realizadas 182 audiências públicas, encaminhados 11989 propostas e 6417 emendas e anteprojeto. Nessa etapa, a constituinte funcionou como uma espécie de aspirador de demandas sociais reprimidas por vinte anos pela ditadura militar e com a enorme frustração com a derrota da campanha pelas eleições diretas. A mobilização nesse período não se restringiu as organizações da sociedade civil, ao movimento sindical e ao movimento social que tinham se fortalecido imensamente durante o período de transição.

Ao positivizar o que hoje se conhece como direitos sociais, o constituinte pensou, muito mais do que somente criar normas para obrigar o Estado em seu cumprimento. O constituinte originário demonstrou a sociedade, que ainda estava desconfiada, em virtude da recém saída do regime ditatorial, que ao Estado foi imposto limites e deveres, aos quais estes deveres, vão muito além da ideia de Direito, pois a constituinte de 1988 rompeu com diversos paradigmas, de modo jamais visto no Brasil, ao tentar, ao menos de modo imaginário, inicialmente, realizar a busca da justiça social.

Ao ter sido incluído o direito a saúde na Carta Magna, iniciou-se as mudanças em uma sociedade marcada, historicamente, pelas diferenças de classes, em que o direito a saúde era tido como um favor do Estado, que fazia distinção e escolhas, inclusive de forma autoritária, entre quem seria favorecido com as benesses do tratamento médico ou de vacinas, visto que, aos que possuíam recursos financeiros, se não fosse escolhido para recebimento das benesses do Estado, era possível custear o tratamento necessário e ser curado, ou morrer com o mínimo de dignidade que é devida ao ser humano, conforme ensina Asensi (2010, p. 16):

não havia qualquer instrumento jurídico-legal que garantisse a universalidade deste direito, sendo concentrada no Estado a possibilidade e a discricionariedade de realizar ações em saúde em benefício de uns em detrimento de outros, inclusive de forma autoritária, a exemplo do que se desenvolveu no âmbito da Revolta da Vacina de 1904³.

Ainda, não menos importante, convém destacar que o princípio da dignidade da pessoa humana fortaleceu as garantias fundamentais, visto que “ao se ter a dignidade da pessoa humana positivada, é necessário atentar para sua relação com os direitos e garantias fundamentais, uma vez que ambos objetivam garantir e fomentar a vida boa, guardam entre si certa reciprocidade.” (BERNADES; CALCAGNO, 2012, p. 12).

Os direitos sociais possuem a função de garantir o bem-estar social, que, inclusive, é um direito transnacional, ocorre que, o Brasil é um país que possui grandes

³ A revolta da vacina foi um movimento que ocorreu no ano de 1904, após a aprovação de uma lei que autorizava o estado a entrar nas residências e vacinar as pessoas em razão da proliferação da varíola, mesmo sem o consentimento do cidadão. Diga-se que, o referido projeto de lei foi motivado pelo fato de que “Em 1904, a capital federal registrara quase sete mil casos de varíola” (HOCHMAN, 2011, p. 377). Neste sentir, se faz necessário destacar que a referida lei ficou conhecida “pela população de “Código de Torturas” – foi o estopim para a eclosão de uma revolta que reuniu grupos com motivações e objetivos muito diferentes.” (HOCHMAN, 2011, p. 378). Pois alguns dos participantes da revolta das vacinas eram adeptos da monarquia, e tinham como objetivo reinstaurar o império.

riquezas, entretanto, os cidadãos que aqui habitam, ainda vivem em uma modernidade periférica, pois, a declaração da Carta Magna de 1988, no que tange a concretização dos direitos sociais com a universalidade e plenitude que estabelece a própria Carta política de 88, ao não ser efetivada, torna-se em uma Constituição com fundamentos ideológicos. Entretanto, simbólica Neves (2018, p. 225), ensina que a

função “positiva” do simbolismo, o seu aporte à evolução para realização e ampliação dos direitos fundamentais, claramente não tem sido efetuada na modernidade periférica, como no caso do Brasil. Neste, as declarações constitucionais de direitos fundamentais desempenham, antes, um papel simbólico-ideológico (cf. supra Cap. II. 3.3 e Cap. III. 3.2.4). Assim, seria um equívoco equiparar a problemática dos direitos fundamentais no Estados de direito da Europa e da América do Norte com a situação do Brasil.

O alcance do Direito Fundamental de seguridade social, precisa, primeiro encontrar vontade dos agentes políticos, para que seja implementada políticas públicas de inclusão social, a fim de amparar toda a sociedade carente, pois a ausência de políticas públicas, que busquem disponibilizar recursos para utilização em saúde, torna a eficácia dos direitos fundamentais de seguridade social simbólica, uma vez que “o Estado de bem-estar, no Brasil não ocorreu uma neutralização das desigualdades econômicas no plano do direito e da política.” (NEVES, 2018, p. 227). É de se dizer que a aplicação no Mínimo Existencial como garantia fundamental em direitos sociais, deve ser rejeitada, pois, não se pode exigir daquele que obtém parcela da riqueza da sociedade através de impostos, que socialize a distribuição da riqueza na busca de incluir aquele que menos possui recursos somente para garantir o Mínimo Necessário à sua existência. Moreira e Souza (2018, p. 142-143) afirmam que:

a implantação do SUS foi um grande passo para garantia do acesso a saúde de uma forma ampla e geral, entretanto, diante das imensas dificuldades que o próprio sistema enfrenta, a sensação que temos é que a obra está inacabada.

A boa governança pública, o planejamento, a honestidade dos agentes políticos e a aplicação efetiva do orçamento planejado, tende a retirar os direitos fundamentais sociais do campo do simbolismo ideológico, visto que o Brasil arrecadou somente no ano de 2018, o valor de R\$: 2.388.541.488.792,42 (dois trilhões, trezentos e oitenta e oito bilhões, quinhentos e quarenta milhões, quatrocentos e oitenta e oito mil, setecentos e noventa e dois reais e quarenta e dois centavos), com tamanha cifra, é impossível crer no argumento de ausência de recursos financeiros para capitalizar a Saúde Pública, a fim de alcançar o Máximo Existencial, na aplicação dos direitos fundamentais.

A corrupção de agentes políticos do executivo e legislativo, demonstram que, em sua maioria, não estão preocupados com a boa governança, entretanto, de forma reflexa, demonstrou a corrupção corporativa governamental, que existem sim, recursos disponíveis e sem uma boa destinação. A título de exemplo, o Ministério Público Federal, em 04 de novembro de 2019, informou em seu site eletrônico que, em virtude da Operação Lava Jato, recuperou a quantia de 14,3 bilhões de reais desviados.

Ora, compete aos agentes políticos eleitos, cumprir a missão recebida, que foi outorgada pela sociedade quando das escolhas nas urnas, e aplicar uma boa governança com políticas públicas eficazes, para realizar a transferência de recursos, para incluir os menos favorecidos, de forma adequada, garantindo os direitos fundamentais, a fim de possibilitar que o bem-estar se transforme em “Estado valioso que deva ser alcançado pelo indivíduo mediante a autorrealização.” (DANTAS, 2019, p. 365).

Autorrealização está associada a qualidade de vida, e são coisas que não estão distantes da ideia de Saúde Pública digna, não se aplicando somente a aqueles que não possuem enfermidade. A autorrealização deve ser vista como “um conceito de vários domínios, multidimensional e abrangente, que complexamente abrange domínios como a saúde física, estado psicológico, nível de independência, relacionamentos sociais, crenças pessoais.” (SOUSA; PINHO; PEREIRA, p. 92,).

Portanto, para que seja alcançado a autorrealização, bem como a qualidade de vida, é necessário afastar-se do Mínimo Existencial como Direito Fundamental, realizando uma análise direcionada das reais necessidades existenciais da sociedade, com a real possibilidade financeira do Estado.

Assim, paulatinamente poderá o Estado alcançar a aplicabilidade e, por consequência, a garantia dos direitos sociais e fundamentais ao Máximo Existencial que “consiste no direito a progressiva, contínua, gradual e processual ampliação dos níveis essenciais de prestação até a satisfação suficiente da necessidade existencial necessária ao bem-estar individual.” (DANTAS, 2019, p. 366). Diferente de outrora, o direito a saúde não é mais um favor, uma benesse do Estado. Entra Governo e sai Governo, e a Saúde Pública no geral, continua uma calamidade social, principalmente nos Estados e Municípios nordestinos, que possuem os menores índices de Índice de Desenvolvimento Humano (IDH).

O modelo econômico neoliberal vem devastando a sociedade, na tentativa de fomentar a economia, trazendo muito sofrimento aos seres humanos. Neste sentido, querendo alterar esta realidade, e na tentativa de melhorar a qualidade de vidas humanas “a ONU reuniu a Cúpula do Milênio, em 2000, durante a qual 192 estados membros assumiram o compromisso formal de realizar oito objetivos, em busca da paz, do desenvolvimento, dos direitos humanos e das liberdades fundamentais.” (ANDRADE; GOUVEIA; D’ÁVILA; CARNEIRO; MASSUD; GALLO, 2012, p. 417).

Entretanto, o Brasil ao aderir o compromisso formal, apenas ratificou que descumpria e permanece descumprindo a Constituição Federal de 1988, no que toca ao objeto deste trabalho, pois não é necessário assumir, formalmente, compromisso perante a Organizações das Nações Unidas (ONU), para efetivar políticas públicas de desenvolvimento dos direitos humanos e liberdades fundamentais, se a própria lei maior do país já impõe esta obrigação.

Neste diapasão, é com tamanha lucidez que Neves (2018, p. 220) afirma que, “apesar da normatização constitucional oficial, continua como dantes, não havendo institucionalização (consenso suposto) nem identificação generalizada de sentido de direitos fundamentais”. A boa governança e boa aplicação de políticas públicas em direitos de seguridade social, em especial em Saúde Pública, necessita que seja realizada, de modo a retirar o Brasil da modernidade periférica.

É impossível negar que não houve avanços no SUS, a despeito da política neoliberal implementada, que resultaram em cortes de verbas de saúde, entretanto, os avanços que houveram no Brasil não acompanharam os avanços medicinais e da ciência mundial, conforme ensina Andrade, Gouveia, d’Ávila, Carneiro, Massud e Gallo (2012, p. 418):

neste país o ideal de universalidade do Sistema Único de Saúde não funciona como deveria e, mesmo que se admitam avanços qualitativos e quantitativos ao longo do tempo, eles são desproporcionais aos avanços da Medicina e das ciências em geral, ao processo civilizatório, ao desenvolvimento econômico, à abertura democrática, às riquezas nacionais e ao potencial de trabalho do brasileiro.

Seria inimaginável a vinte anos atrás pensar nas realizações dos feitos atuais, posto que, os cientistas hoje buscam decodificar o DNA humano, ao passo que no Brasil, “35% da população nordestina e 53% dos nortistas não têm acesso à rede geral de abastecimento de água; que metade desse mesmo povo desconhece o que seja coleta pública de lixo.” (ANDRADE; GOUVEIA; D’ÁVILA; CARNEIRO; MASSUD;

GALLO, 2012, p. 418). Merece destaque o fato de que o saneamento básico é um dos fatores determinantes da correlação Saúde x Doença.

Nesse passo, é necessário empregar os recursos públicos, de modo a manter a qualidade de vida e o bem-estar àqueles que já possuem, bem como, de iniciar o processo de implantação da qualidade de vida e o bem-estar social a aqueles que vivem na condição de miserabilidade, pois somente após ofertar os direitos sociais ao Máximo Existencial, mesmo que progressivamente, é que o Estado cumprirá sua função social de integralizar e incluir os menos favorecidos, em um contexto de vida digna, no sentido de viver plenamente, deixando o direito a saúde de ser um direito periférico, e passando a ser um direito essencialmente social, com aplicação efetiva, saindo da ideia do simbolismo-idealizado, como mencionado por Neves (2011), pois o direito a saúde digna não é um direito imaginário, e sim, passando a ser visualizado como um verdadeiro direito real de todos aqueles necessitam de Saúde Pública.

4 EMENDA CONSTITUCIONAL Nº. 95/2016

Este capítulo tem como objetivo, analisar a eficácia da Emenda Constitucional nº. 95/2016 e a recuperação da economia, e com a finalidade de facilitar ao leitor, se faz necessário trazer algumas considerações iniciais, de onde partiu e sobre como tramitou a Proposta de Emenda Constitucional (PEC), que culminou na Emenda Constitucional nº. 95/2016, aprovada pelo Congresso Nacional, no ano de 2016.

O Projeto de Emenda Constitucional foi oferecido pelo chefe do poder executivo federal, no ano 2016, buscando a implantação de um novo regime fiscal, tramitando na Câmara dos Deputados, sob o nº. de PEC 241, e, após aprovada pelos Deputados, foi remetida ao Senado Federal, tramitando nesta última casa, sob o nº. de PEC 55. Ao ser aprovada, transformou-se na famigerada Emenda Constitucional nº. 95/2016, objeto desta pesquisa.

É de conhecimento comum que, com a promulgação da Constituição Federal de 1988, o Brasil ratificou a forma de política pública, voltada para o sistema capitalista já implantado, visto que, assegurou o direito à propriedade privada, garantindo a troca da força de trabalho, mediante o pagamento de uma remuneração, que não podia ser inferior ao um salário mínimo, ou inferior a hora do salário mínimo, para aqueles contratos de trabalhos pagos, mediante contabilização da hora trabalhada (BRASIL, 1988).

A base do sistema capitalista é a economia, e quando o pêndulo da balança em que estão as despesas, está mais pesada que o pêndulo da balança, que está a arrecadação, se faz necessários medidas de austeridade fiscal, a fim de equilibrar a despesa e a arrecadação.

A Emenda Constitucional nº. 95/2016, foi promulgada, exatamente, em razão da propalada escassez de recursos, e previsão de um colapso econômico futuro na economia interna do país, diante da grave crise financeira que enfrentava e, ainda enfrenta o Brasil. Defendia os consultores do Senado Federal e entusiastas da reforma fiscal, que a “proposta de regra fiscal contida na PEC 241/2016, centrada no controle da despesa, tem em mira a sustentabilidade da dívida pública.” (COURI; BIJOS, 2016, p. 6).

Após o Brasil sucumbir em 2010 a crise mundial de 2008, a dívida pública do país aumentou de forma considerável, e no ano de “2014, pela primeira vez desde o começo da série histórica do Tesouro Nacional iniciada em 1997, as despesas

primárias da União superaram as receitas primárias” (COURI; BIJOS, 2016, p. 7). Neste entoar, caso não ocorresse modificações na quantidade de recursos gastos, e não na forma de como se gasta os ativos financeiros públicos, o país, em pouco tempo, iria à bancarrota, visto que, criavam-se as despesas públicas primárias em investimento de direitos sociais, sem o conhecimento da real capacidade de pagamento do Governo Federal, posto que o valor investido, estava atrelado ao crescimento econômico do Brasil.

A despeito da reforma fiscal quanto as despesas primarias que ocorreu no ano de 2016, com Emenda Constitucional nº. 95/2016, não houve reforma na lei de responsabilidade fiscal, conforme afirma Vasconcelos Filho (2019, p. 60):

o primeiro ponto relevante é que a EC 95/2016 não revoga nenhuma das regras fiscais já existentes. Continuam existindo, portanto, as metas fiscais que devem acompanhar a lei de diretrizes orçamentárias, conforme o art. 4º, § 1º, da Lei de Responsabilidade Fiscal. No entanto, é natural que, na fixação dessas metas, seja considerado o efeito que o teto de gastos terá sobre a evolução da despesa primária e da dívida pública.

Ao instituir a Emenda em comento, buscou-se, então, alterar os atos das disposições constitucionais transitórias (ADCT), para gerar um mecanismo de obstáculo à criação das despesas primárias, em razão da ausência de conhecimento da real capacidade econômica financeira do Estado, no exercício financeiro seguinte, para que, assim, as despesas fossem aplicadas, de acordo com valores já conhecidos e subsidiado, em ano pretérito pelo Governo Federal, conforme consta nos artigos 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113 e 114 incluídos no atos das disposições constitucionais transitórias (BRASIL, 1988).

Como já mencionado, o objetivo da reforma em comento, é equilibrar as despesas públicas, a fim de evitar que as despesas primarias sejam superiores a arrecadação. Entretanto, é importante destacar que, de forma incongruente a referida emenda, apenas limitou os gastos em despesas primarias, não criando um limite para as despesas financeiras, decorrentes de pagamento de serviços, assim sendo, não existe um limite geral de despesas para o Governo Federal (VASCONCELOS FILHO, 2019).

O artigo 106 dos atos das disposições constitucionais transitórias, estabeleceu o prazo de 20 (vinte) anos de eficácia das disposições, contidas no artigo 106 a 114, iniciando, assim, a vigência das normas no ano de 2017, com término previsto para o ano de 2036, para que os obstáculos criados, a fim de evitar as despesas, por si só, perca sua eficácia (BRASIL, 1988).

Em virtude da contenção de gastos, implantada pela Emenda Constitucional número 95/2016, criou-se a expectativa de que o país iria crescer economicamente e teria um superávit primário, ao longo dos anos.

O objetivo do novo instrumento de gestão fiscal é que, sendo conhecido *ex ante* o montante máximo que poderá ser executado, a alocação dos recursos disponíveis ocorra de forma mais racional, uma vez que o aumento de gasto sem uma rubrica implicará necessariamente a redução de gastos em outra(s). Por outro lado, considerando a expectativa de crescimento do país nos próximos exercícios, a estabilização do gasto deve gerar um superávit primário que poderá ser utilizado para reduzir a dívida pública. (VASCONCELOS FILHO, 2019, p. 61).

Partindo da premissa que os gastos seriam alocados de forma planejada, em razão do conhecimento prévio do máximo de recursos disponível, como estipula o artigo 107 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, os limites e parâmetros individualizadores, criados das despesas primárias, para cada setor do Governo Federal, progressivamente, deve ser atualizado (BRASIL, 1988).

O parâmetro escolhido pelo constituinte, para o exercício financeiro de 2017, para aquelas despesas primárias que não estão vinculadas a direitos sociais, foi “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)” (BRASIL, 1988, s/p), já para os demais anos, a atualização dos gastos com despesas primárias devem ocorrer, utilizando o “valor do limite referente ao exercício imediatamente anterior, corrigido pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).” (BRASIL, 1988, s/p).

Em razão da expectativa de crescimento econômico, com a redução de gastos primários, foi facultado ao Presidente da República, propor projeto de lei complementar, após o décimo exercício financeiro da Emenda Constitucional, a fim de modificar a forma de contabilização das correções para os demais anos.

Criou, assim, o constituinte reformador, uma espécie de defesa que impede que ocorra diversas propostas de lei, a fim de alterar a forma de correção, pois somente poderá o Presidente da República, propor projeto de lei complementar no décimo primeiro exercício financeiro, e, uma vez a cada mandato, ou seja, considerado que cada mandato presidencial no Brasil, corresponde a 4 (quatro) anos, somente poderá ser proposto 3 (três) projetos de lei complementar, para modificar a forma de correção dos valores investidos com gastos primários (BRASIL, 1988).

No que toca a saúde, a modificação da forma de investimento ocorreu de modo mais agressivo, uma vez que era obrigada a União, investir o percentual mínimo

de 15% da receita corrente líquida, e após a vigência da Emenda Constitucional, a forma de contabilização para o ano de 2017, ocorreu de acordo com o percentual mínimo de 15% da receita corrente líquida, e nos anos posteriores, o valor a ser aplicado é o mínimo destinado no ano de 2017, corrigido pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) (BRASIL, 1988).

Observa-se, então, que a Emenda Constitucional nº. 95/2016, não congela os gastos em Saúde Pública, ela impossibilita a forma de investimento de acordo com o mínimo de 15% da receita corrente líquida, pelo período de 20 (vinte) anos, pois, mesmo que queira o Presidente da República no décimo primeiro ano retomar, a forma de investimento de acordo com percentual mínimo da receita corrente líquida, não poderá fazer, visto que, qualquer modificação a ser realizada, somente poderá ocorrer mediante lei complementar, e para que ocorra qualquer modificação no sentido de voltar a ser aplicada o percentual mínimo da receita corrente líquida, seria necessário uma nova Emenda Constitucional, que revogue a Emenda Constitucional nº. 95/2016.

4.1 DA (IN) CONSTITUCIONALIDADE DA EMENDA CONSTITUCIONAL Nº. 95/2016

A Emenda Constitucional nº. 95/2016, através do artigo 112, Inciso II, do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias foi expressa, ao afirmar que as normas criadas com a Emenda Constitucional em testilha, “não revogam, dispensam ou suspendem o cumprimento de dispositivos constitucionais e legais que disponham sobre metas fiscais ou limites máximos de despesas.” (BRASIL, 1988, s/p).

Ou seja, a Emenda Constitucional nº. 95/2016, não revogou, dispensou ou suspendeu o cumprimento e efetividade de normas constitucionais que tratam de forma contrárias as disposições contidas na referida emenda. Nesse contexto, é que as emendas devem estar, de acordo com normas e princípios constitucionais, sob pena de ser declarada inconstitucional. A fim de facilitar o entendimento da leitura, se faz necessário, ao menos de forma sucinta, diferenciar Norma Constitucional Originária, de Norma Constitucional Derivada.

As Normas Constitucionais Originárias que existem hoje no ordenamento jurídico, nasceram com a Constituição Federal, no ato de sua promulgação em 1988, e são “aquelas que instaura uma nova ordem jurídica, rompendo por completo com a ordem jurídica precedente.” (LENZA, 2009, p. 112). Para a Norma Originária, não há limites, subordinação ou qualquer vinculação que lhe impeça de romper barreiras

sociais, culturais, políticas, jurídicas, etc. As emendas constitucionais são normas que surgem, em razão da possibilidade de se alterar a norma constitucional originária, através do poder constituinte derivado reformador, visto que,

em síntese: o poder reformador, frequentemente referido como poder constituinte derivado, é um poder de direito, e não um poder soberano. Por via de consequência, somente poderá rever a obra materializada na Constituição originária observando as formas e parâmetros nela estabelecidos. Essa é a prova, aliás, de que o poder constituinte originário, mesmo na sua latência, continua a se fazer presente. Os limites impostos ao poder de emenda ou de revisão da Constituição costumam ser sistematizados pela doutrina em temporais, circunstanciais formais e materiais. (BARROSO, 2012, p. 171).

É que, o poder constituinte derivado é limitado, subordinado e vinculado, estritamente, ao que estabelece as normas constitucionais originárias, pois o processo de reforma da Constituição Federal Brasileira, se dá de modo rígido, em razão da necessidade de o Projeto de Emenda Constitucional ser “votada em cada Casa do Congresso Nacional, em dois turnos, considerando-se aprovada se obtiver, em ambos, três quintos dos votos dos respectivos membros.” (BRASIL, 1988, s/p). As correntes que seguram as reformas da Constituição Federal, devem ser fortes, tal qual as amarras que seguraram Ulisses⁴, quando este passou pela ilha das sereias e aos seus cantos “cuja harmonia adormenta e fascina os que as escutam.” (MENDES, 2009, s/p), ineditamente, não o sucumbiu.

Conta a lenda que, enquanto navegava, Ulisses necessitou transitar próximo a ilha das sereias, e, para concretizar tal necessidade de tráfego, a fim de evitar ficar hipnotizado com os cantos das sereias e acabar lançando o navio nas rochas para afundar, e com isso morrer, juntamente com os membros de sua embarcação, Ulisses colocou cera nos ouvidos dos marujos e determinou que “ao mastro em cordas Atam-me pés e mãos” (MENDES, 2009, s/p) bem como que “ao longo do mastro em rijas cordas. E se pedir me desateis, vós outros De pés e mãos ligai-me com mais força.” (MENDES, 2009, s/p), e assim, diante das amarras, Ulisses foi o único a conseguir ouvir o canto das sereias, ficar hipnotizado com o mesmo, e não lançar a embarcação nas rochas (MENDES, 2009).

Ora, a rigidez insculpida na Constituição Federal de 1988, denota a vontade do constituinte originário de se ter um processo de modificação constitucional tão forte e resistentes a cantos harmônicos hipnotizadores, quanto as amarras utilizadas por

⁴ A referência a Ulisses remete a um herói grego, citado no conto a Odisséia, que foi escrito por Homero no século VIII antes de cristo, e traduzido ao português por Manoel Odorico Mendes.

Ulisses, tão é real esta afirmação, que estabeleceu o constituinte originário, clausula na Constituição de 1988 que são imutáveis, frente a condição de serem pétreas.

É que narra o artigo 60, § 4º, Inciso I, II, III, IV e V, da Constituição Federal que “não será objeto de deliberação a proposta de emenda tendente a abolir; a forma federativa de Estado; o voto direto, secreto, universal e periódico; a separação dos Poderes; os direitos e garantias individuais.” (BRASIL, 1988, s/p). Desse modo, os direitos sociais foram incorporados no ordenamento jurídica brasileiro, através da Constituição promulgada em 1824.

É interessante também assinalar a presença de direitos sociais na Constituição de 1824 no rol do art. 179: o direito aos socorros públicos (XXXI) e o direito à instrução primária gratuita a todos os cidadãos (XXXII), apesar de os direitos sociais serem um evento próprio do século XX. (GROFF, 2008, p. 107).

Ocorre que, tais direitos não eram destinados a todos os cidadãos, pois a Constituição de 1824, visava atender interesses da sociedade aristocrática, e conceituava escravos como objetos, e, portanto, eram passíveis de serem propriedade de outros seres humanos.

Os direitos sociais são sinônimos de igualdade, ao passo que os direitos civis são sinônimos de liberdade, e, no momento em que não se tem igualdade entre os povos de um mesmo país, bem como numa sociedade, em que as pessoas de pele escura eram consideradas objetos, e não seres humanos, posto que não possuíam direitos civis, não é possível crer em efetividade de direitos sociais, frente ao desrespeito aos princípios naturais, que possui norte na proteção a vida humana.

A despeito da ausência de igualdade, no tratamento do Estado com os cidadãos pobres e ricos, bem como com a ausência de direitos civis para os escravos, repita-se, o que absurdamente o tornava objeto, a Constituição Federal de 1891, trouxe um verdadeiro retrocesso nos direitos sociais, para aqueles que o possuíam, em razão da proteção que era garantida pela posição social, uma vez que,

suprimiram-se as normas relativas aos socorros públicos e à instrução pública que constituíam verdadeiras inovações da Constituição do Império. A Constituição de 1891 desenhou, portanto, os contornos de um Estado meramente liberal, ratificando a concepção de cidadania já ostentada pela Constituição do Império, limitando-se a introduzir algumas inovações. (BONTEMPO, 2006, p. 36).

Neste entoar, os direitos sociais voltaram a serem incorporados, gradualmente, no ordenamento jurídico brasileiro, visto que,

na fase final da Primeira República, surgiram algumas legislações de cunho social, embora apenas no nível infraconstitucional. Isso em decorrência das ideias surgidas e expandidas pelas nações vitoriosas da Primeira Grande Guerra (1914-1918). A primeira delas surgiu em 1919 e foi a primeira Lei de Acidentes do Trabalho. Depois, em 1924, apareceu a Lei Eloy Chaves, que criou o primeiro Instituto de Aposentadorias, o dos Ferroviários. Posteriormente, em 1926, surgiu a primeira Lei de Férias para trabalhadores. (GROFF, 2008, p. 111).

Reingressou os direitos sociais na Carta Política Suprema do Brasil, em 1934, no período da ditadura de Getúlio Vargas, em razão dos movimentos sociais dos trabalhadores, que buscavam maiores proteções, tendo sido incluídos na Constituição Federal Direitos do Trabalho, direito a saúde, que era vinculada ao trabalho formal, conforme mencionado no transcurso desta investigação, bem como “a Constituição criou a Justiça do Trabalho (art. 122), vinculada ao Poder Executivo” (GROFF, 2008, p. 114), visto que, foi reservado um espaço na Constituição, que tratava, especificamente, sobre a ordem econômica e os direitos sociais.

Em razão do regime ditatorial, em 1937, foi criada uma nova Constituição Federal, que, em nada acrescentou aos direitos sociais, posto que, “em qualquer regime ditatorial, não há espaço para os direitos fundamentais, ou seja, são incompatíveis o regime ditatorial e os direitos fundamentais” (GROFF, 2008, p. 116), entretanto, a despeito de todas as violações aos direitos individuais e garantias fundamentais, em 1943, ainda sob a égide da ditadura, foi criada a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), que estendeu os direitos trabalhistas, ampliando, assim, e organizando os direitos sociais, mediante norma infraconstitucional.

Após o fim da Segunda grande Guerra Mundial, que durou de 1939 a 1945, e, em razão do Brasil ter participado da Guerra, ao lado de países liberais e que lutaram contra o regime nazista instaurado na Alemanha, e querendo afastar-se do regime ditatorial do primeiro Governo de Getúlio Vargas, foi promulgada uma nova Constituição Federal em 1946, que manteve o respeito as normas sociais trabalhistas e securitárias, conforme ensina Menezes (2015, p. 44):

com esse sentimento foi instaurada a assembleia nacional constituinte, e, em 18.09.1946, foi promulgada a Constituição da Republica dos Estados Unidos do Brasil, que, ao contrário das anteriores, não foi elaborada com base em um projeto preordenado, e no capítulo intitulado “Da ordem Econômica e Social”, em seu artigo 145, dispunha: *a ordem econômica deve ser organizada conforme os princípios da justiça social, conciliando a liberdade de iniciativa com a valorização do trabalho humano.*

Ora, a despeito da referida Carta Política ter sido criada para romper barreiras ditatoriais, o trabalho humano não era respeitado como pretendia que fosse a

Constituição Federal de 1946, pois os direitos de seguridade social não abrangiam todos os trabalhadores, visto que, não haviam Políticas Públicas de Saúde para os trabalhadores rurais, uma vez que a economia brasileira, ainda era sustentada pelo agronegócio, e havia o temor de organização dos trabalhadores, no sentido de reivindicar direitos e prejudicar a economia, criando as Políticas Públicas de Saúde, um rompimento com o princípio da igualdade entre povos de uma mesma nação, que tem como fundamento, os direitos sociais, posto que os trabalhadores urbanos àquela época, já possuíam direitos de seguridade social, mesmo que vinculado ao trabalho formal.

Em 1964 ocorreu o golpe militar, iniciando, assim, um período de grande repressão a direitos individuais e garantias constitucionais, ao passo que 1967, foi promulgada uma nova Constituição Federal, tendo sido, posteriormente, em 1969, editada a Emenda Constitucional número 01, que se tratava de uma nova Constituição Federal, sob a ótica de emenda (GROFF, 2008).

Após a aprovação da Constituição, em 1967, o País sofreu um golpe em 1969, quando uma junta militar assumiu o poder e impôs revisão por meio de Emenda Constitucional 1 que, embora tenha representado um retrocesso nos direitos civis e políticos, não interferiu nos direitos sociais trabalhistas (MENEZES, 2015, p. 45).

A despeito do mencionado retrocesso nos direitos civis e políticos, no período ditatorial, não houve retrocesso nos direitos sociais, tendo sido o período anterior a Carta Magna de 1988, em que mais se ampliou os direitos sociais e, em especial, o direito a saúde, pois, “na época ditatorial, o período Médici (1969-1974), considerado como “anos de chumbo”, foi paradoxalmente, o período que obteve o maior crescimento econômico” (MENEZES, 2015, p. 45).

É que o regime militar, aliado a política econômica liberal, possibilitou a abertura para investimento de capital estrangeiro, permitindo, assim, a vinda de empresas multinacionais ao Brasil, o que, por consequência, levou o país a prosperar economicamente.

Com a queda do regime ditatorial, a democracia foi reestabelecida em sua plenitude com a Constituição Federal de 1988, a referida carta política, rompendo com paradigmas e retrocessos a direitos civis e políticos, bem como ampliando direitos sociais, estabeleceu, já em seu preambulo que,

nós, representantes do povo brasileiro, reunidos em Assembleia Nacional Constituinte para instituir um Estado Democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-

estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social e comprometida, na ordem interna e internacional, com a solução pacífica das controvérsias, promulgamos, sob a proteção de Deus, a seguinte CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. (BRASIL, 1988, s/p).

Os direitos sociais são garantias constitucionais que se encontram localizados no título II, capítulo 2 (dois) da Carta política, que trata “Dos Direitos e Garantias Fundamentais.” (BRASIL, 1988, s/p).

Neste contexto, a Carta de 1988, cumprindo o quanto narrado em seu preambulo, buscou estabelecer a igualdade entre o povo brasileiro, em especial no tocante ao direito à saúde, uma vez que estabeleceu em seu artigo sexto⁵: “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, s/p).

Conforme já narrado, a Constituição possui amarras que são impossíveis de serem desfeitas, a não ser que sejam, através da promulgação de uma nova Constituição, é que, o constituinte originário, buscando evitar que o constituinte derivado reformador fosse hipnotizado pelo canto das sereias⁶, e a fim de evitar a violação do princípio do retrocesso social, bem como do progresso da humanidade, estabeleceu que não é permitido Emenda Constitucional, que busca abolir direitos e garantias individuais (BRASIL, 1988)

Não é demais repisar, que a Emenda Constitucional em análise, através do artigo 110, Inciso I e II do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, modificou a forma de investimento público em saúde, para que, no ano de 2017, ocorresse o investimento, de acordo com o percentual mínimo de 15% da receita corrente líquida, e nos anos posteriores, o valor a ser investido, deve ser o total destinado no ano anterior, corrigido pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) (BRASIL, 1988).

Ora, ao estabelecer nova forma de investimento em Saúde Pública, com redução de recursos, a referida emenda atingiu o núcleo do que estipula o artigo 60, §4º Inciso IV da Constituição de 1988, visto que, a despeito de não abolir totalmente as garantias individuais, uma vez que os direitos sociais compõe o rol de direitos e

⁵ O direito ao transporte foi incluindo como direito social no ano de 2015, através da emenda constitucional nº. 90.

⁶ Vide a analogia da lenda de Ulisses citada neste capítulo.

garantias fundamentais constante, no título II da Constituição Federal de 1988, reduziu a quantidade de numerários de recursos financeiros a ser investido em saúde, pelo período de 20 (vinte) exercícios financeiros, e tal supressão é uma abolição parcial das garantias individuais, existente anteriormente a vigência da Emenda em debate, no que toca a extensão de recursos destinados a saúde.

O direito social, em especial a saúde, trilhou longo caminho, no sentido de ser pleno e universal, tendo sido, contraditoriamente, respeitado, nas constituições promulgadas, sob os mantos ditatoriais. Ao passo que a Constituição Federal de 1988 representa a mudança de uma era, a saída de uma sociedade que temia os governantes, para uma sociedade democrática, justa e solidaria, possuindo a Carta Magna o nome de Constituição Cidadã, frente a preocupação em todos os aspectos sociais, encartados pelo constituinte originário, na busca de uma sociedade fraterna, igualitária e respeitosa com os seus semelhantes, pelo que, assim criou, a obrigação estatal de manter a Saúde Pública a todos, de modo irrestrito e indiscriminado.

Ademais, há que se falar que a saúde é Direito Fundamental adquirido pela sociedade, e como tal, é incabível a revogação ou supressão, mesmo que parcial de tal direito, bem como é inconcebível reformas prejudiciais, pois ao reformar de modo a reduzir a capacidade financeira do Sistema Único de Saúde (SUS), a famigerada reforma entra em rota de colisão, também com o princípio da segurança jurídica.

O princípio da segurança jurídica está, intimamente, correlacionado com o princípio da vedação do retrocesso social, estando este último princípio, ancorado no princípio norte da Constituição Federal, quando se trata de direitos humanos, uma vez que o princípio da dignidade da pessoa humana, juntamente com “a segurança jurídica coincide com uma das mais profundas aspirações do ser humano, viabilizando, mediante a garantia de uma certa estabilidade das relações jurídicas e da própria ordem jurídica.” (SARLET, 2010, p. 8).

Ora, a política pública que realizou a implementação da Emenda Constitucional nº. 95/2016, no que toca a modificação dos valores a serem investidos em Saúde Pública, passa a mensagem que, em nome da estabilização da economia nacional, pode ser suprimido qualquer direito, mesmo que seja direito e garantia fundamental. A despeito de ser um dever constitucional do Estado, o financiamento e manutenção da Saúde Pública, não basta somente disponibilizar o direito social de modo mínimo, sem a possibilidade de manter de forma geral as necessidades sociais, posto que

com efeito, a plena e descontrolada disponibilização dos direitos e dos projetos de vida pessoais por parte da ordem jurídica acabaria por transformar os mesmos (e, portanto, os seus titulares e autores) em simples instrumento da vontade estatal, sendo, portanto, manifestamente incompatível mesmo com uma visão estritamente kantiana da dignidade¹³. Para além disso, há que levar em conta que especialmente o reconhecimento e a garantia de direitos fundamentais tem sido consensualmente considerado uma exigência inarredável da dignidade da pessoa humana (assim como da própria noção de Estado de Direito), já que os direitos fundamentais (ao menos em princípio e com intensidade variável) constituem explicitações da dignidade da pessoa, de tal sorte que em cada direito fundamental se faz presente um conteúdo ou, pelo menos, alguma projeção da dignidade da pessoa. (SARLET, 2010, p. 9).

Nesse passo é que se enquadra o princípio da vedação ao retrocesso social, pois, uma vez reconhecido pelo Estado, os direitos fundamentais sociais, em razão da envergadura do princípio da dignidade da pessoa humana, geram o impedimento de, após criado, uma lei infraconstitucional ou norma constitucional mais benéfica à sociedade, venha o Estado, posteriormente, sob quaisquer rubricas, suprimir tais direitos, em razão da segurança jurídica, visto que

o princípio da Vedação de Retrocesso Social, que é um princípio fortemente atrelado aos direitos fundamentais (na sua manutenção), estabelece que o legislador deve criar leis sempre em um caráter de progresso, isto é, visando ao progresso social, não devendo elaborar leis que retrocedam. (DORNELAS, 2020, p 5).

Uma vez positivado conquistas sociais pelo legislador e, criado ou estendidos direitos sociais já existentes, estes deixam de estarem disponíveis para a serem revogados ou reduzida a extensão das garantias sociais.

No ano de 2011, o Supremo Tribunal Federal debruçou-se sob a análise de retrocesso social, em razão de ausência de prestação estatal em direitos sociais, e ao proferir voto no agravo regimental do recurso extraordinário, com agravo nº. 639.337, oriundo do Estado de São Paulo, o Ministro Celso de Mello (2011, p. 161) aduziu que o “princípio da proibição do retrocesso, que, em tema de direitos fundamentais de caráter social, impede que sejam desconstituídas as conquistas já alcançadas pelo cidadão ou pela formação social em que ele vive”. Nesse ínterim, continuou o Ministro Celso de Mello (2011, p. 128-129):

a cláusula que veda o retrocesso em matéria de direitos a prestações positivas do Estado (como o direito à educação, o direito à saúde ou o direito à segurança pública, v.g.) traduz, no processo de efetivação desses direitos fundamentais individuais ou coletivos, obstáculo a que os níveis de concretização de tais prerrogativas, uma vez atingidos, venham a ser ulteriormente reduzidos ou suprimidos pelo Estado. Doutrina. Em consequência desse princípio, o Estado, após haver reconhecido os direitos prestacionais, assume o dever não só de torná-los efetivos, mas, também, se

obriga, sob pena de transgressão ao texto constitucional, a preservá-los, abstendo-se de frustrar – mediante supressão total ou parcial – os direitos sociais já concretizados.

A reforma constitucional imposta pela Emenda Constitucional nº. 95/2016, ao reduzir o montante financeiro destinado ao financiamento público de saúde por 20 (vinte) anos, ao tempo de sua criação, gerou uma deforma na Carta Magna, pois colocou em vigor àquele tempo norma inconstitucional, frente a vedação do retrocesso social.

Ora, mesmo havendo uma exacerbada rigidez no processo de reforma constitucional brasileiro, convém ressaltar que, há um claro conflito entre a Emenda Constitucional nº. 95/2016, e as cláusulas pétreas que impedem a abolição de garantias individuais, salta aos olhos que, ao reduzir a forma de investimento em Saúde Pública, criou o constituinte reformador, uma desestabilização no ordenamento jurídico constitucional pátrio, vez “que certas balizas fundamentais não podem ser alteradas, pois descaracterizaria a sociedade que o Poder Constituinte Originário pretendia estabelecer.” (VELOSO, 2019, p. 81).

Nesta senda, em razão dos cortes no investimento em Saúde Pública, que gera violação de Direito Fundamental social securitário, que prega pela igualdade entre o povo brasileiro, causando, assim, um retrocesso social, e violação de garantias individuais, mesmo que de forma parcial, a referida Emenda Constitucional nº. 95/2016, ao tempo de condições de saúde vividas à época de sua promulgação, caracterizou-se como inconstitucional, no que toca a sua materialidade, frente a redução do valor destinado ao investimento e financiamento em Saúde Pública.

4.1.1 Os reflexos da COVID-19 no financiamento da Saúde Pública

O mundo sofreu um duro golpe em virtude da pandemia causada vírus SARS-CoV-2, que trouxe a doença denominada de COVID-19, tendo sido iniciada a propagação do vírus na cidade de Wuhan, província de Hubei, que fica localizada na República Popular da China e logo se disseminou por todo o globo terrestre.

Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial de Saúde declarou que o mundo vivia uma pandemia, bem como indicou, como forma de prevenção à doença e como meio de evitar a disseminação, que as pessoas entrassem em modo de isolamento social, uma vez que havia sido confirmado “mais de 820 mil casos e mais

de 40 mil mortes em decorrência da infecção pela COVID-19, até o dia 1º de abril de 2020.” (SARTI; LAZARINI; FONTENELLE; ALMEIDA, 2020, p. 1).

Nesse contexto, segundo a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), “foram confirmados no mundo 5.701.337 casos de COVID-19 (107.740 novos em relação ao dia anterior) e 357.688 mortes (4.354 novas em relação ao dia anterior) até 29 de maio de 2020.” (OPAS, 2020, s/p). Até o dia de 01 de abril de 2020 “Estados Unidos, Itália, Espanha e China eram os países com maior número de casos, demonstrando que o vírus se expande agressivamente em locais com distintas características sociais e econômicas.” (SARTI; LAZARINI; FONTENELLE; ALMEIDA, 2020, p. 1).

De modo não diferente aos demais países do globo terrestre, a COVID-19 chegou ao Brasil, tendo sido declarado estado de calamidade pública no dia 20 de março de 2020, através do Decreto Legislativo nº. 6/2020, bem como sido declarado através da portaria nº. 454, de 20 de março de 2020, o estado de transmissão comunitária da COVID-19 em todo o território nacional.

Ocorre que, o presidente do País iniciou uma “caça às bruxas”, na tentativa de transformar tudo e todos que discordam de suas políticas públicas/opiniões, colocando a ciência, como inimiga do país. O que, por consequência, gerou a reação dos demais poderes da República, agravando, assim, o caos que Coronavírus trouxe a Saúde Pública.

Diante das ações do Presidente da República, os governadores dos Estados, a fim de atender as orientações das autoridades sanitárias, suspenderam as atividades não essenciais e determinaram o isolamento social da população, e no âmbito do Estado da Bahia, o Governo do Estado, através do decreto nº. 19.586, de 27 de março de 2020, também declarou situação de emergência em todo o território do Estado.

Mais e mais, foram estabelecidas também medidas pelo Governo Federal, a fim de equilibrar a economia, as relações de trabalho, bem como, em razão da necessidade de oferecer um mínimo vital ao cidadão, num momento de impossibilidade financeira, para custear a sobrevivência dos que são menos favorecidos.

Nesse sentido, foi promulgada a lei 13.982/2020, que instituiu em seu artigo 2º o “auxílio emergencial no valor de R\$ 600,00 (seiscentos reais) mensais ao trabalhador” (BRASIL, 2020, s/p), pelo período de 3 (três) meses, ao passo que foi

editada a Medida Provisória nº. 937/2020, que abriu “crédito extraordinário, em favor do Ministério da Cidadania, no valor de R\$ 98.200.000.000,00 (noventa e oito bilhões e duzentos milhões de reais).” (BRASIL, 2020, s/p).

Ainda, foi promulgada a Medida Provisória nº. 927/2020, que autorizou as partes da relação contratual empregatícia, a “celebrar acordo individual escrito, a fim de garantir a permanência do vínculo empregatício”, (BRASIL, 2020, s/p), possuindo este acordo força superior as convenções coletivas de trabalho, bem como instituiu no artigo 3º, incisos;

I - o teletrabalho; II - a antecipação de férias individuais; III - a concessão de férias coletivas; IV - o aproveitamento e a antecipação de feriados; V - o banco de horas; VI - a suspensão de exigências administrativas em segurança e saúde no trabalho; VII - o direcionamento do trabalhador para qualificação; e VIII - o diferimento do recolhimento do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço – FGTS. (BRASIL, 2020, s/p).

Demais disso, foi editado e publicada a Medida Provisória nº. 936/2020, que tem por finalidade:

Institui o Programa Emergencial de Manutenção do Emprego e da Renda e dispõe sobre medidas trabalhistas complementares para enfrentamento do estado de calamidade pública reconhecido pelo Decreto Legislativo nº. 6, de 20 de março de 2020, e da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (covid-19), de que trata a Lei nº. 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, e dá outras providências. (BRASIL, 2020, s/p).

Nesse contexto, em razão da necessidade do Governo, de manter a economia em atividade, bem como por força de uma norma preexistente, na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), no artigo 486, que narra que:

no caso de paralisação temporária ou definitiva do trabalho, motivada por ato de autoridade municipal, estadual ou federal, ou pela promulgação de lei ou resolução que impossibilite a continuação da atividade, prevalecerá o pagamento da indenização, que ficará a cargo do governo responsável. (BRASIL, 1943, s/p).

A Medida Provisória 936/2020, posteriormente foi convertida na lei 14.020/2020, que autorizou a suspensão do contrato de trabalho por prazo determinado, bem como a redução da jornada de trabalho, com a redução proporcional do salário do trabalhador, ao passo que instituiu um programa de manutenção de renda, visto que transferiu ao Governo Federal, a obrigatoriedade de efetuar o pagamento do benefício emergencial, que não se confunde com o auxílio emergencial, criado pela lei 13.982/2020, para os obreiros que tiveram seu contrato

de trabalho suspenso ou sua jornada reduzida, utilizando como limite máximo para o pagamento, o teto do seguro desemprego.

Ainda, na convergência do Município de Salvador, a Prefeitura criou um auxílio mensal no valor de R\$ 270,00 (duzentos e setenta reais) a ser pago por três meses, a fim de amparar categorias de trabalhadores informais específicos, tais quais:

Baianas de acarajé, Ambulantes, Feirantes, Camelôs, Barraqueiros, Baleiros, Taxistas, motoristas de aplicativo e mototaxistas, com idade superior a 60 anos, Guardadores de carro, Recicladores, Titulares do benefício moradia, em razão de vulnerabilidade social, que não recebam bolsa família, Titulares do benefício moradia, cadastrados pelo Município como população de rua, que não recebam Bolsa Família. (SALVADOR, 2020, s/p).

É louvável os programas de assistências sociais implementados, em razão da pandemia causada pela COVID-19, entretanto, tais programas de forma reflexa demonstram que, em verdade não faltam recursos disponíveis para investimento em Políticas Públicas de Saúde, o que, de fato falta, é vontade dos políticos eleitos para representar a sociedade, e realizar políticas públicas de igualdade e fraternidade.

É que, para combater a COVID-19, o Governo Federal, através da Medida Provisória nº. 924/2020, abriu “crédito extraordinário, em favor dos Ministérios da Educação e da Saúde, no valor de R\$ 5.099.795.979,00, para os fins que especifica” (BRASIL, 2020, s/p), bem como, no dia 02 de abril de 2020, através da Medida Provisória nº. 940/2020, foi aberto “crédito extraordinário, em favor do Ministério da Saúde, no valor de R\$ 9.444.373.172,00, para os fins que especifica” (BRASIL, 2020, s/p), totalizando a quantia de “R\$ 14,3 bilhões de incremento ao orçamento da saúde, destinados, exclusivamente, para o combate à doença.” (BRASIL, 2020, s/p). No âmbito do Município de Salvador, foram destinados pelo Governo Federal para combate ao Coronavírus, até o mês de abril de 2020, o valor no importe de R\$ 48.050.127,75 (quarenta e oito milhões, cinquenta mil, cento e vinte e sete reais e setenta e cinco centavos) (BRASIL, 2020).

Ora, foi necessária uma tragédia mundial, com impacto direto na sociedade e na economia brasileira, para que fosse ainda mais evidenciado que a Saúde Pública é destrutada pelos governantes, pois, o Brasil é um dos poucos países do mundo que possui um sistema único e universal de saúde, entretanto, oferece o Mínimo Existencial em saúde aos cidadãos, quando não falta recursos disponíveis para alcançar o Máximo Existencial, como forma de políticas públicas sociais e securitária.

Uma situação nova exige mudança, a pandemia que vive o mundo causada pela COVID-19, evidenciou a necessidade de mudanças nas Políticas Públicas de

Saúde no Brasil, visto que tal situação obrigou o gestor público a incrementar os valores destinados a Saúde Pública. De igual modo, tornou-se necessários realizar investimentos ao Máximo Existencial para que vidas não sejam perdidas.

Com a destinação extraordinária dos recursos públicos a saúde, foram criados diversos hospitais de campanha, para de modo temporário e emergencial, atender pessoas contaminadas pelo vírus, assim, foi demonstrando, então, que há recursos disponíveis e a disposição do Governo Federal para serem alocados, de modo ordinário em Saúde Pública, e que a política pública de investimento ao Mínimo Existencial deve ser repelida, pois a ideia de utopia da teoria do Máximo Existencial como Direito Fundamental é falácia.

É que o Máximo Existencial “almeja sempre a ultrapassagem, a ampliação dos níveis de prestação habilitantes das capacidades humanas pela supressão suficiente e satisfatória das necessidades.” (DANTAS, 2019, p. 67).

A necessidade de ultrapassar barreiras, entenda-se forma de investimento em Saúde Pública, de acordo com o Mínimo Existencial, que foram criadas em nome da economia e da propalada escassez de recursos, deriva da urgência de proteger a vida, e garantir a dignidade do humano, seja em vida ou no momento de sua morte, visto que “o máximo, assim, não é o impossível e pode ser apreendido em sentido lógico-filosófico da mesma forma que o mínimo, entendido como *conditio sine qua non*.” (DANTAS, 2019, p. 67).

As garantias individuais e fundamentais elencadas na Constituição Federal de 1988, decorre de um movimento mundial no direito constitucional contemporâneo, que busca aumentar o rol de proteção ao ser humano, e redução das desigualdades sociais, como meio de encontrar a igualdade entre os povos.

A busca do Máximo Existencial como Direito Fundamental em Saúde Pública requer a alocação das verbas públicas, de acordo com as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS), para que, assim, possam ser amparados todos, sem qualquer tipo de distinção ou preconceito, pois é irrelevante a cor, condição social, orientação sexual, etc., sendo única e exclusivamente relevante a vida humana.

As Políticas Públicas que visam a recuperação da economia não devem se sobrepor aos direitos e garantias fundamentais sociais, posto que é obrigação estatal, garantir resultados positivos na Saúde Pública, reduzindo, assim, a mortalidade, e criando a igualdade em tratamento de saúde para aqueles que necessitam e não podem custear, ao passo que as Políticas Públicas de Saúde e econômicas devem

andar ancoradas uma na outra, pois o ordenamento jurídico pátrio não tolera que se efetue corte em recursos públicos a serem destinados a saúde, em nome da recuperação da economia, como foi feito com a Emenda Constitucional nº. 95/2016.

4.2 DA NECESSIDADE DA REFORMA CONSTITUCIONAL PARA RETIRAR A SAÚDE DO LIMITE DO TETO DE GASTO INTRODUZIDA PELA EMENDA CONSTITUCIONAL Nº. 95/2016 DIANTE DA PANDEMIA CAUSADA PELA COVID-19

Em um mundo tecnológico que permite se ter um computador no bolso, e realizar comunicação instantânea com qualquer pessoa que esteja em qualquer parte do globo terrestre, e em razão dos avanços da tecnologia em todos os ramos da ciência, não se imaginava que um vírus causaria tamanhas modificações na sociedade, impactando na economia mundial.

O constituinte derivado reformador, ao aprovar a Emenda Constitucional que modificou a forma de destinação de recursos, criando um limite de gastos em despesas primárias, jamais imaginou que a sociedade viveria um panorama que impactaria a economia mundial, sendo o referido impacto tão agressivo para a economia do país, visto que, as mudanças implementadas na forma de investimento, ao tempo da promulgação da Emenda Constitucional nº. 95/2016, contrariava o princípio da vedação do retrocesso social, sendo desfavoráveis aos direitos sociais, uma vez que havia previsão de crescimento econômico, e em contraponto, projetava-se a redução do valor investido em saúde e educação, pois como já mencionado, nos termos do artigo 110, Inciso I e II do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, a forma de investimento público em saúde, passou a ser no ano de 2017, de acordo com o percentual mínimo de 15% da receita corrente líquida, e nos anos posteriores, o valor a ser destinado, passou a ser o total alocado no ano anterior, corrigido pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) (BRASIL, 1988).

Entretanto, a COVID-19 virou o mundo de cabeça para baixo, e literalmente, virou o propósito da Emenda Constitucional nº. 95/2016 de cabeça para baixo, uma vez que buscava-se economizar gastos com despesas primárias, em busca do equilíbrio econômico, pois com a implementação de tal política pública, projetava-se com o passar do tempo um *superávit* primário.

Com tal propósito, retirou-se a obrigatoriedade de se investir em saúde no percentual mínimo de 15% (quinze por cento) da receita corrente líquida anual,

conforme prever o artigo 198, § 2º, Inciso I, da Constituição Federal de 1988, e tornou-se obrigatório o investimento do valor do ano anterior, corrigido pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) (BRASIL, 1988)

Ocorre que, em razão da pandemia, ventilasse a informação de que, ainda que de modo incerto quanto aos percentuais, que o mundo sofrerá uma grande recessão econômica, sendo inclusive superior a causada pela grande guerra mundial, visto que “a crise da pandemia deve levar a uma contração econômica global de 5,2% este ano, a previsão é do Banco Mundial. Essa seria a “recessão mais profunda desde o final da Segunda Guerra Mundial, em 1945.” (ONU, 2020, s/p).

Efetuando um recorte para o Brasil, o Banco Central, no dia 05 de junho de 2020, publicou relatório informando que a projeção da recessão econômica do produto interno bruto brasileiro, diante da atual circunstância, será no importe 6,48% (seis virgula quarenta e oito por cento) (BANCO CENTRAL, 2020).

Ocorre que, em um cenário de recessão econômica a Emenda Constitucional nº. 95/2016, favorece os direitos sociais e agrava ainda mais a situação econômica do país, visto que, mesmo com a crise que afetou a economia, o valor a ser alocado com despesas primárias para o ano de 2021, obrigatoriamente terá que ser superior ao valor alocado no ano de 2020, pois o regramento legal determina que o investimento seja o valor investido no ano de 2020, com a correção da variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (BRASIL, 1988).

Em contraponto, em momento de grande dificuldade, diante de uma das maiores crises de saúde, com as proporções que vem se tomando, talvez seja a maior crise sanitária vivida pela humanidade, a Emenda Constitucional nº. 95/2016, em momento de crise econômica, acaba que, ironicamente, por proteger os direitos sociais e o valor mínimo a ser investido ordinariamente em Políticas Públicas de Saúde.

De nada adiantaria manter a regra do art. 198 da Constituição Federal (fixação do piso de gastos com base na receita corrente líquida) em um cenário de recessão econômica, que traz consigo uma diminuição da receita corrente líquida e um conseqüente prejuízo para o financiamento da saúde. Em certa medida, o Novo Regime Fiscal protege a saúde dos avanços e recuos do PIB, garantindo a manutenção de um dado patamar de recursos mesmo em um cenário de crise econômica. (VASCONCELOS FILHO, 2019, p. 67).

Diga-se que, tal regramento, somente protege a saúde em momento de retração da economia, entretanto, mesmo com a gravidade da pandemia atualmente, o Banco Central do Brasil, em seu relatório datado de 05 de junho de 2020, projeta o

crescimento econômico do Produto Interno Bruto brasileiro, no ano de 2021, em 3,50% (três vírgula cinquenta por cento), 2022 em 2,50% (dois vírgula cinquenta por cento) e 2023 em 2,50% (dois vírgula cinquenta por cento) (BANCO CENTRAL, 2020).

Em momento de crescimento econômico, a alocação de recursos, de acordo com o mínimo de 15% (quinze por cento) da receita corrente líquida anual, implica em bilhões de reais a mais, que seria direcionado, de modo ordinário, à Saúde Pública, se comparado com os valores alocados na vigência da Emenda Constitucional, que criou o teto de gasto.

Em um país que tem como missão, efetuar a igualdade do povo e o realiza, também, através do sistema de transferências de renda e proteção social, o teto de gasto, no que toca ao investimento em Saúde Pública, é incongruente com a política pública igualitária, que busca equiparar o povo, dentro de um sistema capitalista neoliberal, de exploração daqueles que estão na base da pirâmide da sociedade.

Neste passo, a senadora Zenaide Maia (Pros-RN) afirmou, que em virtude do teto de gastos, no ano de 2019, o Brasil deixou de direcionar, de forma ordinária, bilhões de reais, bem como que, no ano de 2020, mesmo com a crise econômica instaurada, o Sistema Único de Saúde (SUS), teve uma perda bilionária na alocação ordinária de recursos.

O teto de gastos impediu, no ano passado, que os investimentos em saúde aumentassem em R\$ 13,5 bilhões. Em 2020, ela alerta, mais R\$ 10 bilhões deixarão de ser aplicados no Sistema Único de Saúde (SUS) se o teto não for revisto. (SENADO, 2020, s/p).

Situações extremas, requerem medidas extremas, a despeito do forte impacto na economia que causou a pandemia, para combater a crise sanitária, foi necessário a alocações extraordinária, em montas vultosas, de recursos a Saúde Pública. A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 167, parágrafo 3º, autoriza a abertura de crédito extraordinário “para atender a despesas imprevisíveis e urgentes, como as decorrentes de guerra, comoção interna ou calamidade pública.” (BRASIL, 1988, s/p).

Entretanto, a pandemia evidenciou, de forma destacada, que o retrocesso social criado pela limitação do teto de gastos em Saúde Pública, não deve ser mantido, ao passo que deve ser reformada a Emenda Constitucional, no que toca aos direitos sociais, em especial ao direito a saúde, visto que o Brasil, ao tempo da promulgação da Emenda Constitucional nº. 95/2016, já vivia uma crise social, em razão da ausência de amparo aos mais necessitados, tendo a referida Emenda, ampliado a gravidade da crise social já existente.

Entendendo ser necessário, criar um mecanismo legal, a fim de combater a desigualdade social, bem como aumentar a alocação de verbas, visando curar as feridas existentes nos direitos fundamentais e sociais, que foi agravada com a criação da Emenda Constitucional nº. 95/2016, e querendo reestabelecer a dignidade do princípio da vedação do retrocesso social, no ano de 2018, o Senador Randolfe Rodrigues (REDE/AP), propôs projeto de Emenda Constitucional, que tramita no Senado Federal sob o nº. 14/2018, a fim de retirar a limitação de despesas primárias em direitos fundamentais sociais, visto que o projeto de emenda citado, pretende revogar, assim, todo o artigo 110 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para, “excluir, dos limites instituídos para as despesas primárias, as despesas das áreas de Saúde, Educação, Ciência e Tecnologia, Assistência Social, Saneamento, Gestão Ambiental e Segurança Pública.” (SENADO, 2018, s/p).

Demais disso, o Senador Paulo Paim (PT - RS), propôs projeto de Emenda Constitucional, que tramita sob o nº. 54/2019, tendo a referida proposta única e exclusivamente, o fim de revogar totalmente os dispositivos introduzidos no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, através da Emenda Constitucional nº. 95/2016.

É princípio comezinho em direito, que norma posterior quando trata do mesmo tema, revoga norma anterior, entretanto, conforme já citado nas páginas anteriores, a reforma que criou o teto de gasto foi expressa ao afirmar que não está revogada, dispensada ou suspensa o cumprimento e efetividade de normas constitucionais que tratam de forma contrárias as disposições contidas na Emenda Constitucional nº. 95/2016 (BRASIL, 2018).

A despeito de tais afirmações, o teto de gastos criado, vai de encontro com as disposições do artigo 198, §2º, Inciso 1º, introduzido na Constituição Federal, através da Emenda Constitucional nº. 86/2015, que afirma que, o mínimo a ser investido em saúde é o percentual de 15% (quinze por cento) da receita corrente líquida (BRASIL, 1988).

Ocorre que, o referido artigo constitucional encontra-se com sua eficácia vazia, quando aponta para o Governo Federal, e uma vez aprovada o projeto de Emenda Constitucional nº. 14/2018, de autoria do Senador Randolfe Rodrigues, ou, caso aprovado o projeto de Emenda Constitucional nº. 54/2019, de autoria do Senador Paulo Paim, a eficácia do supracitado dispositivo constitucional seria restaurada, pois ambos os projetos não indicam outra forma de alocação de recursos, visto que

pretendem, apenas e tão somente, revogar, parcialmente, parte da Emenda Constitucional que criou a limitação do teto de gastos, no que toca as garantias dos direitos fundamentais sociais, e pretendem revogar totalmente a referida Emenda Constitucional nº. 95/2016.

É necessário pontuar que, com o restabelecimento da eficácia do artigo 198, §2º, Inciso 1º, introduzido na Constituição Federal através da Emenda Constitucional nº. 86/2015, não está se falando que ocorrerá o fenômeno da repriminção, visto que ele não foi revogado.

É que, com a promulgação da Emenda Constitucional nº. 95/2016, a eficácia do artigo 198, §2º, Inciso 1º, da Constituição Federal foi represada, no que toca ao Governo Federal por 20 (vinte) anos, entretanto, uma vez revogado todo o artigo 110 do ato das Disposições Constitucionais Transitórias, as comportas da represa seriam abertas, e assim, correriam pelo rio dos direitos sociais a destinação mínima de recursos de 15% da receita corrente líquida do exercício financeiro de cada ano.

O novo cenário criado pela crise sanitária favorece os direitos sociais, ao passo que pede que sejam criados mecanismos, no sentido de impedir, mesmo diante de uma crise econômica, que se permita tolerar violação de direitos e garantias fundamentais sociais, uma vez que resta evidenciado a necessidade de revogar, ainda que parcialmente a Emenda Constitucional nº. 95/2016, no que tange ao direito a saúde, com extensão aos demais direitos constitucionais sociais violentados.

4.3 A EFICÁCIA DA EMENDA CONSTITUCIONAL Nº. 95/2016 PARA A RECUPERAÇÃO DA ECONOMIA FRENTE A VIOLAÇÃO DOS DIREITOS SOCIAIS

A política de austeridade fiscal já implementada através do constituinte reformador com a “EC 95/2016 levará a saúde a uma crise de financiamento sem precedentes. Ainda que o País cresça e que as receitas reajam positivamente, as despesas primárias estarão (em seu conjunto) restritas ao teto de gastos.” (MENEZES; MORETI; REIS, 2019, p. 63). No ano de 2017 foi destinado a saúde “15% da RCL⁷ de 2017, acrescidos da inflação, o que representava R\$ 109 bilhões.” (MENEZES; MORETI; REIS, 2019, p. 64).

O valor destinado a saúde por pessoa, após a Emenda Constitucional nº. 95/2016, equivale a “R\$ 3,5 por dia para cada habitante em serviços ofertados a toda

⁷ RCL significa receita corrente líquida.

a população, incluindo vacina, SAMU, medicamentos de alto custo, transplantes, entre outros. Uma coca-cola paga o valor diário investido no SUS!" (MORETI, 2019, s/p), por pessoa. A nova política de austeridade fiscal se alinha ao mercado do neocapitalismo, pois, nas entre linhas, as políticas públicas adotadas em saúde, demonstram interesse em falir o Sistema Único de Saúde (SUS) e “construir uma sociedade regida pela concorrência.” (MENEZES; MORETI; REIS, 2019, p. 60).

As políticas públicas em saúde têm sido voltadas para a desoneração, pois busca-se, incessantemente, reduzir despesas públicas, e, para tanto, tem sido afastada a política pública assistencialista, encapada pelo Governo Federal, principalmente do período em que esteve no Palácio do Planalto, presidentes de ideologia socialista.

Observa-se que, quando autorizou o Governo Federal, que empresas de capital estrangeiro explorasse o setor de assistência social e saúde no Brasil, vendeu o país, por completo, ao sistema neoliberal, pois

a abertura do capital estrangeiro para explorar o setor de assistência à saúde; a ampliação dos modelos alternativos de gestão; aprovação da lei dos planos populares e a depreciação do SUS encampada pelas grandes mídias. (CELUPPI; GEREMIA; FERREIRA; PEREIRA; SOUZA, 2019, p. 307).

Faz com que a saúde volte a ser elitista, posto que, ao poucos tem retornando para o *status quo*, é que com o desfinanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS), e abertura para exploração das empresas de capital estrangeiro, denota exatamente que, os direitos sociais que busca atender aqueles que mais necessitam, nas diretrizes do atual Governo Federal não tem valor, ao passo que, ao sucatear o Sistema Único de Saúde (SUS), em nome da austeridade fiscal, sobressai a diferenças de classes sociais, pois a saúde volta ao perfil daqueles que podem pagar.

Diga-se que, com a redução da alocação de recursos em Saúde Pública, e com o constante avanço da tecnologia e necessidade de atualização de maquinário e compra de insumos, somado ao envelhecimento da população, os recursos destinados a saúde em 2036, não serão suficientes para amparar a sociedade, pois

a EC 95 desconsidera as necessidades de saúde da população, o impacto do crescimento populacional, o envelhecimento populacional (em 2030, mais de 30% da população terá mais do que 65 anos), a indispensável expansão da rede pública, o impacto da incorporação tecnológica (crescente e cumulativa na área da saúde) e os custos associados à mudança do perfil assistencial determinado pela prevalência das doenças não transmissíveis e das causas externas, e a própria inflação setorial, superior aos demais setores da economia. (MENEZES; MORETI, 2019, s/p).

Estima-se que, ao término da vigência dos artigos 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113 e 114 incluídos nos atos das Disposições Constitucionais Transitórias, no ano de 2036, o gasto com Saúde Pública corresponderá a 10% da receita corrente líquida (MENEZES; MORETI; REIS, 2019), e que, para o caso de ser encaminhado, continuamente, como ocorreu no ano de 2019, proposta de gastos, no mínimo permitido, as perdas de recursos alcançara a monta de “de R\$ 800 bilhões, entre 2020 e 2036, na hipótese de alocação do orçamento da saúde no piso da EC 95.” (MENEZES; MORETI; REIS, 2019, p. 64).

Somente no ano de 2019 houve uma redução de alocação de recursos públicos na saúde, na monta de R\$ 8,6 bilhões de reais, o valor destinado a saúde foi de “R\$ 117,3 bilhões. Caso não vigorasse o piso da EC 95, o valor mínimo em 2019 seria de R\$ 127 bilhões (15% da RCL estimada para 2019).” (MENEZES; MORETI, 2019, s/p).

Nesta esteira, foi anunciado pelo poder executivo do Governo Federal, através do Ministro Paulo Guedes, que encaminharia uma proposta de Emenda Constitucional ao Congresso Legislativo, com o intuito de desvincular recursos da União, Estados e Municípios, com despesas obrigatórias, entretanto, especialistas apontam que as despesas que seriam afetadas são; saúde e educação, pois não há como mexer com os salários dos servidores públicos, a título de exemplo (MENEZES; MORETI, 2019).

O referido projeto de Emenda Constitucional chegou a ser anunciado como um pacto federativo governamental, entretanto, caso seja realmente aprovada a PEC do Pacto Federativo, aumentaria ainda mais o desfinanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS), visto que, são os campos que estariam desprotegidos de qualquer bloqueio que impediam a sua redução, frente as reiteradas violações aos direitos constitucionais sociais (MENEZES; MORETI, 2019).

Partindo da premissa que a Emenda Constitucional nº. 95/2016, permanecerá em vigor até o ano que perderá sua eficácia, as despesas primárias da União serão equilibradas à arrecadação, entretanto, as despesas dos Estados e Municípios entrarão em colapso pois, “os Estados e, sobretudo, os Municípios gastam proporcionalmente cada vez mais em saúde. Se mantido o congelamento, esses entes serão responsáveis por cerca de 70% dos gastos públicos em 2036.” (MENEZES; MORETI, 2019, s/p).

Ora, tem-se que a Emenda Constitucional nº. 95/2016, apenas abriu as portas e escancarou as fragilidades do Sistema Único de Saúde (SUS), que foi mais

agravado pela pandemia causada pela COVID-19, a despeito do estado de calamidade pública que já vivia o Sistema Único de Saúde (SUS), a pandemia permitiu demonstrar e denunciar, de modo inigualável, as mazelas existentes nas Políticas Públicas de Saúde do Brasil, bem como fundamentar as críticas às políticas neoliberais, que buscam permitir a construção de uma sociedade, pautada na concorrência comercial, em razão do enfraquecimento das políticas assistencialista.

Num país de desigualdades como é o Brasil, manter as políticas públicas de austeridade fiscal, em detrimento de políticas públicas de busca de igualdade social, nada mais é do que violar direitos e garantias constitucionais, sob manto do discurso contraditório, de que é necessário recuperar a economia para ofertar direitos sociais em sua integralidade, quando, em verdade, o caminho deve ser o inverso, pois só após a construção de um país justo e igualitário, em que não falte saúde, educação, alimentação e, assim sucessivamente, é que se pode falar em austeridade fiscal, no sentido de transformar a economia interna em uma potência econômica mundial.

É nesse contexto da busca por um país justo e igualitário, com oferta de direitos sociais, através das garantias constitucionais, que no capítulo cinco será analisado, detidamente, os impactos da Emenda Constitucional nº. 95/2016, no Município de Salvador, e seus reflexos no investimento em Saúde Pública.

5 POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE: CAMINHO PARA CONCRETIZAÇÃO DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS NO MUNICÍPIO DE SALVADOR

Este capítulo tem como objetivo, discorrer como o investimento em Saúde Pública no Município de Salvador foi afetado, após a vigência da Emenda Constitucional nº. 95/2016, e, para tanto, convém de imediato destacar, que a saúde é um direito social, positivada na Carta Magna da República Federativa do Brasil, encontrando-se, atualmente, definida como direito social de segunda geração. Pode-se exemplificar direitos sociais de segunda geração, como os “direitos dos trabalhadores, da seguridade social, da saúde, da educação, da assistência social, da previdência social etc.” (SILVA, 2015, p. 30).

Na esteira desse pensamento, os direitos e garantias constitucionais de primeira, segunda e terceira geração, criam uma obrigação ao Estado, de forma positiva e negativa, pois a obrigação positiva requer uma ação estatal, enquanto a obrigação negativa, clama para que o Estado permaneça inerte quanto a sua atuação. Os direitos de primeira, segunda e terceira geração não se excluem, ou impendem o cumprimento de forma simultânea, em verdade, os direitos de primeira, segunda e terceira geração se complementam.

Há que se falar que tais direitos foram estabelecidos, de modo a impedir a tirania do governante ou do monarca para com os cidadãos, uma vez que, tais direitos representam conquistas da sociedade, em busca de limitação do poder do Estado.

Nesse passo, o direito de primeira geração, constitui-se em uma prestação negativa do Estado, visto que seu objetivo é garantir os direitos civis e políticos. Trata-se então, este direito, de prestação negativa estatal, pois, ao ser conquistado, foi o Estado tolhido de violentar a liberdade individual, sem um motivo justo, razão pela qual, a título de exemplo, não pode o Estado tomar a liberdade de um cidadão, sem que ocorra a violação de lei previamente existente.

Noutro caminhar, passou o Estado a ser obrigado a respeitar a vida, bem como a propriedade privada, pelo que tornou o legislador constituinte, em respeito ao referido direito de primeira geração, a casa em asilo inviolável, conforme consta no artigo 5º, Inciso XI da Constituição Federal de 1988, abaixo transcrito:

a casa é asilo inviolável do indivíduo, ninguém nela podendo penetrar sem consentimento do morador, salvo em caso de flagrante delito ou desastre, ou para prestar socorro, ou, durante o dia, por determinação judicial. (BRASIL, 1988, s/p).

Tais direitos foram conquistados em razão da não aceitação da burguesia para com os atos praticados pelos governantes, ao passo que,

ainda no seu aspecto histórico, a consagração dos direitos fundamentais de primeira geração dá-se pelo movimento impetrado pela burguesia ascendente dos séculos XVIII e XIX com vistas à limitação do poder absoluto concentrado nas mãos do monarca.

A burguesia ao reclamar direitos de influenciar a política, tendo em vista o crescimento de seu poder econômico, buscou que se assegurasse a separação dos poderes e que reclamasse direitos individuais num documento constitucional como garantias de liberdade. (DICESAR, 2015, p. 7).

De igual forma, os direitos de segunda geração foram conquistados, mediante exigências da sociedade, por melhores condições de vida, compondo tais direitos, a Saúde Pública, o Trabalho, a Previdência Social, Educação e etc., pois buscou-se iniciar um processo de equiparação entre os cidadãos, visando assim, amenizar as diferenças sociais existentes na sociedade. Neste sentido, os direitos de segunda dimensão exigem do Estado uma prestação positiva, ou seja, deve o Estado atuar ao máximo, a fim de possibilitar e garantir a concretização dos referidos direitos, visto que, são exigíveis no plano individual.

Ainda, há que se falar no direito de terceira dimensão, que são aqueles que buscam proteger toda a vida de um modo amplo e geral, pois são os direitos de terceira geração “difusos e coletivos inerentes a toda a humanidade, como meio ambiente ecologicamente equilibrado – o desenvolvimento sustentável, ou seja, há direitos inerentes ao gênero humano.” (SILVA, 2015, p. 28).

Convém ressaltar que o direito é a positivação de um fenômeno cultural, é que, a sociedade encontra-se em constante mudança. É certo afirma, que os costumes da sociedade se modificam, na proporção em que os hábitos são modificados, ou seja, para que ocorra a positivação de um direito, primeiro a sociedade estabelece como aceitável, para, posteriormente, ser protegido pela legislação, de igual modo, para que um direito deixe de ser protegido, se faz necessário a aceitação da sociedade que, aquela situação não possui mais necessidade de proteção. Daí, nasce a limitação do legislador, é que, não se pode falar em positivação de direito ou modificação de norma posta, quando tal fenômeno contraria interesse da coletividade.

O direito a saúde, como já narrado, se insere nos direitos de segunda geração, e como tal exige uma prestação positiva do Estado. Quando se fala em uma prestação positiva estatal na área de saúde, não se vincula somente custear as despesas, pois

além de dispor de recursos financeiros, se faz necessário também planejamento para melhoria do atendimento aos cidadãos com os recursos disponíveis.

Diga-se que os direitos sociais e em especial o direito a saúde vinculados a carta política da república federativa do Brasil não é, e não pode ser considerado como “intenções políticas juridicamente inoperantes” (SILVA, 2015, p. 43), pois trata-se essa visão de uma “perspectiva totalmente inconciliável com a força normativa da Constituição e sem o apoio do espírito dela.” (SILVA, 2015, p. 43). Quando o legislador constituinte elevou os direitos sociais a sede constitucional, e transformou a saúde em direitos e garantias individuais ele simplesmente criou um mecanismo de defesa para a sociedade, pois o transformou em direito imutável, frente a condição de ser os direitos sociais clausula pétrea.

Queria o legislador evitar violações aos direitos conquistados, entretanto, a despeito do mecanismo de defesa, tem-se visto a ocorrência de reiteradas ofensas ao direito a saúde, sendo fundamentada tal violência aos direitos sociais na necessidade de se realizar uma política pública de austeridade fiscal, a fim de evitar a falência estatal.

Mais a mais, narra o artigo 24, Inciso XII da Constituição de 1988 que “compete à União, aos Estados e ao Distrito Federal legislar concorrentemente sobre Previdência Social, proteção e defesa da saúde” (BRASIL, 1988, s/p). Neste diapasão, aos Municípios é permitido legislar de forma complementar sobre assuntos de interesses locais, bem como resta autorizado a legislar para “suplementar a legislação federal e a estadual no que couber” (BRASIL, 1988, s/p), nos termos do artigo 30, Inciso I e II da Constituição Federal de 1988.

Ocorre que, a despeito de ser permitido aos estados e municípios legislar sobre a saúde, não há como tal legislação se sobrepor ao que narra a Constituição Federal em razão da hierarquia de normas jurídicas, visto que a Constituição Federal está no topo da pirâmide, e qualquer norma que há contrarie deve ser retirada do ordenado jurídico, pois torna-se ilegítima, frente a sua inconstitucionalidade.

Antes mesmo da construção de um tratado de direitos, garantias e obrigações legais destinado aos cidadãos e ao Estado, já respirava os direitos naturais de qualquer ser vivo. A proteção ao não vilipêndio da vida, existe antes da formação do Estado, daí advém a necessidade do Estado proteger Saúde Pública, visto que, a despeito de inicialmente se tratar de um direito coletivo, no final da equação, a proteção se dá individualmente a cada pessoa que está necessitando de tratamentos

e cuidados a fim de se promover a manutenção da vida, sendo portanto, esta a razão da Saúde Pública no Brasil clama por proteção e ampliação dos recursos destinados a fim de viabilizar tratamentos dignos, pois o Estado é cada cidadão que dele faz parte.

5.1 SAÚDE PÚBLICA NO MUNICÍPIO DE SALVADOR APÓS A VIGÊNCIA DA EMENDA CONSTITUCIONAL Nº. 95/2016

Os direitos sociais são destinados a toda sociedade, visto que se trata de direito coletivo, entretanto, quando ocorrem limitações e restrições a tais direitos, diretamente são afetados aqueles cidadãos que são explorados, oprimidos e escravizados pela elite da sociedade.

É que, os cidadãos que estão no topo da pirâmide da sociedade, geralmente não necessitam de serviço público de saúde. Em contra ponto, aqueles que são conduzidos a cargos do executivo e legislativo, em sua maioria compõem a parte poderosa da sociedade.

Então, salta aos olhos um contrassenso ao ver a oligarquia Brasileira decidindo quantos recursos serão destinados aos direitos sociais dos explorados. O direito a saúde é sub-classificado de acordo como se encontra dividida a sociedade em termos econômicos, pois repita-se, o direito a tratamento digno no âmbito da Saúde Pública é de todos, entretanto, em razão das condições econômicas “70% dos brasileiros não possuem plano de saúde particular—seja ele individual ou empresarial, percentual ainda maior entre as pessoas das classes C, D e E (77%)” (SPC, 2018, s/p).

Nesse passo, comumente utilizam a Saúde Pública aqueles que são financeiramente menos favorecidos, e por tal razão, não convém a oligarquia ofertar direitos sociais ao Máximo Existencial garantindo assim condições básicas e dignas de saúde e educação, para aqueles que estão na base da pirâmide social, pois temem ver aqueles que pouco possuem recursos financeiros ascender economicamente, e ocupar os locais que são ocupados somente pelos poderosos, motivo pelo qual se procura fundamentos para retirar direitos e impedir de modo direto a modificação da pirâmide econômica da sociedade.

É nesse contexto que se encontra a Emenda Constitucional nº. 95/2016, posto que, a despeito da propalada escassez de recursos para fundamentar a reforma constitucional e justificar a retirada gradativa de recursos destinadas a saúde, tem visto o congresso nacional trabalhando para perdoar dívidas de igrejas, que chega a

mais ou menos um bilhão de reais, bem como afirmações do ministro da economia que trabalhadores vinculados a administração pública que compõem o alto escalão e recebem aproximadamente R\$ 39.300,00 (Trinta e nove mil e trezentos reais) por mês precisam de aumento salarial, pois, segundo o ministro, não há no Brasil uma política de valorização da meritocracia daqueles poucos que chegam a ocupar os cargos de alto escalão.

É nesse viés que se pode afirmar que a base da pirâmide social são os explorados, oprimidos e escravizados, pois trata-se de uma falsa meritocracia, pode-se ainda afirmar que se trata de uma meritocracia da elite oligárquica Brasileira.

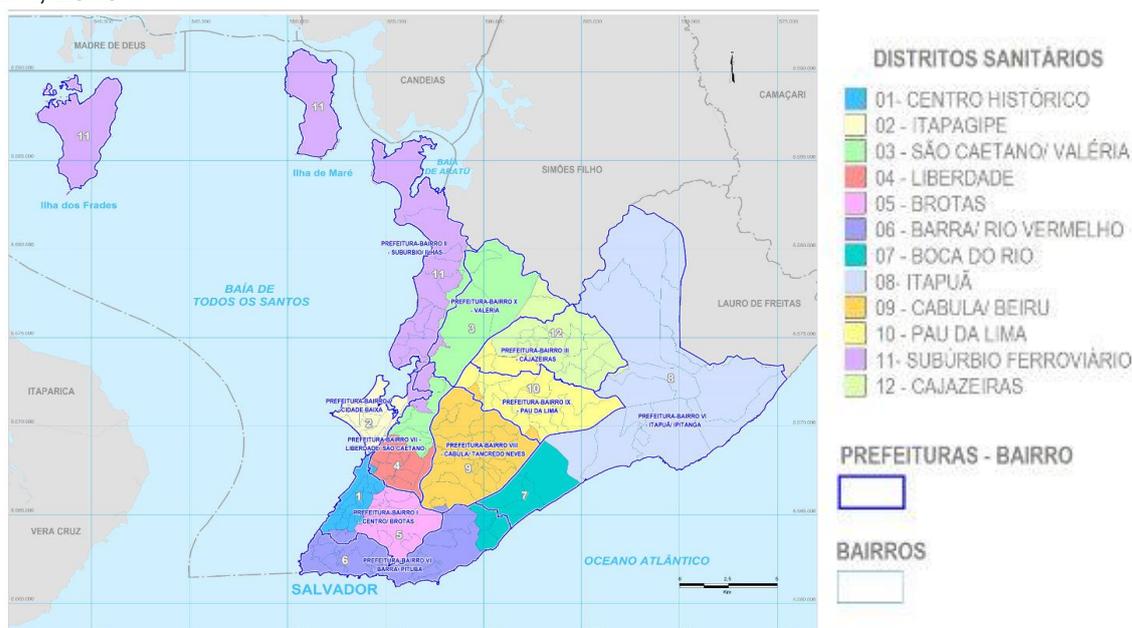
Pondera-se que, ao mesmo tempo que o ministro da economia Paulo Guedes, defende aumentar os salários dos funcionários de alto escalão da administração pública, ventila a possibilidade no congresso nacional de comprimir ainda mais os recursos destinados as políticas de garantias sociais, saltando aos olhos a falsa meritocracia, em que os poucos que chegam aos cargos de alto escalão já nascem anos luz daqueles que vivem na base da pirâmide social, e possuem poucos recursos financeiros para competir de forma igual.

Salta aos olhos portanto uma nítida ausência de paridade de condições para o desenvolvimento do intelecto através da autorrealização do ser humano que somente se pode alcançar com oferta de condições existenciais digna, que compreende direito à moradia, alimentação, saúde, educação, lazer e assim sucessivamente.

As escolhas das políticas públicas de austeridade fiscal afetam. Diretamente, os entes federados. Nesse passo, convém ressaltar que o Município de Salvador possui 2.886.698 pessoas. Segundo estimativa do IBGE para o ano de 2020, bem como sua área territorial é de 693,453 km², possuindo assim uma densidade demográfica de 3.859,44 hab/km (IBGE, 2020).

Diga-se que, no ano de 2018, o Município de Salvador era formado por uma “organização político-administrativa compreende 10 Regiões Administrativas denominadas Prefeituras Bairros 4 e 12 Distritos Sanitários (DS), que são caracterizados como os territórios da saúde,” (SALVADOR, 2018, p. 21). Conforme consta da figura 1.

Figura 1 - Distribuição espacial das Prefeituras-Bairro e dos Distritos Sanitários. Salvador - BA, 2016



Fonte: Sistema de Informação Municipal de Salvador – apud - plano municipal da cidade do Salvador para o período de 2018 a 2021. p. 21.

Os distritos sanitários e prefeituras de bairro citadas na figura acima foi criada no ano de dois mil e doze, através da lei Municipal nº. 8376/2012, que teve como intuito modificar a estrutura organizacional dos órgãos públicos do Município de Salvador, extinguindo a vinculação dos serviços integrados de atendimento regional ao órgão Municipal denominado de gabinete do prefeito, dando autonomia diretamente as prefeituras de bairros e distritos sanitários para gerir as necessidades de cada localidade que faz parte de sua competência territorial.

Noutro giro, a cidade do Salvador é a capital da Bahia, e como tal, possui as melhores condições entre os municípios do Estado de oferecer tratamento de saúde a população, nesse caminhar é que ocorre a migração da população do interior a fim de buscar tratamento médico no sistema público de saúde estadual e Municipal que ficam localizados na cidade do Salvador, ato este que por si só eleva a demanda e os custos da Saúde Pública municipal (SALVADOR, 2018).

Para que não paire dúvidas, não se defende aqui a proibição de atendimentos a pessoas de outros municípios na capital baiana, muito pelo contrário, o trabalho tem o condão somente de demonstrar os impactos que sofre o Município de Salvador em decorrência da mudança na forma de investimento em Saúde Pública, entretanto, a migração em busca de atendimento de pessoas de outros municípios, sobrecarrega o sistema de saúde, mesmo aqueles que buscam atendimento na rede estadual que

fica localizada na cidade do Salvador, pois, de forma reflexa, afetam os leitos de atendimentos municipais.

Segundo aponta o plano municipal de saúde de Salvador (2018, p. 21)

a Região Metropolitana de Salvador (RMS) compreende os seguintes municípios: Camaçari, Candeias, Dias D'Ávila, Itaparica, Lauro de Freitas, Madre de Deus, Mata de São Joao, Pojuca, Salvador, São Francisco do Conde, São Sebastiao do Passe, Simões Filho e Vera Cruz.

Como já dito, o Município de Salvador atende a pessoas que residem além das cidades que compõe sua região metropolitana, sendo procurada a capital baiana para atendimento por diversos motivos, dentre eles o maior número de ofertas de vagas na rede pública de saúde, maior quantidade de profissionais e especialistas de saúde, bem como pelo fato dos avanços tecnológicos em equipamentos via de regra primeiro chegarem as capitais frente a maior capacidade financeira, dentre outros motivos.

Nesse passo, convém destacar que no ano de 2012 a cidade do Salvador contava com uma unidade de pronto atendimento, entretanto, até o ano de 2019, a cidade do Salvador passou a contar com nove unidades de pronto atendimento e um hospital municipal (SALVADOR, 2019)

Quis o gestor municipal ampliar o atendimento em saúde ofertado pelo Município pois estima-se que “entre os meses de janeiro e julho de 2018, as nove Unidades de Pronto Atendimento (UPA's) da Prefeitura de Salvador atenderam mais de 510 mil pessoas, realizando cerca de 480 mil exames” (SALVADOR, 2019, s/p), visto que os referidos prontos atendimentos funcionam vinte e quatro horas por dia. Nesse passo, convém ressaltar que

do total de atendimentos registrados, mais de 6 mil foram de usuários de cidades do interior do Estado, número que pode ser superior uma vez que cerca de 200 mil atendimentos realizados foram de pacientes cujas cidades de origens são ignoradas ou eram de fora do Brasil. (SALVADOR, 2019, s/p).

Demais disso, é importante destacar que a taxa de natalidade na cidade do Salvador entre o ano de 2005 ao ano de 2015 reduziu em 8,3%, enquanto o índice de envelhecimento aumentou na região metropolitana de Salvador, entre o ano de 1980 a 2010 em 26,8%. No Município de Salvador o índice de envelhecimento para o período de 2005 a 2015 também subiu. É que a população com mais de 65 (sessenta e cinco) anos aumentou em 9,2% (SALVADOR, 2018).

Diga-se que, por um ato natural da biologia humana, quão mais velho se torna o ser humano, maior é a necessidade de buscar tratamento médico preventivo e

curativo frente as doenças que surgem com a velhice. Uma sociedade que possui um índice elevado de idosos, bem como que atende pessoas vindas de outras cidades em busca de sanar o seu sofrimento através de tratamento médico, requer um direcionamento maior de recursos a fim de disponibilizar de acordo com as necessidades, os tratamentos médicos necessários.

Noutro giro, há que se falar que contribui para uma boa qualidade de vida, fazendo parte inclusive da Saúde Pública o saneamento básico. Entretanto, o Município de Salvador não oferta saneamento básicos a todos os seus residentes. Segundo o plano municipal de saúde para o ano de 2018 a 2021.

Desde 2000, Salvador vem ampliando o percentual de domicílios com água encanada, energia elétrica, esgotamento sanitário e coleta de lixo. Esse aumento pode indicar uma melhoria no nível de conforto domiciliar dos moradores metropolitanos. Segundo dados do último censo do IBGE e relatórios do PNUD⁸ e IPEA⁹, em 2010, 99,18% dos domicílios possuíam água encanada e 96,55% da população contava com coleta de lixo. Destacamos que estes percentuais se referem as populações urbanas. Levantamentos realizados pelo Instituto Trata Brasil, apontam que em 2015, a capital aparecia no Ranking do saneamento em 10º lugar, enquanto que entre todos os municípios brasileiros ocupava a 45º posição, onde 92,19% da população é abastecida por água tratada e 79,78% possui esgotamento sanitário. (SALVADOR, 2018, p. 35).

Tomando como base o número de habitantes do Município de Salvador indicado pelo IBGE para o ano de 2020, conforme já transcrito acima, e comparando com o percentual de pessoas que não possuem os serviços de água ou esgoto, pode-se afirmar que aproximadamente seiscentos e doze mil, quinhentos e cinquenta e oito pessoa do Município de Salvador não possuem esgotamento sanitário em suas residências, bem como que aproximadamente, duzentos e vinte cinco mil, quatrocentos e cinquenta e duas pessoas não possuem saneamento básico em suas residências.

O déficit em saneamento básico no Município de Salvador denuncia violações as garantias constitucionais fundamentais para com os cidadãos que na capital baiana residem, visto que a ausência de recurso hídrico tratado e potável, bem como ausência de rede de esgoto para encaminhamento dos dejetos humanos põem em risco a saúde da coletividade, agravando os riscos a vida da população que se encontra vivendo em tais condições.

⁸ PNUD é um Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, que busca o auxiliar o progresso em diversas áreas da vida humana.

⁹ IPEA é um instituto de pesquisa aplicada, que é vinculado ao Ministério da Economia, visto que trata-se de uma fundação pública federal.

A suprema corte do Brasil pacificou entendimento sobre o direito a saúde e o definiu “como prerrogativa constitucional indisponível, garantido mediante a implementação de políticas públicas, impondo ao Estado a obrigação de criar condições objetivas que possibilitem o efetivo acesso a tal serviço.” (SILVA, 2015, p. 50).

Ocorre que, a redução gradativa de investimento de recursos a serem destinadas a Saúde Pública no Município de Salvador em decorrência da Emenda Constitucional nº. 95/2016, ajuda a agravar a situação daqueles que vivem sem saneamento básico, pois em virtude de tal situação, de forma reflexa as pessoas estão sendo expostas a doenças tais quais dengue, leptospirose, parasitas, dentre outras, frente a ausência de recursos financeiro destinados ao Máximo Existencial, para leva o básico da evolução da vida na cidade grande.

A ausência de saneamento básico, por consequência, consome recursos públicos da saúde, visto que em razão da contaminação das pessoas que vivem expostas, se faz necessário a realização de consultas médicas, e internações para realizar tratamento em busca do reestabelecimento do cidadão infectado.

Nesse contexto, afirma a plano municipal da cidade do Salvador para o período de 2018 a 2021 que somente por infecção, em virtude do vírus da dengue

no município de Salvador, no período de 2005 a 2017 (até 24a semana epidemiológica), foram notificados 62.419 casos suspeitos, e o município registrou a incidência média de 169,9 casos/100.000 hab. no período, considerado médio risco de transmissão, conforme critério do Ministério da Saúde. (SALVADOR, 2018, p. 83).

Ao passo que “entre 2005 a 2015 ocorreram 51 óbitos por dengue, com destaque para os anos de 2009, 2010 e 2014, tendo uma variação de 2 a 9 óbitos” (SALVADOR, 2018, p. 84). Ainda, em decorrência da leptospirose entre os anos de 2005 e 2015 registrou-se em de Salvador “964 casos, 123 óbitos [...] com letalidade média de 13%, demonstrando que a Leptospirose é um agravo de alta letalidade no município acima da letalidade média do Brasil (8,7%).” (SALVADOR, 2018, p. 85).

A tabela 1 exemplifica a quantidade de pessoas curadas e a quantidade de pessoas que vieram a óbitos em decorrência do agravamento da doença da leptospirose no Município de Salvador entre os anos de 2005 a 2015.

Tabela 1 - Evolução de pessoas curadas e de óbitos em decorrência da leptospirose

Evolução	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Cura	110	72	47	52	68	102	83	40	88	49	63
Óbito pelo agravo	24	9	7	9	11	14	9	3	18	4	15
Ign/Branco	1	3	1	0	20	6	10	5	7	6	6
Total	135	84	55	61	99	122	102	48	114	59	85

Fonte: SINAN (Windows e Net), 9/6/2017 – *apud* plano municipal da cidade do Salvador para o período de 2018 a 2021, p. 85.

A taxa de mortalidade em razão exclusiva da leptospirose, no municipal de Salvador é superior à taxa de mortalidade nacional, o que evidencia as péssimas condições de vida que enfrenta uma parcela da sociedade soteropolitana em virtude da ausência de saneamento básico adequado a vida humana. Nota-se que a desigualdade social é fator preponderante na dominância das pessoas atingidas por doenças ocasionadas em sua maioria por violações dos direitos a saúde.

Em virtude desta realidade que se aponta em direção da revogação dos artigos que reduzem os recursos vinculados aos direitos sociais contidos na Emenda Constitucional nº. 95/2016, visto que, a necessidade de se ofertar saúde de qualidade está atrelada inseparavelmente ao direcionamento de recursos suficientes para amparar a todos os necessitados.

5.1.1 Os impactos da Emenda Constitucional nº. 95/2016 na Saúde Pública do Município de Salvador: analisando os anos 2015 a 2020

No ano de 2015 estava em vigor a forma de investimento em direitos sociais contemplando no mínimo 15% (quinze por cento) da receita corrente líquida da União.

Dois anos antes da entrada em vigor a nova forma cálculo para destinação dos recursos na seara social, o Governo federal em virtude das transferências constitucionais obrigatórias no seio social, deslocou no âmbito nacional para os entes federados a quantia total de “R\$ 300.756.662.904,71 (Trezentos bilhões, setecentos e cinquenta e seis milhões, seiscentos e sessenta e dois mil, novecentos e quatro reais e setenta e um centavos)” (CONTROLADORIA GERAL DA UNIÃO, 2015, s/p), valor este que corresponde a 13.71% (treze ponto setenta e um por cento) dos gastos públicos (CONTROLADORIA GERAL DA UNIÃO, 2015, s/p).

Do valor acima destinado, o Estado da Bahia e todos os seus municípios, juntos receberam a quantia total de R\$ 25.135.888.592,27 (vinte e cinco bilhões, cento e trinta e cinco milhões, oitocentos e oitenta e oito mil, quinhentos e noventa e dois

reais e vinte e sete centavos) (CONTROLADORIA GERAL DA UNIÃO, 2015, s/p). Ao passo que foi destinado a cidade do Salvador a quantia de R\$ 3.391.343.816,69 (Três bilhões, trezentos e noventa e um milhões, trezentos e quarenta três mil, oitocentos e dezesseis reais e sessenta e nove centavos) (CONTROLADORIA GERAL DA UNIÃO, 2015, s/p).

Tabela 2 - Valores destinados para o Estado da Bahia e cidade do Salvador a serem utilizados em direitos sociais ano de 2015

Total destinado pelo Governo Federal em âmbito nacional	R\$ 300.756.662.904,71
Total destinado recebido pelo Governo do Estado da Bahia	R\$ 25.135.888.592,27
Total destinado recebido pelo Município de Salvador	R\$ 3.391.343.816,69

Fonte: Controladoria Geral da União (2015).

No ano de 2016 o Governo Federal alocou aos direitos sociais no âmbito nacional o valor total de “R\$ 339.007.570.997,33 (trezentos e trinta e nove bilhões, sete milhões, quinhentos e setenta mil, novecentos e noventa e sete reais e trinta e três centavos)” (CONTROLADORIA GERAL DA UNIÃO, 2016, s/p), que representou “13.62% (treze ponto sessenta e dois por cento) dos gastos públicos” (CONTROLADORIA GERAL DA UNIÃO, 2016, s/p), daquele ano.

A despeito do percentual dos gastos públicos haver reduzido, frente a um aumento da arrecadação Federal, foi alocado a mais no ano de 2016 em âmbito nacional a quantia de R\$ 38.250.908.092,62 (Trinta e oito bilhões duzentos e cinquenta milhões, novecentos e oito mil, noventa e dois reais e sessenta e dois centavos).

Entretanto, ao Estado da Bahia e seus municípios foi destinado o valor total de “R\$ 28.622.367.260,93 (vinte e oito bilhões, seiscentos e vinte e dois milhões, trezentos e sessenta e sete mil, duzentos e sessenta reais e noventa e três centavos)” (CONTROLADORIA GERAL DA UNIÃO, 2016, s/p).

Neste entoar, o Município de Salvador recebeu do Governo Federal no ano de 2016 a quantia de “R\$ 4.072.032.803,99 (Quatro bilhões, setenta e dois milhões, trinta e dois mil, oitocentos e três reais e noventa e nove centavos).” (CONTROLADORIA GERAL DA UNIÃO, 2016, s/p).

Tabela 3 - Valores destinados para o Estado da Bahia e cidade do Salvador a serem utilizados em direitos sociais ano de 2016

Total destinado pelo Governo Federal em âmbito nacional	R\$ 339.007.570.997,33
Total destinado recebido pelo Governo do Estado da Bahia	R\$ 28.622.367.260,93
Total destinado recebido pelo Município de Salvador	R\$ 4.072.032.803,99
Quantia superior ao ano de 2015 alocado pelo Governo Federal	R\$: 38.250.908.092,62

Fonte: Controladoria Geral da União (2016), com adaptação do autor.

No ano de 2017, iniciou a nova forma de cálculo para investimento em direitos sociais, tendo sido destinado 15% (quinze por cento) da receita corrente líquida daquele ano, acrescido da inflação, entretanto, já neste ano ocorreu uma redução do valor destinado aos direitos sociais se comparado ao ano de 2016.

É que, em 2017 foi investido no território nacional a título de cumprimento das garantias constitucionais sociais, a quantia de “R\$ 324.973.030.811,74 (trezentos e vinte e quatro bilhões, novecentos e setenta e três milhões, trinta mil, oitocentos e onze reais e setenta e quatro centavos).” (CONTROLADORIA GERAL DA UNIÃO, 2017, s/p).

Observa-se que no primeiro ano em que entrou em vigor a Emenda Constitucional nº. 95/2016, ela retira quando comparado com o ano anterior a título de investimento em direitos sociais a importância de R\$ 14.034.540.185,59 (quatorze bilhões, trinta e quatro milhões, quinhentos e quarenta mil, cento e oitenta e cinco reais e cinquenta e nove centavos).

Mais a mais, do montante total alocado em direitos sociais no ano de 2017, o Estado da Bahia e seus Municípios juntos, receberam a quantia de “R\$ 27.461.623.607,37 (Vinte e sete bilhões, quatrocentos e sessenta e um milhões, seiscentos e vinte e três mil reais, seiscentos e sete reais e trinta e sete centavos).” (CONTROLADORIA GERAL DA UNIÃO, 2017, s/p).

Neste diapasão, foi transferido ao Município de Salvador a quantia de “R\$ 4.035.075.714,95 (Quatro bilhões, trinta e cinco milhões, setenta e cinco mil, setecentos e quatorze reais e noventa e cinco centavos)” (CONTROLADORIA GERAL DA UNIÃO, 2017, s/p).

Somente no ano de 2017, deixou o Governo Federal de repassar aos contribuintes da cidade do Salvador o importe de R\$ 36.957.089,04 (Trinta e seis milhões, novecentos e cinquenta e sete mil, oitenta e nove reais e quatro centavos).

Tabela 4 - Valores destinados para o Estado da Bahia e cidade do Salvador a serem utilizados em direitos sociais ano de 2017

Total destinado pelo Governo Federal em âmbito nacional	R\$ 324.973.030.811,74
Total destinado recebido pelo Governo do Estado da Bahia	R\$ 27.461.623.607,37
Total destinado recebido pelo Município de Salvador	R\$ 4.035.075.714,95
Quantia Inferior ao ano de 2016 alocado pelo Governo federal	R\$: 14.034.540.185,59
Quantia inferior ao ano de 2016 recebida pelo Município de Salvador	R\$: 36.957.089,04

Fonte: Controladoria Geral da União (2017), com adaptações do autor.

Já no ano de 2018, a União destinou em nível nacional o valor total de “R\$ 357.805.689.475,64 (Trezentos e cinquenta e sete bilhões, oitocentos e cinco milhões, seiscentos e oitenta e nove mil, quatrocentos e setenta e cinco reais e sessenta e quatro centavos).” (CONTROLADORIA GERAL DA UNIÃO, 2018, s/p).

Se comparado os valores destinados no ano de 2017 com o ano de 2018, ocorreu um aumento do valor investido em direitos sociais no importe de R\$ 32.832.658.663,90 (trinta e dois bilhões, oitocentos e trinta e dois milhões, seiscentos e cinquenta e oito mil, seiscentos e sessenta e três reais e noventa centavos).

De forma reflexa, houve um aumento de forma geral do valor destinado a Estado da Bahia e seus municípios no importe de R\$ 1.889.107.751,46 (Hum bilhão oitocentos e oitenta e nove milhões, cento e sete mil, setecentos e cinquenta e um reais e quarenta e seis centavos), visto que para o ano em comento foi destinado ao Estado baiano e os municípios que dele fazem parte a quantia total de “R\$ 29.350.731.358,83 (Vinte e nove bilhões, trezentos e cinquenta milhões, setecentos e trinta e mil, trezentos e cinquenta e oito reais e oitenta e três centavos).” (CONTROLADORIA GERAL DA UNIÃO, 2018, s/p).

Contudo, a despeito do aumento do capital destinado a Bahia e seus municípios, a cidade de Salvador para o ano de 2018 teve uma redução no valor recebido em comparação com o ano de 2017, correspondente a R\$ 127.775.454,56 (Cento e vinte e sete milhões, setecentos e setenta e cinco mil, quatrocentos e cinquenta e quatro reais e cinquenta e seis centavos), visto que no ano de 2018 recebeu do Governo Federal a monta de “R\$ 3.907.300.260,39 (Três bilhões, novecentos e sete milhões, trezentos mil, duzentos e sessenta reais e trinta e nove centavos).” (CONTROLADORIA GERAL DA UNIÃO, 2018, s/p).

Tabela 5 - Valores destinados para o Estado da Bahia e cidade de Salvador a serem utilizados em direitos sociais ano de 2018

Total destinado pelo Governo Federal em âmbito nacional	R\$ 357.805.689.475,64
Total destinado recebido pelo Governo do Estado da Bahia	R\$ 29.350.731.358,83
Total destinado recebido pelo Município de Salvador	R\$ 3.907.300.260,39
Quantia Superior ao ano de 2017 alocado pelo Governo Federal	R\$: 32.832.658.663,90
Quantia Superior ao ano de 2017 recebida pelo Governo do Estado da Bahia	R\$: 1.889.107.751,46
Quantia inferior ao ano de 2017 recebida pelo Município de Salvador	R\$: 127.775.454,56

Fonte: Controladoria Geral da União (2018), com adaptação do autor.

O ano de 2019, a transferência de recursos ocorreu de forma crescente, e em monta superior ao ano de 2017, visto que o ano de 2017 é o ponto de partida da nova forma de cálculo dos valores destinados aos direitos sociais, conforme determina a Emenda Constitucional nº. 95/2016.

Entretanto, o fato de ter sido superior o valor destinado aos direitos sociais para o Estado da Bahia e seus municípios, não significa efetivamente que houve um aumento do capital destinado na vigência da Emenda Constitucional nº. 95/2016.

O parâmetro para verificar se houve uma real recuperação dos valores deixados de investi em razão da política pública de austeridade fiscal em vigor em decorrência da emenda em análise, só se daria calculando quais valores deveriam ter sido destinado após o ano de 2017 de acordo com o mínimo de 15% (quinze por cento) da receita corrente líquida de cada exercício financeiro, para assim afirmar que houve aumento de recursos destinados aos direitos sociais.

Sendo assim, a diferença que ocorreu dos anos de 2018 e 2019, se deu em razão da variação do índice nacional de preços ao consumidor amplo ter sido em números crescentes se comparado a cada respectivo ano anterior, entretanto, mesmo com o acréscimo, seguramente pode-se ser afirmado que ausente a trava criada na forma de cálculo em vigor pela Emenda Constitucional nº. 95/2016, os valores destinados aos direitos sociais seriam ainda maiores, pois a receita corrente líquida do Governo Federal vem aumentando progressivamente a cada ano.

Nesta esteira é que cumpre destacar que no ano de 2019 a União destinou o valor total de “R\$ 402.048.633.933,01 (quatrocentos e dois bilhões, quarenta e oito milhões, seiscentos e trinta e três mil, novecentos e trinta e três reais e um centavo)” (CONTROLADORIA GERAL DA UNIÃO, 2019, s/p), para financiar os direitos sociais,

sendo que o valor destinado correspondeu a “15.42% dos gastos do Governo Federal.” (CONTROLADORIA GERAL DA UNIÃO, 2019, s/p).

Assim sendo, do ano de 2017 para o ano de 2018 foi alocado a mais para financiar os direitos sociais em âmbito nacional o valor de R\$ 32.832.658.663,87 (trinta e dois bilhões, oitocentos e trinta e dois milhões, seiscentos e cinquenta e oito mil, seiscentos e trinta e três reais e oitenta e sete centavos), bem como do ano de 2018 para o ano de 2019, houve um acréscimo de direcionamento de recursos federais em escala nacional no importe de R\$ 44.242.944.457,37 (Quarenta e quatro bilhões, duzentos e quarenta e dois milhões, novecentos e quarenta e quatro mil quatrocentos e cinquenta e sete reais e trinta e sete centavos).

Em virtude do acréscimo acima apontado, em 2019 a Bahia e seus municípios receberam “R\$ 31.114.502.260,51 (Trinta e um bilhões, cento e quatorze milhões, quinhentos e dois mil, duzentos e sessenta reais e cinquenta e um centavos)” (CONTROLADORIA GERAL DA UNIÃO, 2019, s/p), ou seja, recebeu o Estado da Bahia a mais que no ano anterior a quantia de R\$: 1.763.770.901,68 (Um bilhão, setecentos e sessenta e três milhões, setecentos e setenta mil, novecentos e um reais e sessenta e oito centavos).

Com o Município de Salvador, diferente do ocorrido no ano de 2018 em que houve um aumento no aporte de recursos financeiros em âmbito nacional e para o Estado baiano e seus municípios, sendo que para Salvador naquele ano houve redução do valor recebido, em 2019 o valor recebido em virtude das transferências constitucionais na seara dos direitos sociais foi no importe de “R\$ 3.952.627,894,32 (Três bilhões, novecentos e cinquenta e dois milhões, seiscentos e vinte e sete mil, oitocentos e noventa e quatro reais e trinta e dois centavos),” (CONTROLADORIA GERAL DA UNIÃO, 2019, s/p).

Nota-se que ocorreu um aumento de recursos destinados aos direitos sociais para a capital da Bahia no valor de R\$ 45.327.633,93 (Quarenta e cinco milhões, trezentos e vinte mil, seiscentos e trinta e três reais e noventa e três centavos).

Tabela 6 - Valores destinados para o Estado da Bahia e cidade do Salvador a serem utilizados em direitos sociais ano de 2019

Total destinado pelo Governo Federal em âmbito nacional	R\$ 402.048.633.933,01
Total destinado recebido pelo Governo do Estado da Bahia	R\$ 31.114.502.260,51
Total destinado recebido pelo Município de Salvador	3.952.627,894,32
Quantia Superior ao ano de 2018 alocado pelo Governo Federal	R\$: 44.242.944.457,37
Quantia Superior ao ano de 2018 recebida pelo Governo do Estado da Bahia	R\$: 1.763.770.901,68
Quantia superior ao ano de 2018 recebida pelo Município de Salvador	R\$: 45.327.633,93

Fonte: Controladoria Geral da União (2019), com adaptação do autor.

O ano de 2020 foi surpreendido com a pandemia causada pela COVID-19, que trouxe a doença denominada de COVID-19, como já citado no item 3.1.2. Contrariamente ao que se esperava obter de redução em investimento em direitos sociais, viu-se o Governo Federal obrigado a direcionar recursos a Saúde Pública, mesmo diante de muita relutância, frente as diversas manifestações em diversos meios de comunicação da maior autoridade executiva do país que tentaram reduzir a gravidade da pandemia.

Entretanto, diante dos números cada vez mais alarmantes de infectados e mortos, não restou outra alternativa ao Governo Federal, frente a pressão popular e a desaprovação da sua gestão, senão ceder e destinar recursos a Saúde Pública a fim de combater a pandemia.

Nesse passo, até o dia vinte e cinco de setembro de dois mil e vinte, o Governo Federal destinou em âmbito nacional para assistência social o importe de “R\$ 346.750.473.320,83, (Trezentos e quarenta e seis bilhões, setecentos e cinquenta milhões, quatrocentos e setenta e três mil, trezentos e vinte reais e oitenta e três centavos)” (CONTROLADORIA GERAL DA UNIÃO, 2020, s/p) correspondendo o valor investido a “12.97% dos gastos públicos” (CONTROLADORIA GERAL DA UNIÃO, 2020, s/p).

Realizando o recorte para o Estado da Bahia e seus municípios, até o dia vinte e cinco de setembro de dois mil e vinte foi recebido o valor total de “R\$ 20.929.270.105,14 (vinte bilhões, novecentos e vinte e nove milhões, duzentos e setenta mil, cento e cinco reais e quatorze centavos).” (CONTROLADORIA GERAL DA UNIÃO, 2020 s/p).

Dos valores destinados a Bahia e seus municípios, “R\$ 3.539.310.578,25 (Três bilhões, quinhentos e trinta e nove milhões, trezentos e dez mil, quinhentos e

setenta e oito reais e vinte e cinco centavos)” (CONTROLADORIA GERAL DA UNIÃO, 2020, s/p), foi recebido pelo Município de Salvador.

Tabela 7 - Valores destinados para o Estado da Bahia e cidade do Salvador a serem utilizados em direitos sociais ano de 2020

Total destinado pelo Governo Federal em âmbito nacional	R\$ 346.750.473.320,83
Total destinado recebido pelo Governo do Estado da Bahia	R\$ 20.929.270.105,14
Total destinado recebido pelo Município de Salvador	R\$: 3.539.310.578,25

Fonte: Controladoria Geral da União (2020).

Nota-se assim, uma redução gradual da alocação de recursos destinados aos direitos sociais, visto que que a famigerada Emenda Constitucional dos tetos dos gastos públicos barrou o crescimento do investimento em direitos sociais na mesma proporção que cresceu o país nos de 2018 e 2019.

Ampliando o recorte acima já efetuado, e identificando quanto foi efetivamente destinado ao custeio da rede de Saúde Pública do Município de Salvador, percebe-se que no ano de 2015 foi recebido através de transferências constitucionais o valor total de “R\$ 1.563.075.437,79 (Um bilhão, quinhentos e sessenta e três milhões, setenta e cinco mil, quatrocentos e trinta e sete reais e setenta reais e nove centavos)” (SALVADOR, 2015, s/p).

Com recursos próprios o Município de Salvador investiu a monta de “R\$ 1.841.154.840,24 (Um bilhão, oitocentos e quarenta e um milhões, cento e cinquenta e quatro mil, oitocentos e quarenta reais e vinte e quatro centavos)”. (SALVADOR, 2015, s/p), totalizando assim o valor investido em Saúde Pública na cidade do Salvador ano de 2015, em “R\$ 3.404.230.278,03 (Três bilhões, quatrocentos e quatro milhões, duzentos e trinta mil, duzentos e setenta e oito reais e três centavos).” (SALVADOR, 2015, s/p).

Tabela 8 - Valores destinados aos Saúde Pública do Município de Salvador no ano de 2015

Transferências constitucionais e legais obrigatórias ao Governo Federal	R\$ 1.563.075.437,79
Investimento com recursos próprios	R\$ 1.841.154.840,24
Total Investido na Saúde Pública do Município de Salvador	R\$: 3.404.230.278,03

Fonte: Salvador (2015).

Nesse passo, urge apontar que no ano acima destacado a cidade do Salvador investiu entre recursos próprios e recebido da União “18,71%” (SALVADOR, 2015,

s/p) tendo sido investido acima do mínimo legal constitucional o valor total de “R\$ 124.631.392,85 (Vinte e quatro milhões, seiscentos e trinta e seis mil, trezentos e noventa e dois reais e oitenta e cinco centavos).” (SALVADOR, 2015, s/p).

Em 2016 recebeu a cidade do Salvador através de transferência constitucionais e legais o importe de “R\$ 1.656.874.655,80 (um bilhão, seiscentos e cinquenta e seis milhões, setecentos e setenta e quatro mil, seiscentos e cinquenta e cinco reais e oitenta centavos).” (SALVADOR, 2016, s/p). Através de recursos próprios, investiu o gestor municipal a quantia de “R\$ 1.947.274.027,72 (Um bilhão, novecentos e quarenta e sete milhões, duzentos e setenta e quatro mil, vinte sete reais e setenta e dois centavos).” (SALVADOR, 2016, s/p).

A soma dos valores investidos em saúde correspondeu ao valor total de “R\$ 3.604.148.683,52 (Três bilhões, seiscentos e quatro milhões, cento e quarenta e oito mil, seiscentos e oitenta e três reais e cinquenta e dois centavos)” (SALVADOR, 2016, S/P), referindo-se a “19,07%” (SALVADOR, 2016, s/p), do mínimo legal constitucional.

Tabela 9 - Valores destinados aos Saúde Pública do Município de Salvador no ano de 2016

Transferências Constitucionais e legais Obrigatórias ao Governo Federal	R\$ 1.656.874.655,80
Investimento com recursos próprios	R\$ 1.947.274.027,72
Total Investido na Saúde Pública do Município de Salvador	R\$: 3.604.148.683,52

Fonte: Salvador (2016).

Em razão do percentual investido em saúde ter sido acima do mínimo legal constitucional, os 4,07% executado acima pelo Município de Salvador correspondeu a quantia de “R\$ 142.650.606,69 (Cento e quarenta e dois milhões, seiscentos e cinquenta mil, seiscentos e seis reais e noventa e nove centavos).” (SALVADOR, 2016, S/P).

Em 2017, repita-se, entrou em vigor a Emenda Constitucional nº. 95/2016, e já neste ano ocorreu uma redução dos valores destinados a Saúde Pública do Município de Salvador se comparado com o ano anterior, posto que em 2017 foi alocada através do Governo Federal a quantia de “R\$ 1.650.923.778,75 (um bilhão, seiscentos e cinquenta milhões, novecentos e vinte e três mil, setecentos e setenta e oito reais e setenta e cinco centavos).” (SALVADOR, 2017, s/p).

É que, em 2016 foi recebido a mais pelo gestor público da cidade do Salvador a quantia de R\$ 5.950.876,95 (Cinco milhões, novecentos e cinquenta mil, oitocentos e setenta e seis reais e noventa e cinco centavos), que foi destinada pela União.

Demais disso, o poder público local, no ano de 2017, investiu com recursos próprios a quantia de “R\$ 1.966.256.806,83 (Um bilhão, novecentos e sessenta e seis milhões, duzentos e cinquenta e seis mil, oitocentos e seis reais e oitenta e três centavos)” (SALVADOR, 2017, s/p), totalizando a verba destinada a Saúde Pública municipal de R\$ 3.617.180.585,58 (Três bilhões, seiscentos e dezessete milhões, cento e oitenta mil, quinhentos oitenta e cinco reais e cinquenta e oito centavos).” (SALVADOR, 2017, s/p)

Realizando uma comparação entre os valores investidos com recursos próprios pelo Município de Salvador nos anos de 2016 e 2017, nota-se que houve um acréscimo do valor destinado a Saúde Pública no importe de R\$ 18.982.779,11 (dezoito milhões, novecentos e oitenta e dois mil, setecentos e setenta e nove reais e onze centavos).

Tabela 10 - Valores destinados aos Saúde Pública do Município de Salvador no ano de 2017

Transferências Constitucionais e legais Obrigatórias ao Governo Federal	R\$ 1.650.923.778,75
Investimento com recursos próprios	R\$ 1.966.256.806,83
Total Investido na Saúde Pública do Município de Salvador	R\$: 3.604.148.683,52
Quantia recebida a maior que o ano de 2016 pelo gestor municipal	R\$: 5.950.876,95
Quantia investida superior ao ano de 2017 em Saúde Pública no Município de Salvador, incluído recursos próprios e repasse do Governo Federal no ano de	R\$ 18.982.779,11

Fonte: Salvador (2017), com adaptação do autor.

Mais a mais, pondera-se que no ano de 2017, foi alcançado pelo Município de Salvador a destinação de “19,88%” (SALVADOR, 2017, s/p), tendo sido alocado acima do limite constitucional de 15% das despesas correntes liquidas, a quantia de “R\$ 176.402.152,21 (Cento e setenta e seis milhões, quatrocentos e dois mil, cento e cinquenta e dois reais e vinte e um centavos).” (SALVADOR, 2017, s/p).

No ano de 2018, a Saúde Pública de Salvador recebeu através de transferências constitucionais o importe de “R\$ 1.719.589.094,24 (Um bilhão, setecentos e dezenove milhões, quinhentos e oitenta e nove mil, noventa e quatro reais e vinte e quatro centavos).” (SALVADOR, 2018, s/p). Noutro Giro, foi investido na Saúde Pública através de recursos próprio do município a quantia de R\$ 2.149.323.674,60 (dois bilhões, cento e quarenta e nove milhões, trezentos e vinte e

três mil, seiscentos e setenta e quatro reais e sessenta centavos) (SALVADOR, 2018, s/p).

Somando ambas os recursos destinados, conclui-se que a Saúde Pública da cidade do Salvador no ano de 2018 foi oxigenada com “R\$ 3.868.912.768,84 (três bilhões, oitocentos e sessenta e oito milhões, novecentos e doze mil, setecentos e sessenta e oito reais e oitenta e quatro centavos).” (SALVADOR, 2018, s/p).

Tabela 11 - Valores destinados aos Saúde Pública do Município de Salvador no ano de 2018

Transferências Constitucionais e legais Obrigatórias ao Governo Federal	R\$ 1.719.589.094,24
Investimento com recursos próprios	R\$ 2.149.323.674,60
Total Investido na Saúde Pública do Município de Salvador	R\$: 3.868.912.768,84

Fonte: Salvador (2018).

Nesse caminhar, foi alocado a saúde o percentual total de “19,29%” (SALVADOR, 2018, s/p), sendo que foi investido acima do percentual mínimo legal a quantia de “R\$ 166.128.278,80 (Cento e sessenta e seis milhões, cento e vinte e oito mil, duzentos e setenta e oito reais e oitenta centavos).” (SALVADOR, 2018, s/p).

Através dos repasses constitucionais, a capital da Bahia recebeu no ano de 2019 o importe de “R\$ 1.816.961.309,70 (Um bilhão, oitocentos e dezesseis milhões, novecentos e sessenta um mil, trezentos e nove reais e setenta centavos) (SALVADOR, 2019, s/p). Ao passo que investiu com recursos próprios o Município de Salvador a quantia de “R\$ 2.319.633.544,53 (dois bilhões, trezentos e dezenove milhões, seiscentos e trinta e três mil, quinhentos e quarenta e quatro reais e cinquenta e três centavos).” (SALVADOR, 2019, s/p).

Foi destinado então a Saúde Pública do Município de Salvador a quantia de “R\$ 4.136.594.854,23 (Quatro bilhões, cento e trinta e seis milhões, quinhentos e noventa e quatro mil, oitocentos e cinquenta e quatro reais e vinte e três centavos)”, (SALVADOR, 2019, s/p) que correspondeu a “19,03%” (SALVADOR, 2019, s/p) do mínimo constitucional.

Tabela 12 - Valores destinados aos Saúde Pública do Município de Salvador no ano de 2019

Transferências Constitucionais e legais Obrigatórias ao Governo Federal	R\$ 1.816.961.309,70
Investimento com recursos próprios	R\$ 2.319.633.544,53
Total Investido na Saúde Pública do Município de Salvador	R\$: 4.136.594.854,23

Fonte: Salvador (2019).

No ano de 2020, até o dia vinte e seis de setembro de dois mil e vinte, a cidade do Salvador recebeu a título de transferências constitucionais o importe de “R\$ 1.106.484.559,33 (Um bilhão cento e seis milhões, quatrocentos e oitenta e quatro mil, quinhentos e cinquenta e nove reais e trinta e três centavos)” (SALVADOR, 2020, s/p), sendo que o valor total previsto a ser recebido no ano de 2020 em decorrência de repasse constitucional é a monta de R\$ 1.893.235.000,00 (Um bilhão, oitocentos e noventa e três milhões, duzentos e trinta e cinco mil reais) (SALVADOR, 2020, s/p).

Com recursos próprios, até o dia vinte e seis de setembro de dois mil e vinte o Município de Salvador injetou na Saúde Pública local a quantia de “R\$ 1.460.986.086,47 (Um bilhão quatrocentos e sessenta milhões, novecentos e oitenta e seis mil, oitenta e seis reais e quarenta e sete centavos).” (SALVADOR, 2020, s/p).

Entretanto, a previsão para investimentos através de verbas próprias encontra-se na monta de “R\$ 2.410.905.000,00, (dois bilhões, quatrocentos e dez milhões, novecentos e cinco mil reais).” (SALVADOR, 2020, s/p).

Tabela 13 - Valores destinados aos Saúde Pública do Município de Salvador no ano de 2020

Transferências Constitucionais e legais Obrigatórias ao Governo Federal	R\$ 1.106.484.559,33
Investimento com recursos próprios	R\$ 1.460.986.086,47
Total Investido na Saúde Pública do Município de Salvador até o dia 25.09.2020	R\$: 2.567.470.665,80
Valor total previsto a ser recebido de Transferências Constitucionais e legais Obrigatórias do Governo Federal no ano de 2020	R\$: 1.893.235.000,00
Valor total previsto a ser investido pelo Município de Salvador no ano de 2020	R\$ 2.410.905.000,00

Fonte: Salvador (2020), com adaptação do autor.

É notório que uma boa gestão pública requer recursos, e por consequência, para se ter a efetivação de uma política pública de saúde eficaz e perene, gradativamente se faz necessário o aumento de verbas a serem destinadas aqueles que estão na ponta efetivando as políticas públicas.

Ao entrar em vigor, de imediato a Emenda Constitucional nº. 95/2016 impactou na Saúde Pública dos cidadãos dos Municípios de Salvador, frente a redução de verbas alocadas pela União, bem como em razão de sobrecarregar os recursos públicos municipais, visto que continuou o aumento das despesas públicas municipais no que tange a saúde, sem acompanhamento proporcional da destinação das verbas alocadas as Políticas Públicas de Saúde pela União.

Observa-se que o Município de Salvador nos anos de 2015 a 2017 progressivamente aumentou o percentual do valor investido em Saúde Pública, visto

que em 2015 os recursos alocados a Saúde Pública, como já citado foi no percentual de “18,71%” (SALVADOR, 2015, s/p), e no ano de 2017, o percentual alocado foi de “19,88%.” (SALVADOR, 2017, s/p). Tem-se que em três anos houve um crescimento em termos percentuais de 1,17%.

Em 2018 e 2019, não podendo ser comparado o ano de 2020, visto que ainda não se encerrou o período contábil financeiro. Observa-se que houve um decréscimo no percentual investido em saúde no Município de Salvador de 0,85%. O percentual apontado não é maior, pois para manter a Saúde Pública municipal funcionando com as instalações que possui, anualmente, tem sido obrigado o gestor da cidade de Salvador destinar mais recursos próprios, não sendo proporcional o valor acrescido pelo Governo Federal com o valor acrescido pelo gestor público do Município de Salvador.

Diga-se que a Emenda Constitucional nº. 95/2016, não vincula os municípios e estados, pois encontra-se vinculada somente a administração pública Federal. Ocorre que, a despeito de não obrigar, muito menos permiti o Município de Salvador a desenvolver a sua formula de cálculo para investimento em direitos sociais, a referida emenda sufoca as contas públicas dos municípios, pois são os municípios entes federativos que menos arrecada impostos se comparado com o Estado e União, criando assim, um desafio a gestão municipal, visto que gradativamente tem sido obrigado a destinar mais recursos para permite a Saúde Pública que anda fragilizada a não agravar ainda mais sua situação.

Como já mencionando, o Município de Salvador investe em Saúde Pública além do mínimo constitucional de 15%, entretanto, mantendo-se em vigor a Emenda Constitucional nº. 95/2016, estima-se, utilizando como parâmetro o encolhimento do percentual de investimento nos anos de 2018 e 2019, e sem contabilizar os impostos que vem deixando de recolher em função de ter parado a economia por causa da pandemia causada pela COVID-19, que impactara as contas do Município de Salvador e do Governo Federal, que em 10 (dez) anos, o Município de Salvador estará investido aproximadamente 14,78% em saúde, ou seja, abaixo do mínimo constitucional, permanecendo progressivamente reduzindo até perder a eficácia a Emenda Constitucional nº. 95/2016.

Entretanto, em momento de crises financeiras governamental, independente do motivo que a gerou, como a que o mundo atualmente vive, se faz necessário a

destinação de recursos a área de saúde para combater a pandemia na busca de tratar os contaminados e erradicar a COVID-19.

Tem-se que a trava que impedia a destinação de recursos financeiros de forma proporcional ao crescimento econômico, impede o Governo Federal a agir de forma contrária em busca de reduzir os valores a serem destinados nos anos seguintes aos direitos sociais, independente do déficit financeiro que possa possuir o País, visto que os recursos investidos em direitos sociais devem compreender obrigatoriamente o valor do ano anterior, mais a variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo, conforme narra o artigo 111, em combinação com o artigo 107, §2º, Inciso II dos atos das disposições constitucionais transitórias.

Destarte que, a trava acima exposta pode ser revista através de uma nova Emenda Constitucional, tanto para reduzir recursos, quanto para acrescentar recursos ou modificar a forma de cálculo, visto que trouxe a Emenda Constitucional em seu corpo a impossibilidade de se alterar a forma de cálculo no período mínimo por 10 (dez) anos, através de lei ordinária, bem como impossibilitou o legislativo de propor qualquer lei após o período mínimo da carência acima indicada, pois somente o Presidente da República poderá propor a lei complementar após 10 (dez) anos da vigência da Emenda Constitucional, entretanto, uma vez a cada 4 (quatro anos), conforme já tratado no capítulo 2.

Não é demais repisar que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, que deve ser ofertada sem qualquer distinção e de forma solidária entre as três esferas do Governo, nos termos do que narra a Constituição Federal de 1988.

A afirmativas constitucionais banha-se em um mar de águas fictícias frente à simbologia que se extrai do texto constitucional quando se trata de direitos sociais, pois o simbolismo constitucional apontado “se justifica quando as declarações estejam em desconformidade com o próprio sistema constitucional em vigor, ou em descompasso com a realidade constitucional.” (NEVES, 2011, p. 32).

As reformas constitucionais, em especial a Emenda Constitucional nº. 95/2016, na parte que atinge os direitos sociais, deformou o sistema constitucional brasileiro, quando entrou em conflito direto com normas, garantias e princípios constitucionais originários, que implementou uma política de proteção social, saltando assim aos olhos o simbolismo constitucional já afirmado.

Priorizou o constituinte derivado limitar a destinação de verbas as políticas públicas de proteção e cuidados sociais, ao passo que não criou barreiras para os

gastos financeiros do Estado com o pagamento das dívidas pública, com juros em decorrência de investimento no tesouro, para aqueles que investem no mercado financeiro, mantendo assim, como de costume, a proteção a oligarquia brasileira, e aumentando ainda mais a desigualdade social.

É certo que cortes em gastos sociais terá reflexos direto e imediato na população carente, pois é sabido que o acesso a saúde é direito universal em razão da dignidade da pessoa humana, e os cortes implementados como meio de recuperação da economia, além de malferir os princípios da humanidade, são totalmente contrários ao que busca o princípio da dignidade da pessoa humana.

Não é plausível políticas restritivas em direitos sociais a fim de recuperar a economia, pois o preço a ser pago é muito alto, e a consequência de uma política restritiva gera um dano colateral impagável na sociedade em virtude da violação dos direitos fundamentais.

A política neoliberal de redução do Estado impacta diretamente nos direitos sociais, pois, quando se afirma que à Constituição, não cabe no orçamento do Estado, nas entre linhas está se afirmando que os direitos sociais sobrecarregam os gastos do Estado, o que é totalmente contrário ao que preceitua a Constituição Brasileira de 1988.

Vê-se então um retrocesso social, bem como que toda a luta travada na assembleia nacional constituinte com o então presidente José Sarney que possuía vínculo com o partido político de base militar, para garantir uma Constituição pós ditadura que amparasse todos os cidadãos como jamais havia ocorrido no país, dia após dia vem sendo desconstituída pela elite oligárquica, ao passo que no âmbito do Município do Salvador, gradativamente, a Emenda Constitucional irá retirar recursos a serem destinados a Saúde Pública, impactando diretamente nas contas públicas municipais, posto que, a cada ano que for passando enquanto estiver em vigor a Emenda Constitucional nº. 95/2016, será necessário o aumento do aporte pelo município através de recursos próprios, a fim de garantir um Mínimo Existencial a Saúde Pública, quando deveriam as políticas públicas federais estarem voltadas para rejeição do mínimo vital em busca do Máximo Existencial a fim de se extingui a desigualdade social.

5.2 PROPOSTA DE EMENDA À CONSTITUIÇÃO Nº. XX, DE 2020: UMA POSSIBILIDADE

Tratando-se o programa de mestrado profissional em direito, governança e políticas públicas da Universidade Salvador, faz-se necessário a apresentação de um produto anexo a dissertação.

O produto diz respeito a uma Proposta de Emenda à Constituição nº. XX, de 2020 (APÊNDICE A) que altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para retirar do Novo Regime Fiscal, as despesas primárias decorrentes de direitos sociais, e incluir as despesas financeiras, decorrentes do pagamento dos juros da dívida pública.

O produto apresentado trata-se de uma Emenda Constitucional, que tem como objetivo revogar parte da Emenda Constitucional nº. 95/2016. Pretende-se com o produto apresentado retirar do ordenamento jurídico pátrio os artigos 110 e 111 que constam nos atos das disposições constitucionais transitórias, sendo a Emenda Constitucional aplicada de imediato, não havendo assim *vacatio legis* para que entre em vigor.

Busca-se com o produto apresentado que seja obrigada a União a investir em saúde o percentual mínimo de 15% da receita corrente líquida, nos termos do artigo 198, §2º, Inciso I da Constituição Federal de 1988.

Ocorre que, em virtude da crise financeira que enfrenta o Brasil, não se pode esquecer da necessidade de realização de uma política pública de austeridade fiscal, ao passo que, a fim de equilibrar as contas públicas federais, consta no produto apresentado em forma de Emenda Constitucional, a criação de um teto de gastos para o pagamento das dívidas financeira do Estado relacionadas aos juros da dívida pública, de acordo com inciso II do § 1º do art. 107 do ato das disposições constitucionais transitórias, utilizando como referência o pagamento do ano de 2021, só podendo ser acrescido valores extras, com base na variação do Índice nacional de preços ao consumidor amplo.

6 CONCLUSÃO

Esta dissertação teve como objetivo, verificar quais os impactos dos tetos de gastos trouxeram à Saúde Pública do Município de Salvador. Neste trabalho, foi avaliado, como o investimento em Saúde Pública no Município de Salvador foi afetado, após a vigência da Emenda Constitucional nº. 95/2016.

Pretendia-se como projeto inicial da construção desta pesquisa, efetuar investigação de campo, e entrevistas com gestores da Secretaria de Saúde do Município do Salvador, tendo sido necessário, agendar reuniões com o responsável pelo setor financeiro da referida Secretaria, entretanto, em razão da pandemia causada pela COVID-19, tornou-se obrigatório o cancelamento das reuniões, frente a orientação das autoridades sanitárias, de iniciar o processo de isolamento social, a fim de conter o avanço da pandemia. Para tanto, a fim de alcançar o objetivo, foi necessário realizar uma pesquisa bibliográfica e documental.

Neste passo, caminhou-se pela análise das políticas de saúde e de proteção social, tratando da teoria do Máximo Existencial e Mínimo Existencial, passando pela visualização da eficácia da Emenda Constitucional nº. 95/2016, e a recuperação da economia, até chegar ao problema, que é, exatamente, identificar, como o investimento em Saúde Pública no Município de Salvador, foi afetado após a vigência da Emenda Constitucional nº. 95/2016.

Concluiu-se que a Emenda Constitucional nº. 95/2016, que prometeu equilibrar as contas públicas, optou por prestigiar a oligárquica brasileira, através da retirada gradativa dos recursos públicos, destinados a proteção dos direitos constitucionais sociais, visto que, ao invés de incluir um teto para os direitos sociais na referida Emenda Constitucional, poderia ter o constituinte reformador, deixado de lado as despesas com os direitos sociais, e incluído um teto para as despesas financeiras do Estado, no que tange ao pagamento de juros da dívida pública.

A decisão de incluir os direitos sociais na referida Emenda, aponta na direção de que, não faz parte das políticas públicas governamentais, a redução da desigualdade social, ao passo que, deixa claro a intenção do Governo Federal, de redução da atuação estatal, com a compressão de recursos destinados à proteção das garantias dos direitos sociais, em virtude do alinhamento com a política neoliberal.

No âmbito do Município de Salvador, pode-se concluir que, as contas públicas serão diretamente afetadas, e a cada ano, enquanto estiver em vigor a Emenda

Constitucional nº. 95/2016, será necessário um aporte financeiro com recursos próprios maior, a fim de oxigenar a Saúde Pública do Município, para não deixar de ser investido o percentual mínimo de 15%.

Tomando como base o ano de 2016, a cidade de Salvador recebeu, através de transferências constitucionais e legais, o importe de “R\$ 1.656.874.655,80 (um bilhão, seiscentos e cinquenta e seis milhões, setecentos e setenta e quatro mil, seiscentos e cinquenta e cinco reais e oitenta centavos).” (SALVADOR, 2016, s/p). Ocorre que, através de recursos próprios, o gestor municipal investiu, a quantia de “R\$ 1.947.274.027,72 (um bilhão, novecentos e quarenta e sete milhões, duzentos e setenta e quatro mil, vinte sete reais e setenta e dois centavos)” (SALVADOR, 2016, s/p).

A soma dos valores investidos em Saúde, correspondeu ao valor total de “R\$ 3.604.148.683,52 (três bilhões, seiscentos e quatro milhões, cento e quarenta e oito mil, seiscentos e oitenta e três reais e cinquenta e dois centavos).” (SALVADOR, 2016, s/p), referindo-se a “19,07%” (SALVADOR, 2016, s/p), do mínimo legal constitucional.

Em razão do percentual investido em Saúde ter sido acima do mínimo legal constitucional, os 4,07% executados acima, pelo Município de Salvador, correspondeu a quantia de “R\$ 142.650.606,69 (cento e quarenta e dois milhões, seiscentos e cinquenta mil, seiscentos e seis reais e noventa e nove centavos).” (SALVADOR, 2016, s/p).

Comparando o ano de 2016 com o ano de 2019, visto que a pesquisa teve como limite, a data de 25 de setembro de 2020, o Município de Salvador recebeu, através dos repasses constitucionais, o importe de “R\$ 1.816.961.309,70 (um bilhão, oitocentos e dezesseis milhões, novecentos e sessenta um mil, trezentos e nove reais e setenta centavos) (SALVADOR, 2019, s/p). Sendo que, investiu com recursos próprios, a quantia de “R\$ 2.319.633.544,53 (dois bilhões, trezentos e dezenove milhões, seiscentos e trinta e três mil, quinhentos e quarenta e quatro reais e cinquenta e três centavos).” (SALVADOR, 2019, s/p).

Foi destinado, então, a Saúde Pública do Município de Salvador, no ano de 2019, a quantia de “R\$ 4.136.594.854,23 (quatro bilhões, cento e trinta e seis milhões, quinhentos e noventa e quatro mil, oitocentos e cinquenta e quatro reais e vinte e três centavos)” (SALVADOR, 2019, s/p), que correspondeu a “19,03%.” (SALVADOR, 2019, s/p) do mínimo constitucional. Ocorre que, a arrecadação de impostos de competência municipal, não acompanha o volume dos aportes financeiros,

necessários para manter o investimento mínimo de 15%, que estipula a Constituição Federal de 1988, o que, por consequência, levará o Município de Salvador, ao endividamento das contas públicas, ou descumprimento do percentual mínimo constitucional, a ser investido em Saúde.

Como observado ao longo desta pesquisa, o Município de Salvador investiu em Saúde Pública, um mínimo constitucional de 15%. Entretanto, mantendo-se em vigor a Emenda Constitucional nº. 95/2016, estima-se que, utilizando como parâmetro o encolhimento do percentual de investimento nos anos de 2018 e 2019, e sem contabilizar os impostos que vem deixando de recolher, em razão da pandemia causada pela COVID-19, em 10 (dez) anos, o Município de Salvador estará investido, aproximadamente, 14,78% em Saúde, ou seja, abaixo do mínimo constitucional, e, progressivamente, reduzindo até perder a eficácia a Emenda Constitucional nº. 95/2016.

Por fim, concluiu-se que, a Emenda Constitucional nº. 95/2016, é inconstitucional, no que tange ao teto de gastos, ligados aos direitos sociais, por violar cláusula pétrea, constante no artigo 60, §4º, Inciso IV, da Constituição Federal de 1988, visto que tal Emenda, abole direitos e garantias fundamentais, carregando em si, um retrocesso social.

Neste esteio, apresenta-se um produto que tem como objetivo, propor a revogação dos artigos 110, que foram incluídos nos atos das disposições constitucionais transitórias, através da Emenda Constitucional nº. 95/2016, sem aplicação de *vacatio legis* à nova emenda, pelo que, imediatamente, voltaria a esfera governamental federal, a obrigatoriedade de direcionar recursos, de acordo com o percentual mínimo de 15%, da receita corrente líquida, nos termos do artigo 198, §2º, Inciso I da Constituição Federal de 1988.

Entretanto, em nome da tão perseguida austeridade fiscal, e da recuperação da economia, inclui-se, ainda, no produto apresentado em forma de Emenda Constitucional, a criação um teto de gastos, para pagamento das dívidas financeira do Estado, relacionadas aos juros da dívida pública. Em que pese, o trabalho está direcionado ao direito à Saúde. Convém destacar que, com a proposta de revogação do artigo 110 e incisos dos atos das disposições constitucionais transitórias, também atingiria o teto direcionado as despesas em Educação Pública, pois, ambos os direitos sociais estão vinculados ao artigo 110, fazendo referência ao artigo 107 dos atos das disposições constitucionais transitórias.

REFERÊNCIAS

- ACURCIO, Francisco de Assis. **Evolução histórica das políticas de saúde no Brasil**. 2000. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0243.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2020.
- ANDRADE, Edson de Oliveira; GOUVEIA, Valdiney V.; D'ÁVILA, Roberto Luiz; CARNEIRO, Mauro Brandão; MASSUD, Munir, Gallo; HIRAN, José. Índice de Desenvolvimento em saúde: conceituação e reflexões sobre sua necessidade. In: **Revista da Associação Médica Brasileira**, 2012.
- ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; PONTES, Ricardo José Soares; MARTINS JUNIOR, Tomaz Martins. A descentralização no marco da Reforma Sanitária no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, 2000.
- ASENSI, Felipe Dutra. **Indo além da judicialização**: o Ministério Público e a saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Escola de Direito do Rio de Janeiro da Fundação Getúlio Vargas, Centro de Justiça e Sociedade, 2010.
- BANCO CENTRAL. **Focus**: Relatório de Mercado. Edição de 05 de junho de 2020. Disponível em: <https://www.bcb.gov.br/content/focus/focus/R20200605.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2020.
- BARROSO, Luís Roberto. **Curso de Direito Constitucional Contemporâneo**. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2012.
- BATICH, Mariana. Previdência do trabalhador: uma trajetória inesperada. **Revista São Paulo Perspec**, São Paulo, v.18 n.3, jul./set. 2004.
- BERNADES, Camila Fernandes Santos; CALCAGNO, Matheus Braga. **A dignidade da pessoa humana como norma**: princípio e seus reflexos frente a concretização dos direitos fundamentais sociais. Direitos sociais e políticas públicas II [Recurso eletrônico on-line] /organização CONPED/UFF; coordenadores: Joaquim Leonel de Rezende Alvim... [et al.] Florianópolis: FUNJAB, 2012.
- BERTOLOZZI, Maria Rita; GRECO, R. M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.30, n.3, p.380-98, dez. 1996.
- BONTEMPO, Alessandra Gotti. **Direitos sociais**. 1. ed. 2 tir. Curitiba: Juruá, 2006.
- BRASIL. **Emenda Constitucional nº 95/2016**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm. Acesso em: 06 jun. 2019.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm#adct.
Acesso em: 18 maio 2020.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943**. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del5452compilado.htm. Acesso em:
30 maio 2020.

BRASIL. **Governo do Brasil libera R\$ 9,4 bilhões para combate ao coronavírus**. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46651-governo-do-brasil-libera-r-9-4-bilhoes-para-combate-ao-coronavirus>. Acesso em: 31 maio 2020.

BRASIL. **Lei 8.142/90 de 28 de dezembro de 1990**. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm. Acesso em: 18 abr. 2020.

BRASIL. **Lei nº 13.982, de 2 de abril de 2020**. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2020/Lei/L13982.htm. Acesso
em: 30 maio 2020.

BRASIL. **Lei nº 8.080/90 de 19 de setembro de 1990**. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm. Acesso em: 18 abr. 2020.

BRASIL. **Medida Provisória nº 924 de 13 de março de 2020**. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2019-2022/2020/Mpv/mpv924.htm.
Acesso em: 31 maio 2020.

BRASIL. **Medida Provisória nº 927 de 22 de março de 2020**. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2020/Mpv/mpv927.htm. Acesso
em: 30 maio 2020.

BRASIL. **Medida Provisória Nº 937, de 2 de abril de 2020**. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2020/Mpv/mpv937.htm. Acesso
em: 30 maio 2020.

BRASIL. **Medida Provisória nº 940 de 02 de abril de 2020**. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2019-2022/2020/Mpv/mpv940.htm.
Acesso em: 31 maio 2020.

BRASIL. **Organização Pan-americana de saúde**. Folha informativa – COVID-19:
(doença causada pelo novo coronavírus). Disponível em:
https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875. Acesso em: 30 maio 2020.

BRASIL. **Supremo Tribunal Federal (STF)**. Agravo Regimental no recurso
extraordinário com agravo 639.337 - SP. Disponível em:
<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=627428>. Acesso
em: 30 maio 2020.

CARVALHO, Gilson. A saúde pública no Brasil. **Estudos avançados**, São Paulo, v. 27, n. 78, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ea/v27n78/02.pdf>. Acesso em: 8 mar. 2020.

CELUPPI, Ianka Cristina; GEREMIA, Daniela Savi; FERREIRA, Jéssica; PEREIRA, Adelyne Maria Mendes; SOUZA, Jeane Barros de. 30 anos de SUS: relação público-privada e os impasses para o direito universal à saúde. **Revista Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 121, p. 302 a 313, abr./jun, 2019.

COMISSÃO DE DIREITOS HUMANOS DA UPS. **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) 1946**. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>. Acesso em: 06 jun. 2019.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICIPIOS - **Teto do gasto e saúde pública**. Disponível em: <https://www.cnm.org.br/cms/biblioteca/Teto%20do%20gasto%20e%20sa%C3%BAde%20p%C3%BAblica.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2019.

CONTROLADORIA GERAL DA UNIÃO. **Portal da transparência**. Recursos Transferidos. Disponível em: <http://www.portaltransparencia.gov.br/transferencias?ano=2015>. Acesso em: 19 set. 2020.

COURI, Daniel Veloso; BIJOS, Paulo Roberto Simão. **Breve análise sobre a PEC 241/2016, que altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para instituir o Novo Regime Fiscal**. Brasília: Senado Federal, 2016.

CUNHA JÚNIOR, Dirley da. **Curso de direito constitucional**. 3. ed. Salvador: JusPodium, 2009.

CUNHA JÚNIOR, Dirley da. **Curso de Direito Constitucional**. 6. ed. Salvador: JusPODIVM, 2012.

CURY, Ieda Tatiana. **Direito fundamental à saúde: evolução, normatização e efetividade**. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2005.

DALFIOR, E. T.; LIMA, R. C. D.; ANDRADE, M. A. C. Reflexões sobre análise de implementação de políticas de saúde. **Revista Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 210-225, jan.-mar. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2015.v39n104/210-225/pt>. Acesso em: 16 mar. 2020.

DANTAS, Miguel Calmon. **Máximo existencial como direito fundamental: rejeitando a tese de mínimo vital pelo desenvolvimento de referências mais protetivos**. Curitiba: Juruá, 2019.

DANTAS, Miguel Calmon; JUNIOR, Vicente Coni. Constitucionalismo digital e a liberdade de reunião virtual: Protesto e emancipação da sociedade de informação. **Revista de Direito, Governança e Novas Tecnologias**. 2017.

DORNELAS, Henrique Lopes. **A aplicação do princípio da vedação de retrocesso social na proteção do direito social à saúde e em relação à a emenda constitucional nº 95/2016**: A (não) efetividade das ciências jurídicas no Brasil. 2 [recurso eletrônico]. Organizador: Douglas Santos Mezacasa. Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2020.

FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. **Direito fundamental à saúde**: parâmetros para sua eficácia e efetividade. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2007.

FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS. **A Era Vargas**: dos anos 20 a 1945. Disponível em: <https://cpdoc.fgv.br/producao/dossies/AEraVargas1/anos30-37/PoliticaSocial/IAP>, 2017: Acesso em: 15 abr. 2020.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GROFF, Paulo Vargas. Direitos Fundamentais nas Constituições brasileiras. **Revista de Informação Legislativa**, Brasília, ano 45, n. 178, abr./jun. 2008.

HOCHMAN, Gilberto. O Brasil não é só doença: o programa de saúde pública de Juscelino Kubitschek. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.16, supl.1, p.313-331, jul. 2009.

HOCHMAN, Gilberto. Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945). **Revista Educar**, Curitiba: Editora UFPR, n. 25, p. 127-141, 2005.

HOCHMAN, Gilberto. Vacinação, varíola e uma cultura da imunização no Brasil. 2011. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.2, p.:375-386, 2011.

HOMERO. **Odisséia**. Tradução de: Manoel Odorico Mendes. Versão para e-Book, 2009. Disponível em: <http://www.ebooksbrasil.org/eLibris/odisseiap.html>. Acesso em: 22 maio 2020.

IBGE. **Panorama**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/salvador/panorama>. Acesso em: 12 set. 2020.

IMPOSTÔMETRO. Disponível em: <https://impostometro.com.br/>. Acesso em: 19 nov. 2019.

LENZA, Pedro. **Direito Constitucional Esquematizado**. 13 edição. Revista atualizada e ampliada. Editora Saraiva: São Paulo, 2009.

MATTA, Gustavo Corrêa; MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães. **Atenção à Saúde**. 2009. Disponível em:

<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/atesau.html>. Acesso em: 14 abr. 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. esp. 5, p. 58-70, dez, 2019.

MENEZES, Ana Paula; MORETTI, Bruno. **Desvinculação de receitas, barbárie anunciada na saúde pública**. Disponível em:

<https://www.viomundo.com.br/blogdasaude/ana--paula-menezes-e-bruno-moretti-desvinculacao--de-receitas-barbarie-anunciada-na-saude-publica.html>. Acesso em: 13 jul. 2020.

MENEZES, Vitor Hugo Mota de. **Direito a saúde e reserva do possível**. Curitiba: Juruá, 2015.

MINISTERIO DA SAÚDE - **Sistema Único de Saúde**. Disponível em:

<http://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/sistema-unico-de-saude>. Acesso em: 15 nov. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **História do Ministério da Saúde no Brasil**: do Sanitarismo à Municipalização, 2017. Disponível em:

<https://www.saude.gov.br/hospitais-federais/681-institucional/40886-historia-do-ministerio>. Acesso em: 16 abr. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Princípios do SUS, 2017**. Disponível em:

<https://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus>. Acesso em: 16 abr. 2020.

MINISTERIO PÚBLICO FEDERAL. **Casos Lava Jato**. Disponível em:

<http://www.mpf.mp.br/grandes-casos/lava-jato/resultados>. Acesso em: 19 nov. 2019.

MOREIRA, Thacio Fortunato; SOUZA, José Gilea de. (org.). **Gestão Pública e Governança**. Salvador (BA): Kawo-Kabiyesile, 2018.

MORETTI, Bruno. **O SUS, a coca-cola e a desvinculação de receitas**: como retirar R\$ 2 trilhões da saúde. Disponível em: <http://brasildebate.com.br/o-sus-a-coca-cola-e-a-desvinculacao-de-receitas-como-retirar--r-2-trilhoes-da-saude/>. Acesso em: 13 jul. 2020.

MORETTI, Bruno. **Efeitos da EC 95**: uma perda bilionária para o SUS em 2019. Disponível em: <http://brasildebate.com.br/efeitos-da-ec-95-uma-perda-bilionaria-para-o-sus-em-2019/>. Acesso em: 06 jun. 2019.

NEVES, Marcelo. **Constituição e Direito na modernidade periférica**: uma abordagem teórica e uma interpretação ao caso brasileiro. Tradução original alemão por Antônio Luz Costa: revisão técnico-jurídica de Edvaldo Moita, com colaboração de Agnes Macedo: prefácio original de Niklas Luhmann. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2018.

NEVES, Marcelo. **A constitucionalização simbólica**. 3. ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2011.

OLIVEIRA, Vanessa Elias de. Saúde Pública e Políticas Públicas: campos próximos, porém distantes. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.25, n.4, 2016. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/sausoc/2016.v25n4/880-894/pt> -. Acesso em: 12 mar. 2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Banco Mundial prevê pior recessão desde a Segunda Guerra Mundial**. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2020/06/1716072>. Acesso em: 14 jun. 2020.

PEIXOTO, Michaele Lemos; BARROSO, Hayeska Costa. Judicialização e seguridade social: restrição ou efetivação de direitos sociais? **Revista katálysis**, Florianópolis, v. 22, n.1, jan./abr. 2019.

REIS, Denizi Oliveira; ARAÚJO, Eliane Cardoso de; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. Políticas públicas de saúde: Sistema Único de Saúde. **Revista Unasus**, 2012. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade04/unidade04.pdf. Acesso em: 12 mar. 2020.

SALVADOR. **Portal da transparência**. Demonstrativo das receitas e despesas com ações e serviços públicos de saúde. Disponível em: <http://www.transparencia.salvador.ba.gov.br/Arquivos/LRF/RREO/2015/6BIMESTRE/12%20-%20Despesas%20para%20apura%C3%A7%C3%A3o%20da%20aplica%C3%A7%C3%A3o%20em%20a%C3%A7%C3%B5es%20publicos%20de%20Sa%C3%BAde.pdf>. Acesso em: 26 set. 2020.

SALVADOR. **Salvador por todos**. Disponível em: <http://www.salvadorportodos.salvador.ba.gov.br/pesquisa.php>. Acesso em: 31 maio 2020.

SALVADOR. **Secretaria Municipal da Saúde do Salvador (SMS SSA)**. Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão (DEPG). Plano Municipal de Saúde de Salvador 2018-2021. Disponível em: http://www.saude.salvador.ba.gov.br/secretaria/wp-content/uploads/sites/2/2018/12/Plano-Municipal-de-Sa%C3%BAde-2018-2021-VOLUME-I_aprovado-pelo-CMS-21.11.pdf. Acesso em: 05 set. 2020.

SALVADOR. **Secretaria Municipal de Saúde**. Unidades de urgência de Salvador prestam assistência a pacientes de toda Bahia. Disponível em: <http://www.saude.salvador.ba.gov.br/unidades-de-urgencia-de-salvador-prestam-assistencia-a-pacientes-de-toda-bahia/>. Acesso em: 19 set. 2020.

SARLET, Ingo Wolfgang. A eficácia do direito fundamental à segurança jurídica: Dignidade da pessoa humana, direitos fundamentais e proibição do retrocesso social no direito constitucional Brasileiro. **Revista eletrônica sobre a reforma do estado (RERE)**, n. 21, 2010.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Eficácia dos Direitos Fundamentais**. 2. ed. rev. e atual. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2004.

SARLET, Ingo Wolfgang. Algumas considerações em torno do conteúdo: eficácia e efetividade do direito à saúde na Constituição Federal de 1988. **Revista diálogo jurídico**. n. 10, jan. 2002. Salvador: Bahia. Disponível em: <http://www.periodicos.ulbra.br/index.php/direito/article/view/2433>. Acesso em: 28 out. 2018.

SARTI, Thiago Dias; LAZARINI, Welington Serra; FONTENELLE, Leonardo Ferreira; ALMEIDA, Ana Paula Santana Coelho. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde, Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.29, n.2, 2020.

SENADO FEDERAL. **Jornal da Constituinte**: Exposição “A Participação Popular nos 25 anos da Constituição Cidadã”. Disponível em: <http://www.senado.leg.br/noticias/especiais/constituicao25anos/exposicao-senado-galeria/Jornal-Constituinte.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2019.

SENADO FEDERAL. **Pandemia põe em xeque teto constitucional de gastos públicos**. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2020/03/18/pandemia-poe-em-xeque-teto-constitucional-de-gastos-publicos>. Acesso em: 14 jun. 2020.

SENADO FEDERAL. **Projeto determina redução salarial de senadores e deputados para combater pandemia**. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2020/04/20/projeto-determina-reducao-salarial-de-senadores-e-deputados-para-combater-pandemia>. Acesso em: 05 set. 2020.

SENADO FEDERAL. **Proposta de Emenda à Constituição nº 14, de 2018**. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/134224>. Acesso em: 14 jun. 2020.

SENADO FEDERAL. **Proposta de Emenda à Constituição nº 54, de 2019**. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/136309>. Acesso em: 14 jun. 2020.

SILVA, Denise Santos Vasconcelos. **Direito a saúde**: Ativismo Judicial, políticas públicas e reserva do possível. Curitiba: Jurua, 2015.

SILVA, Guilherme Rodrigues da. O Sus e a Crise Atual do Setor Público da Saúde. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.4, n 1-2, 1995. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12901995000100004. Acesso em: 08 mar. 2020.

SILVA, Jose Afonso da. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 27. ed. São Paulo: Malheiros, 2006.

SOUSA, Daniela; PINHO, Lara Guedes de; PEREIRA, Anabela. Qualidade de vida e suporte social em doentes com esquizofrenia. **Revista Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde**, 2017.

SOUZA, Celina. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Revista Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, n. 16, jul./de.z 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2020.

SPC BRASIL. **70% dos brasileiros não possuem plano de saúde particular, mostram SPC Brasil e CNDL**. Disponível em <https://observatorio3setor.org.br/wp-content/uploads/2018/03/Release-Gastos-com-Sa%C3%BAde-1.pdf>. Acesso em: 12 set. 2020.

STEDILE, Nilva Lúcia Rech; GUIMARÃES, Maria Cristina Soares; FERLA, Alcindo Antonio; FREIRE, Rafaela Cordeiro. Contribuições das conferências nacionais de saúde na definição de políticas públicas de ambiente e informação em saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.10, p.2957-2971, 2015.

VASCONCELOS FILHO, José Aécio. **Controle dos gastos públicos no Brasil após a EC 95/2016**: reflexões sobre a constitucionalidade do Novo Regime Fiscal. 2019. Disponível em: http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/40350/1/2019_dis_javfilho.pdf. Acesso em: 11 maio 2020.

VELOSO, Fernando Mundim. **A inconstitucionalidade material da Emenda Constitucional 95 de 2016**. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14393/ufu.di.2019.687>. Acesso em: 23 maio 2020.

VIEIRA JUNIOR, Dicesar Beches. Teoria dos direitos fundamentais: evolução histórico-positiva, regras e princípios. **Revista da Faculdade de Direito-RFD-UERJ**. Rio de Janeiro, n. 28, p. 73 a 96, dez. 2015.

VIEIRA, Oscar Vilhena. **A Batalha dos Poderes**. São Paulo: Companhia das Letras, 2018.

APÊNDICE A - PROPOSTA DE EMENDA À CONSTITUIÇÃO Nº XX, DE 2020**PROPOSTA DE EMENDA À CONSTITUIÇÃO Nº XX, DE 2020**

Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para retirar do Novo Regime Fiscal as despesas primárias decorrentes de direitos sociais, e incluir as despesas financeiras decorrente do pagamento dos juros da dívida pública.

Autor: Bruno Garrido

Art. 1º O Ato das Disposições Constitucionais Transitórias passa a vigorar com as seguintes alterações:

Art. 2º Fica revogado o artigo 110, Inciso I e II dos atos das disposições constitucionais transitórias.

Inc. No ato da publicação desta emenda constitucional, a união será obrigada ainda no exercício financeiro de 2020, cumprir o que determina o artigo 198, § 2º, Inciso I desta Constituição.

Art. 3º Inclui-se nos atos das disposições constitucionais transitórias o artigo 110 B, e Incisos.

Art. 110 – B. Na vigência do Novo Regime Fiscal, os pagamentos de juros da dívida pública equivalerão:

Inc. I. Ao pagamento do ano de 2020, acrescido, do quanto determinado no inciso II do § 1º do art. 107 deste Ato das Disposições Constitucionais Transitórias.

Art. 4º Esta Emenda Constitucional entra em vigor na data de sua promulgação.

Brasília,