

**XXVIII CONGRESSO NACIONAL DO
CONPEDI BELÉM – PA**

**DIREITOS SOCIAIS, SEGURIDADE E PREVIDÊNCIA
SOCIAL**

JOSÉ RICARDO CAETANO COSTA

SIMONE MARIA PALHETA PIRES

Todos os direitos reservados e protegidos. Nenhuma parte deste anal poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados sem prévia autorização dos editores.

Diretoria – CONPEDI

Presidente - Prof. Dr. Orides Mezzaroba - UFSC – Santa Catarina

Vice-presidente Centro-Oeste - Prof. Dr. José Querino Tavares Neto - UFG – Goiás

Vice-presidente Sudeste - Prof. Dr. César Augusto de Castro Fiuza - UFMG/PUCMG – Minas Gerais

Vice-presidente Nordeste - Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva - UFS – Sergipe

Vice-presidente Norte - Prof. Dr. Jean Carlos Dias - Cesupa – Pará

Vice-presidente Sul - Prof. Dr. Leonel Severo Rocha - Unisinos – Rio Grande do Sul

Secretário Executivo - Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Napolini - Unimar/Uninove – São Paulo

Representante Discente – FEPODI

Yuri Nathan da Costa Lannes - Mackenzie – São Paulo

Conselho Fiscal:

Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim - UCAM – Rio de Janeiro

Prof. Dr. Aires José Rover - UFSC – Santa Catarina

Prof. Dr. Edinilson Donisete Machado - UNIVEM/UENP – São Paulo

Prof. Dr. Marcus Firmino Santiago da Silva - UDF – Distrito Federal (suplente)

Prof. Dr. Ilton Garcia da Costa - UENP – São Paulo (suplente)

Secretarias:

Relações Institucionais

Prof. Dr. Horácio Wanderlei Rodrigues - UNIVEM – Santa Catarina

Prof. Dr. Valter Moura do Carmo - UNIMAR – Ceará

Prof. Dr. José Barroso Filho - UPIS/ENAJUM – Distrito Federal

Relações Internacionais para o Continente Americano

Prof. Dr. Fernando Antônio de Carvalho Dantas - UFG – Goiás

Prof. Dr. Heron José de Santana Gordilho - UFBA – Bahia

Prof. Dr. Paulo Roberto Barbosa Ramos - UFMA – Maranhão

Relações Internacionais para os demais Continentes

Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr - Unicuritiba – Paraná

Prof. Dr. Rubens Beçak - USP – São Paulo

Profa. Dra. Maria Aurea Baroni Cecato - Unipê/UFPB – Paraíba

Eventos:

Prof. Dr. Jerônimo Siqueira Tybusch (UFMS – Rio Grande do Sul)

Prof. Dr. José Filomeno de Moraes Filho (Unifor – Ceará)

Prof. Dr. Antônio Carlos Diniz Murta (Fumec – Minas Gerais)

Comunicação:

Prof. Dr. Matheus Felipe de Castro (UNOESC – Santa Catarina)

Prof. Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho (UPF/Univali – Rio Grande do Sul)

Dr. Caio Augusto Souza Lara (ESDHC – Minas Gerais)

Membro Nato – Presidência anterior Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa - UNICAP – Pernambuco

D597

Direitos sociais, seguridade e previdência social [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI/CESUPA

Coordenadores: José Ricardo Caetano Costa; Simone Maria Palheta Pires – Florianópolis: CONPEDI, 2019.

Inclui bibliografia

ISBN: 978-85-5505-856-1

Modo de acesso: www.conpedi.org.br em publicações

Tema: Direito, Desenvolvimento e Políticas Públicas: Amazônia do Século XXI

1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Congressos Nacionais. 2. Assistência. 3. Isonomia. XXVIII Congresso Nacional do CONPEDI (28 : 2019 : Belém, Brasil).

CDU: 34



XXVIII CONGRESSO NACIONAL DO CONPEDI BELÉM – PA

DIREITOS SOCIAIS, SEGURIDADE E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Apresentação

No dia 14 de novembro de 2019, no XXVIII, em Belém do Pará, nosso Grupo de Trabalho de DIREITOS SOCIAIS, SEGURIDADE E PREVIDÊNCIA SOCIAL, é enriquecido com a apresentação de 15 artigos. Um dia após a vigência das duras regras impostas pela EC n. 103 /19 (antiga PEC 6/19), as reflexões em torno da previdência, saúde e assistência social predominaram nos artigos e debates que se seguiram após as apresentações dos autores. O processo de judicialização destas políticas, o que incluiu outros direitos sociais como a moradia e educação, também foram objetos de estudos dos autores e autoras que apresentaram seus trabalhos acadêmicos.

Segue, portanto, uma breve sinopse destes excelentes trabalhos selecionados e apresentados, ficando o convite para que este debate seja ampliado e ganhe outras dimensões, de modo que possamos refletir, crítica e academicamente, sobre todos estes direitos sociais no delicado momento vivido em nosso País.

No artigo “A DEMOCRACIA E A JUDICIALIZAÇÃO DOS DIREITOS SOCIAIS”, apresentado por Winston de Araújo Teixeira, o autor analisa o conceito de democracia, bem como a judicialização dos direitos sociais. Analisa a violação dos direitos sociais, pesquisando a cerca da democracia, especialmente no que respeita aos direitos trabalhistas e o processo de flexibilização.

No artigo denominado “AS AÇÕES AFIRMATIVAS NAS PERSPECTIVAS JURÍDICA E ACADÊMICA: UMA ANÁLISE HISTÓRICA ATUALIZADA”, de Edmundo Alves De Oliveira, Fernando Passos, os autores objetivam construir um arcabouço teórico para sustentar a análise das ações afirmativas, especialmente na questão educacional, tendo como referência as publicações do Scopus e as legislações vigentes. Analisam a quantidade de publicações realizadas a partir destes dados.

No artigo denominado “A VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE NO ARQUIPÉLAGO DO MARAJÓ (PA) E SEU DIREITO AO RECONHECIMENTO COMO SUJEITO DE DIREITO E DE SER PROTEGIDA E RESGUARDADA, de Ana Elizabeth Neirão Reymão, Arnaldo José Pedrosa Gomes, propõe a discussão sobre a violência sexual contra a criança e o adolescente no Marajó (Pará) e a importância do direito ao reconhecimento dos mesmos como sujeitos de direito, analisando sentenças de processos

judiciais de estupro de vulnerável na Comarca de Ponta de Pedras. Apontam, na pesquisa, a falta de proteção das vítimas nos processos estudados.

No artigo denominado “AUTOTUTELA ADMINISTRATIVA: UMA ANÁLISE A RESPEITO DA INCIDÊNCIA DO "ABATE-TETO", de Raquel Varela Alípio , Carla Cristiane Ramos De Macedo, os autores buscam a fundamentação nos conceitos e entendimentos vigentes, por enriquecimento sem causa por parte do Estado e como se dá a aplicação do denominado “abate-teto”.

No artigo denominado “DIREITO À MORADIA: UMA VISÃO FACE AO DIREITO AMBIENTAL E A NECESSIDADE DE JUDICIALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS EM POSSÍVEIS CONFLITOS DE NORMAS”, de Alessandra Castro Diniz Portela, Gisele Albuquerque Morais, as autoras buscam a análise do direito fundamental à moradia, enfocando as limitações trazidas pelo Direito Ambiental, bem como a obrigação do Estado em garanti-la. Analisam o processo de judicialização de políticas públicas, sustentando esse processo.

No artigo denominado “DIREITOS E GARANTIAS FUNDAMENTAIS: DIREITO DE SAÚDE”, de autoria de Fernando da Silva Luque, o autor analisa os direitos e garantias fundamentais à saúde, descrevendo a distribuição de medicamentos, observados os institutos da reserva do possível e o princípio do mínimo existencial, dos primórdios normativos pátrios à Magna Carta.

No artigo denominado “ERRADICAÇÃO DA POBREZA: CONTRIBUIÇÕES DO PROGRAMA DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA BOLSA FAMÍLIA PARA O CUMPRIMENTO DO ODS1 (OBJETIVO DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL 1) DA AGENDA 2030 DA ONU”, de Rodimar Silva Da Silva , Mártin Perius Haeberlin, reflete sobre o Programa Bolsa Família(PBF) contribui para o cumprimento do ODS1, de erradicação da pobreza, da agenda 2030-ONU. Analisa que as políticas públicas de inserção ao mercado de trabalho para geração de renda, além das políticas de inclusão social como garantias de direitos, precisam ser transversais e integradas ao PBF.

No artigo denominado “IMPACTOS DA EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 95/2016 SOBRE A SAÚDE ESTADUAL”, de Gleice de Nazaré Barroso Lima, Eliana Maria De Souza Franco Teixeira, as autoras investigam as consequências trazidas pela Emenda Constitucional nº 95 de 2016, no que diz respeito ao orçamento público e aos repasses de verbas pela União aos Estados e Municípios, especificamente à Região Norte, Estado do Pará, e à desproporção dos níveis de desigualdades sociais visíveis naquele Estado.

No artigo denominado “MALVERSAÇÃO DE DIREITO SOCIAL EM TEMPOS DE REFORMAS: REFLEXÕES SOBRE AS FINALIDADES E FRAGILIDADES DO BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA”, de Viviane Freitas Perdigão Lima, Renata Caroline Pereira Reis, analisa o benefício assistencial continuada na, enfocando o relatório produzido pela Controladoria Geral da União, cujo relatório apontou várias irregularidades na concessão deste benefício.

No artigo denominado “O DEBATE SOBRE O DÉFICIT PREVIDENCIÁRIO E UMA ANÁLISE DAS (IN)CONSTITUCIONALIDADES DA PEC 06/2019”, de Joaner Campello De Oliveira Junior e Carlos Alberto Simões de Tomaz, os autores analisam os processos de reformas da previdência social, especialmente no que respeita à EC 287/2016 e da EC 06/2019. Avaliam em que medida a capitalização, o BPC e a desconstitucionalização da matéria previdenciária confrontam a constituição brasileira e as normas internacionais.

No artigo denominado “O MÍNIMO EXISTÊNCIAL E A INAPLICABILIDADE DA RESERVA DO POSSÍVEL: A ESSENCIALIDADE DOS DIREITOS À SAÚDE BÁSICA E À EDUCAÇÃO FUNDAMENTAL”, de Witan Silva Barros e Norma Sueli Alves dos Santos Vidal, as autoras buscam analisar a essencialidade dos direitos à saúde básica e a educação fundamental frente à reserva do possível, buscando responder a seguinte problemática: a concretização dos direitos à saúde e à educação está sujeita a critérios objetivos para inaplicabilidade da reserva do possível? Para tanto, analisam a legislação e a jurisprudência do STF, acerca da questão da saúde, nos últimos dez anos.

No artigo denominado “O NÚCLEO ESSENCIAL DO DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE E OS TRATAMENTOS NO EXTERIOR”, de Luciana Gaspar Melquíades Duarte e Victor Luna Vidal, os autores investigam o tratamento jurisprudencial do direito fundamental à saúde relativamente à realização de pedidos de custeio de tratamentos de saúde no exterior. Investigam o núcleo essencial do direito à saúde, analisando as decisões do Supremo Tribunal Federal e do Superior Tribunal de Justiça, apontando os parâmetros utilizados por estes dois Tribunais, propondo outro critério para a concessão destes benefícios.

No artigo “O PROCESSO DE RESSIGNIFICAÇÃO DAS POLÍTICAS E DIREITOS SOCIAIS NO BRASIL”, de Simone Maria Palheta Pires, a autora analisa a ressignificação dos direitos e políticas sociais, tendo como marco histórico a redemocratização. No artigo, a autora apresenta as seguintes questões norteadoras: 1) Os direitos e políticas sociais foram ressignificados em um cenário de crise do Estado do bem-estar social? 2) Como a conjuntura

política influencia na efetividade dos direitos sociais e na elaboração de políticas públicas? 3)
A transição de uma gestão neodesenvolvimentista para um governo neoliberal tem
contribuído para manter as conquistas sociais?

Uma ótima leitura e proveito de todos(as).

Prof. Dr. José Ricardo Caetano Costa (FURG)

Profa. Dra. Simone Maria Palheta Pires (UNIFAP)

Nota Técnica: Os artigos que não constam nestes Anais foram selecionados para publicação
na Plataforma Index Law Journals, conforme previsto no artigo 8.1 do edital do evento.
Equipe Editorial Index Law Journal - publicacao@conpedi.org.br.

IMPACTOS DA EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 95/2016 SOBRE A SAÚDE ESTADUAL

IMPACTS OF CONSTITUTIONAL AMENDMENT NO. 95/2016 ON STATE HEALTH

Gleice De Nazaré Barroso Lima ¹
Eliana Maria De Souza Franco Teixeira ²

Resumo

RESUMO Esta pesquisa buscou investigar as consequências trazidas pela Emenda Constitucional nº 95 de 2016, no que diz respeito ao orçamento público e aos repasses de verbas pela União aos Estados e Municípios, especificamente à Região Norte, Estado do Pará, e à desproporção dos níveis de desigualdades sociais visíveis naquele Estado. A EC nº 95/2016 desembocará na falta de obediência a direitos fundamentais e no retrocesso social, atentando contra a Constituição Republicana de 1988. O estudo ocorrerá por meio de análises bibliográfica e documental. Constata-se que a EC nº 95/2016, em pouco tempo, impactará negativamente no âmbito da saúde.

Palavras-chave: Palavras-chaves: emenda constitucional nº 96/2016, Direito à saúde, Teto dos gastos públicos, Direito fundamental à saúde, Dignidade da pessoa humana

Abstract/Resumen/Résumé

This research sought to investigate the consequences brought by Constitutional Amendment nº 95 of 2016, with respect to the public budget and the transfer of funds by the Union to States and Municipalities, specifically to the Northern Region, State of Pará, and disproportion of levels of social inequalities visible in that state. That CA will result in lack of obedience to fundamental rights and social setback, undermining the Republican Constitution of 1988. The study will take place through bibliographic and documentary analysis. It can be seen that CA 95/2016 will soon have a negative impact on health.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Keywords: constitutional amendment nº 96/2016, Right to health, Ceiling of public spending, Fundamental right to health, Dignity of human person

¹ Mestre em Direitos Fundamentais, Professora nos Módulos de Políticas Públicas e Direito Médico no Instituto Jamil Sales.

² Doutora em Direitos Humanos pela Universidade Federal do Pará. Professora do Programa de Mestrado em Gestão Pública do Núcleo de Altos Estudos Amazônicos – NAEA – UFPA.

I- INTRODUÇÃO

Esta pesquisa tem por escopo analisar, sob um olhar da perspectiva orçamentária do atual contexto nacional, a mudança fiscal para a área da saúde, trazida a baila pela Emenda Constitucional nº 95/2016, que alterou a maneira de repassar as verbas públicas para investimentos no setor primário, *in casu*, à saúde, com um destaque para o Estado do Pará e suas particularidades que o diferenciam no momento em que a União faz a distribuição e esquece suas peculiaridades bem características da Região Norte. A pesquisa tem pretensão de, por meio de pesquisas bibliográficas e análises de leis específicas, demonstrar a inconstitucionalidade da emenda, com fundamentos no artigo 60 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

A Emenda Constitucional nº 95/16 acrescentou os artigos 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113 e 114 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias com a finalidade de diminuir gastos públicos nos setores primários, sob o argumento de diminuir a dívida externa do País, usando um limite ou “Teto” para reajustes dos comentados setores. É relevante, pois, a análise de tais dispositivos, principalmente o artigo 110 por contrariar as correções determinadas pela Lei Complementar nº 141 de 2012, a qual determina como será feito o repasse das verbas públicas para o setor da saúde, e por ferir princípios fundamentais que proíbem o retrocesso social.

Diante dos estudos bibliográficos que a pesquisa pretende analisar sobre a Emenda Constitucional nº 95/2016, faz-se necessário perpassar por momentos de divisões de valores públicos para os entes federados e desproporção particularizada de cada ente diante do contexto social e regional, comparando a referida emenda com a determinação constitucional, inclusive a lei específica sobre a distribuição, para que se obtenha um panorama do contexto social atual, sem, contudo, pretender esgotar o assunto, o que seria muito difícil por abranger vários estudos e saberes diferentes, como economia, administração, finanças etc.

Assim, a pesquisa pretende contribuir para uma melhor compreensão das distribuições financeiras impostas pela EC nº 95/2016, e as gestões dos gastos públicos com as referidas limitações diante das particularidades de cada região, especialmente da Região Norte, o Estado do Pará.

II - DO DIREITO À SAÚDE – DIREITO FUNDAMENTAL

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 é um marco entre um regime de governo autoritário – comandado pelo militarismo – e o processo de democratização do Estado Brasileiro. (PIOVESAN, 2016, P. 91). Nasceram, assim, de maneira lenta e gradual, mobilizações e articulações que permitiram conquistas e consagraram princípios fundamentais para o alicerce de uma sociedade democrática, promovendo os direitos dos cidadãos e a igualdade social.

A partir do marco da Constituição de 1988, com a ampliação e reconhecimento dos direitos e garantias fundamentais da pessoa humana, em nível interno e internacional, declara-se um compromisso com o cidadão brasileiro, primando por assegurar, desde o seu preâmbulo, um Estado Democrático de Direito, demonstrando que seu objetivo é destacar a segurança dos direitos fundamentais dessa Constituição.

A doutrina, como a dos autores Ricardo Chimenti, Fernando Capez, Márcio Rosa e Marisa Santos (2007), utiliza-se da classificação metodológica dos direitos e garantias fundamentais com base no lema da Revolução Francesa de 1789 – liberdade, igualdade e fraternidade –, para melhor explicá-los didaticamente, agrupando-os em três gerações. A primeira geração acontece em busca dos direitos à liberdade, que cada cidadão tem e deve ser garantido e protegido, limitando o poder do Estado, consideradas liberdades negativas. A segunda geração – é a que nos interessa neste trabalho de pesquisa –, marcada pelo pós-guerra (2ª Guerra Mundial), tem como escopo resguardar os direitos sociais, através da exigência de políticas públicas que proporcionem a igualdade social, procurando solucionar e dirimir muitos dos problemas que a sociedade enfrenta.

Já a terceira geração é a busca pela fraternidade. Remete aos direitos à fraternidade que tem como objetos os direitos que protegem a continuidade da espécie humana, tais como direito ao meio ambiente, à paz, à autodeterminação dos povos, à proteção do consumidor, à comunicação, à infância e juventude, e, ainda, os direitos difusos e coletivos. (CHIMENTI, CAPEZ, ROSA E SANTOS, 2007, ps. 47-48). São direitos que estão bem claros e transcritos na própria Constituição para instituir um Estado Democrático, da seguinte forma:

[...] 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. (FERNANDES, 2016, p. 5).

Com essa perspectiva e com objetivos definidos no seu artigo 3º, a Constituição Republicana de 1988 traz em seu corpo a garantia fundamental do direito à saúde, conforme se lê em seu contexto, sendo que o artigo 6º é o que de início reflete esse fim em se tratando dos direitos sociais: “São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação...”, (FERNANDES, 2016, p. 12). Tem-se como núcleo básico e informador de todo o ordenamento jurídico e parâmetro de valoração o valor da **dignidade da pessoa humana**, que é o norteador de todos os outros direitos existentes nessa ordem constitucional. (PIOVESAN, 2016, p. 97).

Verifica-se que os direitos e garantias fundamentais têm características próprias que os refletem dentro do contexto social, como sua história, universalidade, limitabilidade, conduzindo, desta forma um estudo sequencial e sistêmico, que abrange várias possibilidades de proteção à humanidade, sendo, pois, direitos irrenunciáveis e concorrentes, que validam a permanência da espécie humana nos mais variados campos de sobrevivência.

Assim, os direitos e garantias fundamentais expressam a existência de dispositivos que asseguram o exercício efetivo dos direitos e delimitam o caminho de atuação do Poder do Estado como um imperativo de segurança da manutenção do Estado Democrático. Para tanto, precisa-se da máxima efetividade e eficiência da garantia desses direitos pelo Estado, mantendo sempre a premissa de que a preservação e a concretização dos direitos e garantias fundamentais são superiores, inclusive, em caso de colidirem com outros direitos.

Ao analisar um dos direitos basilares da própria existência humana – o direito à vida –, observa-se que este perpassa por um campo de abrangência maior do que apenas não ser morto ou continuar vivo. A forma como se deve viver e continuar vivo compreende o direito à vida que engloba o estudo do direito à saúde. Esse direito deve assegurar o mínimo necessário para se manter a vida de maneira digna e humana. O direito à saúde é um direito que deve ser observado e não negligenciado. Sem saúde, ou ainda, sem o mínimo necessário para se cuidar da saúde, torna-se difícil a manutenção da vida.

A vida deve ser protegida de todas as maneiras possível e programável. O Estado, como o grande responsável pelo resguardo desse direito, deve, por meio de políticas públicas, promover a proteção à saúde, e, portanto, a vida de todos com programas que garantam a mínima sobrevivência.

A saúde é direito de todos e dever do Estado, conforme mandamento da Constituição Republicana de 1988 em seu artigo sexto, devendo o Estado, de maneira ativa, promover sua eficácia e eficiência através de políticas públicas que a garantam de maneira isonômica para todos. Com essa finalidade, o Estado deve criar condições para sua garantia com programas que

atendam a sua população, por meio de recursos que sejam destinados às suas metas de alcance geral, e não desvirtuados segundo interesses particulares.

Para que seja observado esse direito, a Constituição trouxe a proteção e a garantia dos direitos fundamentais que importam para a continuação da espécie humana, conforme estabelece em seu art. 198, criando, de acordo com as evoluções históricas e com o grau de importância para sociedade, um Sistema Único de Saúde (SUS), para que, através dele e com os repasses das verbas públicas, seja possível atender com efetividade a população brasileira e suas necessidades básicas com a saúde.

O SUS nasce de um pós-guerra e das lutas e conquistas sociais, da função Estatal e das necessidades de sobrevivência da população, devendo ter o maior alcance possível, nos mais longínquos limites territoriais e, por conseguinte, atendendo a “toda” população existente no Brasil.

III - A EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL E A CRIAÇÃO DO SUS.

Foi no governo de Getúlio Vargas, em 1930, que se criou o Ministério da Educação e Saúde, que, embora tenha tomado algumas medidas de controle sanitário, não se efetivou de forma universal. Em 1934, com a criação da assistência médica, começou-se a ampliar o rol de cuidados com a saúde da população. Assim, surgiram vários movimentos sociais que lutavam pela conquista do direito à saúde pública para todos e responsabilizavam o Estado (com atuação positiva) para promover o bem-estar e o mínimo necessário para a existência da pessoa humana com dignidade e consideração. Com isso, acabou-se criando a assistência social e, das suas demasiadas ampliações, criou-se o Sistema Único de Saúde (SUS). Porém, foi somente com a Constituição de 1988 que efetivamente este programa de atendimento primário da saúde se fortaleceu e efetivou-se, oferecendo, inicialmente, campanhas de vacinação, educação, informação e promoções, ou seja, atendimento primário.

Contudo, apesar de todo o trabalho para a construção do SUS, ainda hoje, enfrenta-se a falta de financiamentos, de atendimentos mais específicos a todos e de uma melhor distribuição dos recursos de acordo com cada região e suas particularidades. É uma questão social e de gestão pública, para que se respeite uma das características primordiais dos direitos fundamentais, como o princípio da universalidade, assegurando a equivalência dos direitos à saúde pública no Brasil e possibilitando um atendimento igualitário.

Os direitos sociais são direitos de todos igualmente e foram conquistados por grupos sociais que lutam para que se efetivem verdadeiramente e sejam prioridades da Administração Pública, para se concretizarem de forma sólida e isonômica, seguindo as diretrizes da Constituição: o bem-estar e a justiça social. A Assistência Social à saúde é um “direito subjetivo que independe de contribuição para seu custeio”, e completa da seguinte forma:

Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido através de 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 a sua promoção, proteção e recuperação. Trata-se de direito subjetivo de todos quantos necessitarem, e não de ações de benemerência. Disso resulta que ao Estado cumpre socorrer todos os que se encontrem em situação de ameaça de dano ou de dano consumado à sua saúde. Porém, *o dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade (art. 2º, §2º, da Lei n. 8.080/1990)*. (CAPEZ, CHIMENTI, ROSA E SANTOS, 2007, p. 551 e 555).

O SUS fica, portanto, com o objetivo de suprir as referidas diretrizes constitucionais em consonância com seu artigo 198 que o organizou através de uma rede regionalizada e hierarquizada, sendo sua forma de atuação descentralizada, porque sua distribuição ocorre nos três níveis de governo: Municipal, Estadual e Federal.

Atualmente, o SUS obedece aos seus princípios doutrinários da Universalidade, Equidade e Integralidade para assegurar seu objetivo, que é a formulação de políticas econômicas e sociais que possam diminuir os riscos com a saúde, cumprindo seus ideais, e se organizando de maneira prática com a participação popular para a sua elaboração, como o caso dos Conselhos de Saúde e a Conferência de Saúde, conforme lei nº 8.142/90, art. 1º, §1º.

Não existem dúvidas quanto à importância do SUS e sua relevância social. Para tanto, é necessário observar que existem hierarquias dos serviços do SUS de acordo com sua complexidade, divididas em quatro (04) níveis para sua melhor gestão, que são os seguintes: Atenção Básica; Atenção Secundária; Atenção Terciária; e Reabilitação para que o atendimento chegue para todas as pessoas possíveis e que precisem de atendimento em saúde.

IV – A EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 95 E A REDUÇÃO NO REPASSE PARA A SAÚDE

A Emenda Constitucional nº 95, de dezembro de 2016, acrescentou nove artigos ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias – ADCT, com o objetivo de diminuir gastos públicos e formar um superávit primário para o pagamento dos juros e amortização da dívida

pública. O governo do então presidente Michel Temer criou uma regra de congelamento dos gastos públicos pelo período de vinte (20) anos – o chamado “Teto” dos gastos públicos.

Existem aspectos nesse Novo Regime Fiscal que precisam de uma análise mais minuciosa sobre a maneira como entram no ordenamento jurídico Constitucional. Segundo Ricardo Ananias e Loreci Nolasco (2018), existem dois aspectos relevantes nessa mudança: primeiro, o lapso de tempo – vinte anos, ou vinte exercícios financeiros; e segundo é a abrangência determinada pelo artigo 107 que deve respeitar os limites individualizados para as despesas primárias.

O teto para tais despesas deve obedecer ao que determina o inciso I do §1º do artigo 107, isto é, 7,2% que equivalem à taxa da inflação do ano de 2016 para serem disponibilizadas para as receitas primárias, segundo determinação da Emenda. Seriam, na verdade, os gastos do ano de 2017 baseados nos que foram gastos em 2016, não podendo ser diferente. A partir de 2018 os gastos com despesas primárias passariam a ser reajustados pela inflação medida pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA, não ultrapassando 15% da receita corrente líquida, com a saúde. (ANANIAS e NOLASCO, 2018, p. 94).

Esse congelamento procura manter os gastos com a saúde corrigidos somente com a variação do IPCA, o qual tem por base a estatística populacional trazida pelo IBGE, atualizado anualmente pela referida variação, não se tornando difícil chegar à conclusão de que o SUS perde em seu financiamento valores expressivos para o setor da saúde no prazo de vinte anos, o que aumentará consideravelmente as desigualdades sociais que já são visivelmente uma das maiores no contexto mundial.

Em decorrência desse “teto” dos gastos com as despesas primárias, entre elas saúde e educação, percebe-se uma verdadeira desconstrução das conquistas de grupos sociais que lutaram para a existência de uma saúde pública para todos, com enfrentamento de dificuldades e desigualdades sempre existentes, imaginando-se, daqui a vinte exercícios fiscais, como restará essa saúde para a população que, durante esse período, não congela seu crescimento populacional e necessidades básicas para sua existência.

Essa desconstrução dos direitos conquistados pela sociedade torna mais difícil sua concretização diante das mazelas sociais que são cada vez mais crescente e pungente. Representa um passo na contramão das conquistas ao longo da história de lutas de enfrentamento a respeito das questões sociais, provocando um agravamento da crise política e social para o combate dos problemas que a população tem enfrentado, em se tratando de saúde pública.

Um país que sofre com a falta de atendimento médico do mínimo necessário para se seguir umas das diretrizes básicas das conquistas dos direitos sociais que é sua universalidade, uma vez que a mesma não consegue chegar a todos os necessitados que moram ou residem no Brasil. Falta a observância ao escopo constitucional de valorar a dignidade da pessoa humana e os direitos e garantias fundamentais, segundo Piovesan (2016, p. 103), rompendo-se um elo fundamental do respeito aos direitos constitucionais que são básicos para a sobrevivência da harmonia social e do contrato social, que se estabeleceu com a Constituição de 1988, dos valores pactuados, e que está petrificado nessa constituição em seu artigo 60, § 4º.

Faltam, pois, recursos para investimento no básico, criando a referida EC nº 95/2016 um obstáculo ainda maior, que passa a restringir gradualmente os recursos básicos com a saúde pública do Brasil. Entende-se que, em se tratando de despesas primárias, sua relevância é demasiadamente importante para o equilíbrio social, posto que saúde não pode esperar, nem um doente pode esperar vinte anos para reestabelecer sua saúde. Isso é matar as esperanças de uma pessoa viva, sem possibilitá-la usufruir de tratamento adequado tempestivamente. Por exemplo, um paciente que trata de câncer (oncológico) não pode ficar esperando que se ajustem as finanças do País para que seu tratamento possa acontecer. Neste cenário, por meio de uma análise da EC nº 95/2016, percebe-se sua inconstitucionalidade de pronto, quando agride diretamente o objetivo do pacto social estabelecido na Constituição Republicana de 1988. Em seu preâmbulo e em seu artigo 3º, pode-se até questionar-se se há uma verdadeira falência do Estado Democrático de Direito, constituído para o bem comum.

Uma limitação como essa é muito prejudicial em um País como o Brasil, que ainda não conseguiu cumprir metas básicas referentes à saúde de sua população. A redação do § 4º, do art. 107 da EC nº 95/2016, limita as despesas primárias com o objetivo de diminuir gastos públicos – como dantes exposto, assim conseguir diminuir a dívida pública. O que ocorre, na realidade, é uma restrição dos serviços e finalidades essenciais que mantêm a essência do Estado Democrático como gestor do dinheiro público. Esses limites, que encontram guarida nessa Emenda Constitucional nº 95/2016, fazem remissão à Constituição Republicana de 1988, art. 198, §2º, I cumulado com o art. 107, § 1º, II dos Atos das Disposições Constitucionais Transitórias – ADCT –, acabando por estabelecer um índice como o IPCA, que tem por base os dados do IBGE e que acabará deixando de auferir dados que são muito mais dinâmicos do que a simples contagem populacional, tais como: o aumento de gestantes; mudanças da população de endereços; lugares quase inacessíveis e fronteiriços; crescimento população irregular; aumento de doenças, inclusive que já haviam sido erradicadas e voltaram a precisar de maior

investimento em vacinas; pessoas envolvidas na pesquisa para realizá-las; e informações adequadas, entre outros. A forma crescente e desordenada dessa população, em vários casos, não permite de se fazer o cômputo.

E, assim, tem-se analisado a EC nº 95/2016: como um retrocesso social, uma vez que com a promulgação da Constituição Republicana de 1988, a qual nasceu para a construção de um Estado de Bem-Estar para todos, percebe-se que referida Emenda não condiz com a evolução do Estado Democrático de Direito, pois restringe direitos tão essenciais à vida humana e sua perpetuação.

V. O RETROCESSO SOCIAL TRAZIDO PELA EC/95/2016

O discurso do retrocesso social trazido pelo direito ambiental – ainda muito pouco utilizado pelos doutrinadores –, analisa um princípio “de *stand still* (imobilidade)... ‘intangibilidade’ de certos direitos fundamentais”. (PRIEUR, 2012, p. 13-14). Na verdade, o não retrocesso está fundamentado pela teoria do direito adquirido, ou seja, é um direito irreversível, garantido pela Lei sua imutabilidade. O não retrocesso é um verdadeiro princípio que deve ser utilizado na área do direito à saúde, para que todas as conquistas permaneçam asseguradas a todas as pessoas sem exceções e sem restrições.

Nessa análise, verifica-se que como os direitos e garantias fundamentais estão sistematicamente organizados na Constituição Republicana de 1988 – e não somente no artigo 5º, mas ao longo de todo o texto constitucional, além dos que decorrem dos tratados e convenções internacionais –, não estão disponíveis à conveniência das políticas públicas em prol de fundos de dívidas públicas ou de ajustes fiscais para piorar a prestação de tais direitos, pois são direitos inegociáveis. Esses direitos são consagrados na constituição como cláusulas pétreas pela sua relevância e natureza, não podendo ser objeto de deliberação para sua restrição ou supressão, devendo os tribunais responsáveis proteger tais direitos (sociais), conforme determina o art. 60 da CRFB/88.

Ainda nesse viés, vale ressaltar que é dever do Estado Democrático de Direito primar pela efetivação de políticas públicas que promovam atendimento para tratamento da saúde de seu povo. São direitos adquiridos imutáveis que não podem retroceder e desregulamentar o que a Constituição Republicana assegurou no momento em que mudou a história do Brasil Ditatorial para um Brasil República, agregando e amparando a todos que estão sob seu comando.

Portanto, a referida EC nº 95/2016 põe em risco dois dos direitos sociais mais relevantes para a segurança política e financeira da sociedade: saúde e educação. Com a determinação de um reajuste mínimo a partir do segundo exercício financeiro (2018), ou seja, um desrespeito à irreversibilidade do direito adquirido, anteriormente consagrado pela Constituição Republicana 1988, fazendo com que os recursos que deveriam ser repassados à saúde, diminuam, consideravelmente, na aplicação efetiva nessas áreas tidas como vitais para garantirem o mínimo necessário para a existência da humanidade, pois passam a ter uma mera atualização monetária. Verifica-se que houve uma inconstitucionalidade, logo os direitos fundamentais contrapõem-se a tais regramentos e os invalidam. Veja o que colocaram Ricardo Ananias e Loreci Nolasco (2018, p. 98) a respeito do assunto:

E por isso os direitos fundamentais revelam não só uma forma de legitimação e de justificação das cartas constitucionais, como também são fonte de deslegitimação e invalidação das regras que não lhe são consentâneas (FERRAJOLI, 2011, p.775), equivalem a vínculos substanciais que condicionam a validade substancial das normas produzidas no âmbito estatal, ao mesmo tempo em que expressam os fins últimos que norteiam o moderno Estado Constitucional de Direito (FERRAJOLI, 1999, p. 22).

Há uma proteção aos direitos e garantias fundamentais, sendo proibida sua alteração. Na verdade, esses direitos são considerados garantido e vinculante, pois fazem parte do pacto assumido e estabelecido na Constituição. Não fica a critério do Poder Executivo dispor de acordo com alguns interesses e valorá-los conforme suas necessidades. A vedação ao retrocesso social é direito assegurado na própria Constituição de 1988, no Título II, artigos 5º e 7º.

A Constituição Republicana de 1988 é um contrato direcionador em que todos (sociedade e representantes do povo) estão vinculados como partícipes representando uma vontade do povo, cujo escopo é esse, democraticamente analisando, “é o governo do povo, pelo povo e para o povo”, segundo Lincoln. (SILVA, 2019, p. 128). É um constituir social.

Se colocado no sistema jurídico, direitos positivados como fundamentais, como poderia ser suprimido ou restringido, tais direitos? Não há uma congruência em tal posicionamento, ficando vedados suprimir e reduzir direitos garantidos como fundamentais. Por essa análise, já se conclui que retroceder ao “*status quo*” é um grande “contraproducente” da evolução humana e social.

Além da evidente infringência aos direitos fundamentais, há ainda, velada inconstitucionalidade conforme preleciona o artigo 60 da Constituição Republicana de 1988. É bem compreendida a expressão de cláusulas pétreas, significando a não mutabilidade, conforme publicado na Revista de Investigações Constitucionais – NINC:

As cláusulas pétreas - que significam ‘cláusulas de pedra’ ou ‘cláusulas petrificadas’ - para expressar sua rigidez, não podem bloquear/obstruir ou limitar mudanças extra constitucionais por um processo de constituição completamente novo, pois, como uma peça escrita em outro lugar, ‘mesmo rochas não podem suportar erupção/explosão vulcânica do poder constituinte primário.’¹ (ROZNAI e KREUZ 2018, p.41, tradução nossa).

O significado do trecho indica que as cláusulas pétreas só podem ser modificadas pela força de uma nova Constituição. Logo, não poderá ser modificada por meio de Reforma Constitucional.

Diante de tamanha agressão ao processo constitucional originário, de retrocesso às conquistas sociais, percebe-se que a diminuição dos investimentos em gastos com despesas primárias, causará uma grande limitação à saúde de um modo geral, por desconsiderar a necessidade e a universalidade de tal conquista, findando por reduzir os incentivos para os Estados-membros na mesma área. Ocorrerá, assim, um efeito dominó, que quem ficará com o ônus é o povo. Resta saber quais os investimentos pretendidos pelo Governo Federal para compensar tais danos, e aos Estados arguirem a inconstitucionalidade de tal Emenda para que o efeito dela não se torne ainda mais maligno para a população carente que precisa de atendimento público para cuidar e restabelecer sua saúde.

E, ainda, não se pode esquecer que os repasses para despesas primárias, como saúde e educação, são vitais para os Entes Federativos que precisam das receitas, constitucionalmente preestabelecidas, para oferecerem à sua população o mínimo necessário para distribuir para a área da saúde, tornando, o que já era difícil, em se tratando de repasse complementar, a distribuição dos recursos públicos – que vêm da União, para as receitas primárias – com a diminuição desse repasse de verbas subsidiariamente, impostos pela Emenda nº 95/2016. Cada região tem suas particularidades que tornam complicada sua distribuição igualitária dentre sua população, ficando mais acentuadas as desigualdades, tornando-as bem pior com essa diminuição, onde cada Estado deverá reduzir consideravelmente sua redistribuição de gastos primários.

¹ “*The *clausulas petreas*- meaning ‘stone clauses’ or ‘petrous clauses’ – to express their rigidity, cannot block or limit extra constitutional changes by a completely new constitution-making process since, as one of us written elsewhere ‘even rocks cannot withstand the volcanic outburst of the primary constituent power.’”*

1. O REPASSE DE VERBAS PARA OS ENTES FEDERADOS – ESTADOS, MUNICÍPIOS E DISTRITO FEDERAL

Como funcionam os repasses para despesas com a saúde pela União para os Estados, breve parêntese? Antes de 2018, os repasses da União para os Estados, Municípios e Distrito Federal se fazia em dois blocos: atenção básica e atenção básica especializada. Desde 2018, os blocos foram divididos da seguinte forma: um de custeio e outro de investimento, para poder se garantir maior autonomia e poder de gestão das necessidades básicas locais.

A Lei Complementar nº 141, de janeiro de 2012, traz em seu bojo a seguinte regulamentação, o §3º do artigo 198 da CRFB/88, para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados e Distrito Federal na área da saúde.

O Brasil é o quinto país do mundo em território e população. Adotar a descentralização do poder de gestão foi a melhor maneira encontrada para a distribuição de rendas. Hodiernamente os entes federativos possuem autonomia fiscal – chamado também de federalismo fiscal – para gerir seus gastos de acordo com suas necessidades locais.

A União, a partir a EC nº 95/2016, reduzirá seus repasses complementares para os Estados, Distrito Federal e Municípios, pois os valores que poderá utilizar para esse fim já estão sob a égide do novo regime fiscal. Os Estados e Municípios continuam a realizar seus orçamentos considerando a Lei Complementar nº 141/2012 e mantendo os repasses para saúde na ordem de 12% para Estados e 15% para Municípios.²

² “art. 5º, § 2º Em caso de variação negativa do PIB, o valor de que trata o caput não poderá ser reduzido, em termos nominais, de um exercício financeiro para o outro.

Art. 6º Os Estados e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam o art. 157, a alínea “a” do inciso I e o inciso II do caput do art. 159, todos da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios.

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

Parágrafo único. (VETADO).

Art. 8º O Distrito Federal aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) do produto da arrecadação direta dos impostos que não possam ser segregados em base estadual e em base municipal.

Art. 9º Está compreendida na base de cálculo dos percentuais dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios qualquer compensação financeira proveniente de impostos e transferências constitucionais previstos no § 2º do art. 198 da Constituição Federal, já instituída ou que vier a ser criada, bem como a dívida ativa, a multa e os juros de mora decorrentes dos impostos cobrados diretamente ou por meio de processo administrativo ou judicial.

Art. 10. Para efeito do cálculo do montante de recursos previsto no § 3º do art. 5º e nos arts. 6º e 7º, devem ser considerados os recursos decorrentes da dívida ativa, da multa e dos juros de mora provenientes dos impostos e da sua respectiva dívida ativa.

Assim, cada ente faz a gestão com esses gastos primários. Porém, ainda tem o endividamento dos Estados com a União. Isso porque a União assumiu, em 1997, um refinanciamento da dívida dos Estados (mal administrados pelos seus governantes) em trinta anos para pagamento. Em 2000, criou-se, então, a Lei de Responsabilidade Fiscal, pela necessidade de se coibir esse tipo de administração.

Isso tudo vem contribuindo para que os Estados tenham dificuldades em gerenciar suas contas, diminuindo os investimentos com as despesas básicas da população, como saúde e educação. Se diante desse cenário de dívidas e restrições já estavam os referidos entes tendo dificuldades em cumprir com suas partes no acordo de refinanciamento, até pelos índices de reajustes, a diminuição de correção imposta pela Emenda nº 95 só veio a aumentar a situação deficitária dos entes federados que, com isso, transformam o que já era precário em condição bem pior.

De acordo com a Lei Complementar nº 141/2012, art. 5º, a União deve aplicar

[...] ‘anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior’. E, completa ‘[...] apurado nos termos desta Lei Complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual. (PLANALTO, 2012).

Os valores aplicados à saúde partiam da receita anual de impostos, podendo sempre aumentar, mas, com o advento da EC nº 95/2016, apesar de se tratar de piso mínimo (art. 110 da EC nº 95/2016) de recursos para aplicação na área da saúde, a desvinculação do cálculo baseado na receita de impostos desaguou, por força da emenda em questão, na limitação de aumento pelo IPCA do exercício dos anos anteriores. Em que pese se tratar de piso, a ampliação de recursos para a saúde dependerá de folga de valores que deixarem de ser aplicados em outras áreas, pois a emenda estabelece um teto global de gastos.

O PIB aplicado ao cálculo de recursos para área da saúde teve aumento nos anos anteriores à EC nº 95/2016. No entanto, já nos setores como saúde e educação (setores primários) representaram a menor importância da dívida, ou seja, já sofriam com poucos recursos neles investidos. (ANANIAS E NOLASCO, 2018, p. 90). É que o Ministério da Saúde é quem decide quais os fins em que o recurso será investido, quantas Unidades de Pronto-Atendimento (UPAs) que deveriam ser construídas em dada região devem ser

Art. 11. Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios deverão observar o disposto nas respectivas Constituições ou Leis Orgânicas sempre que os percentuais nelas estabelecidos forem superiores aos fixados nesta Lei Complementar para aplicação em ações e serviços públicos de saúde”.

determinadas pelo número de pessoas que é informado pelo IBGE, deixam os Estados em grande desvantagens quando o assunto é investimentos no setor primário, pois não leva-se em conta as particularidades de cada Estado, dificultando sua implantação adequada para toda a população daquela área específica, como ocorre no Estado do Pará pela grandeza e dificuldade de acesso na sua Região, o que negligencia uma determinação constitucional de um princípio fundamental.

IV - UMA ANÁLISE DA SAÚDE PÚBLICA NO ESTADO DO PARÁ

Como bem observado no artigo 196 da Constituição Republicana de 1988: “A saúde é direito de todos”. Não bastasse prescrever isso, ainda completa o mesmo artigo dizendo: “[...] garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. (VEDEMECUM, 2018, p.68).

Deduz-se que são através de políticas sociais e econômicas que o Estado pretende a execução desse direito de todos. Porém, com a EC nº 95/2016 e a diminuição nos repasses econômicos para a saúde, percebe-se a grande dificuldade em manter um programa que ainda está deficiente por falta de verbas para sua complementação no Brasil, quiçá no Estado do Pará. Como diz o professor Silva (2019, p. 311):

É espantoso como um bem extraordinariamente relevante à vida humana só agora é elevado à condição de direito fundamental do homem. E há de informar-se pelo princípio de que o direito igual à vida de todos os seres humanos significa também que, nos casos de doença, cada um tem o direito a um tratamento condigno de acordo com o estado atual da ciência médica, independentemente de sua situação econômica, sob pena de não ter muito valor sua consignação em normas constitucionais. (Grifos nossos).

A própria Constituição concedeu relevância à saúde como compromisso com seu País, com seu povo. É demasiadamente lúcida a disposição do legislador constituinte originário com a preocupação em diminuir o risco de doenças e de outros agravos para a população. Desta maneira, garante que políticas serão trabalhadas com o objetivo de seguir às diretrizes constitucionais preestabelecidas. Se a diminuição com os repasses, considerados complementares que são feitos pela União aos Estados, para a saúde é ruim aos anseios sociais, como aceitar que isso perdure por vinte (20) anos? Como mensurar os estragos que tal medida em longo prazo trará para a população? Saúde é um direito de todos e dever do Estado?

Ora, o Estado tem o dever de promover o bem-estar, proteger e recuperar políticas de assistência social à saúde, e não diminuir os investimentos nesse campo de suma importância para a concretização das diretrizes traçadas pela Constituição Republicana de 1988, uma vez que “transmite-se o poder, mas não a vontade” do povo. (ROUSSEAU, 2015, p. 30). É um direito conquistado por grupos sociais, elevado a direito do homem.

A meta nacional estabelecida é a descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS), tornando cada região responsável pela sua implementação e complementação de maneira hierárquica e organizada com fixação das suas diretrizes e formas de atuação. Sua responsabilidade é vasta e está prevista no art. 200 da CRFB/88. Em âmbito federal, a saúde é de responsabilidade do Ministério da Saúde. Já em se tratando de responsabilidade Estatal ou Distrital, a sua direção é da Secretaria de Saúde ou órgão semelhante, e nos Municípios é dirigida pela Secretaria Municipal de Saúde ou órgão equivalente, art. 9º, I, II e III da Lei n.º 8.080/90. (CAPEZ, CHIMENTI, ROSA E SANTOS, 2007, p. 558).

Diante da divisão regionalizada das atribuições e dos repasses para o SUS, de acordo com as estatísticas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) que, como dantes indicado, sofrem lacunas que pioraram o quadro da desigualdade social considerando que a diversidade demográfica do nosso país é acentuada. O próprio IBGE em conjunto com o Ministério da Saúde e a Universidade Federal de Minas Gerais organizaram o primeiro Seminário Internacional de Inquéritos Populacionais em Saúde, Rio de Janeiro, em dezembro de 2018, procurando discutir novos modelos de indicadores para pesquisas de saúde.

Como enfrentamento de uma distribuição deficitária de modelo de indicador, pelo IBGE, a diminuição da distribuição dos repasses por conta do “teto” de gastos econômicos com a saúde e a dificuldade em proporcionar o mínimo necessário para o bem-estar físico, mental e social, a saúde tende cada vez mais a se tornar mais precária e, não muito distante do que já ocorre, um “caos” social. Quando, analisa-se a situação dos Estados-Membros, verifica-se no caso do Estado do Pará, o qual depende de verbas da União para a complementação e para subsidiar repasses para os municípios, a situação ainda é pior.

Existem dificuldades a sanar com a divisão de repasses de verbas públicas, um deles por conta da transferência de recursos da União para os Estados e Municípios que o Supremo Tribunal Federal decidiu que tais recursos federais serão sempre federais mesmo quando repassados, devendo ser fiscalizados na ordem federal. Outro problema é que as prestações referentes à saúde e à educação entre os entes federativos devem ser solidárias. Isto quer dizer que, diante das diferenças entre esses entes, muitos deles ficam prejudicados pelo grande ou

pequeno número de diversidade demográfica, inclui-se aqui o Pará que territorialmente é muito grande, dificultando a quantidade demográfica real.

São lutas que ainda não chegaram ao fim, pelo contrário, apenas iniciaram um caminho de conquistas em prol da humanidade. A dignidade da pessoa humana é um conceito em constante construção e desenvolvimento (SARLET, 2019), o que torna a luta constante pelos direitos do homem.

Noutros momentos, as lutas sociais sempre tão aclamadas e valorizadas pela exposição e sofrimento de muitos envolvidos neste momento estão esquecidas pela parte que tem maior responsabilidade por exaltá-la, o Chefe de Estado. As políticas públicas devem se preocupar em manter as conquistas sociais e não menosprezá-las, Estados pobres e com grande contingente de pessoas carentes, como o do Pará, uma grande área má distribuída, com acentuada desigualdade social, com dificuldades para se computar, corretamente, o número populacional de seu território e, por ter seus acessos restritos nos muitos de seus municípios, fica, ainda, em situação mais desigual do que já se encontra hodiernamente.

A redistribuição de renda no Brasil há muito explica a existência de um grande número de pobres no país, não diminuindo essa situação com a diminuição complementar de recursos necessários para permanecer, no mínimo, igual à situação que se percebe em setores importantes, como saúde e educação. (BARROS; HENRIQUES E MENDONÇA, 2001).

A pobreza no Estado do Pará é percebida pelo volume de pessoas caracterizadas, de acordo com dados do Centro Internacional de Políticas para o Crescimento Inclusivo (IPC-IG), vinculado ao Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), pela “persistência da pobreza extrema no Norte, particularmente entre os domicílios pluriativos e aqueles não agrícolas, é especialmente preocupante. Já as taxas de pobreza são praticamente as mesmas em 2004 e 2013”. (SOARES; SOUZA; SILVA E SILVEIRA, 2016). Conforme dados do IBGE, a pobreza no Brasil atingiu 54,8% milhões de pessoas em 2017, sendo que no Pará alcançou mais de 45% da população classificada abaixo da linha da pobreza.

Em termos de acompanhamento numérico orçamentário, pode-se observar o quadro abaixo comparativo de orçamentos da União para os anos de 2017, 2018 e 2019 em andamento e constatar o congelamento de valores pela EC nº 95/2016.

| Ano | Orçamento atualizado para área de saúde | Total de despesas executadas para área de saúde |
|-------------|--|--|
| 2017 | R\$ 120,46 bilhões | R\$ 102,71 bilhões |

| | | |
|-------------|--------------------|--------------------|
| 2018 | R\$121,86 bilhões | R\$ 108,18 bilhões |
| 2019 | R\$ 122,62 bilhões | R\$ 65,34 bilhões |

Fonte: tabela organizada pelas autoras a partir de dados da Transparência Brasil.

Percebe-se que entre o orçamento da União e o realizado no período de 2018 e 2019, os valores chegaram mais próximos de satisfazer os valores do orçamento. Portanto, ao longo de vinte anos, com toda certeza não será suficiente tais valores reajustados pelo índice da inflação para fazer frente às despesas executadas, o que afetará o repasse de recursos da União para os Estados. Esta pesquisa não se debruçou na verificação dos motivos pelos quais os valores orçados para saúde não tenham sido executados, mas presume-se que faltam projetos de saúde ou má gestão pública na área da saúde. Este é um desdobramento de pesquisa que deverá ser investigado em outro estudo.

Percebe-se o congelamento dos gastos em termos de acompanhamento somente da inflação, assim também congelando os repasses para o Fundo Estadual de Saúde (Fundes) e o Fundo Estadual de Saúde, conforme dados da Transparência Brasil.

Tabela 1 - Repasse de recursos da União para Fundos Estaduais

| Ano | Repasse para o Fundo Estadual de Saúde – FUNDES | Repasse para o Fundo Estadual de Saúde |
|-------------|--|---|
| 2017 | R\$ 4.657.293.574,41 | R\$4.294.733.431,88 |
| 2018 | R\$ 5.517.157.951,79 | R\$ 4.703.410.786,71 |
| 2019 | R\$ 3.426.439.257,15 | R\$ 3.059.932.803,32 |

Fonte: tabela organizada pelas autoras a partir de dados da Transparência Brasil.

Os dados orçamentários levantados demonstram que haverá prejuízos para a atenção da saúde para os Estados, especialmente aqueles cuja população seja mais pobre e que precisa dos serviços públicos de saúde.

Além dos repasses para os fundos estaduais de saúde, basta verificar as despesas com saúde por localidade a partir de 2017, contando como aplicação de recursos por parte da União nos Estados, para verificar o congelamento de gastos na área da saúde.

Tabela 2 - Despesas com saúde do Estado do Pará

| Ano | Despesas por localidade/ Estado do Pará |
|-------------|--|
| 2017 | R\$ 1.850.571.891,72 |
| 2018 | R\$ 2.077.121.320,03 |

| | |
|-------------|----------------------|
| 2019 | R\$ 1.418.800.246,44 |
|-------------|----------------------|

Fonte: tabela organizada **pelas autoras a partir de dados da Transparência Brasil.**

É preciso ressaltar que os números relativos a 2019 ainda são parciais, considerando que o ano está em curso. Não é difícil verificar que os gastos com saúde serão congelados, mas as necessidades sociais com saúde não, o que levará a mais dificuldades por parte da Administração Pública em lidar, de forma cooperada, com os serviços públicos de saúde. O volume de problemas judiciais aumentará, em que pese o Supremo Tribunal Federal demonstrar alinhamento com a questão orçamentária, no sentido de tentar coibir decisões que rompam com o orçamento público voltado para a saúde a partir do “teto dos gastos públicos”. Isso pode ser verificado a partir da tese do ministro Luís R. Barroso, em sede de RE nº 657718, em que o ministro estabeleceu requisitos para concessão de medicamentos mais restritos, no sentido de delimitar as decisões judiciais que concedem a entrega de medicamentos, embora tal decisão não se desfaça do direito fundamental à saúde.

Apesar de o orçamento e alocação de recursos demonstrarem que, em curto espaço de tempo, a saúde ficará asfixiada, sendo esta consequência em parte fruto da desvinculação de percentuais da arrecadação que eram aplicados à saúde, ressalte-se que o congelamento de recursos não congela a doença, a necessidade de medicamentos e de leitos.

V – CONCLUSÃO

Este trabalho procurou demonstrar, por meio de estudos bibliográficos, a inconstitucionalidade da Emenda Constitucional nº 95/2016, que trouxe a situação da distribuição da renda no setor primário da Administração Pública de forma a estagnar o crescimento nos setores fundamentais num Estado Democrático de Direito, como o setor de saúde. Em vários momentos, apresentamos dados da involução social que será visível em se tratando de direitos e garantias sociais conquistados durante o longo processo histórico do País.

Uma visão geral da falta de precisão na contagem populacional realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de uma amplitude territorial como o Brasil, em específico o Estado do Pará, é difícil realmente de se computar para dados tão importantes que envolvem as desigualdades, tornando um imperativo de ordem pública e social combatê-las.

O trabalho não se propôs a um estudo mais aprofundado de observação das finanças do Estado do Pará em suas obrigações básicas, e sim na redistribuição de renda da União para

os entes federados, em especial ao Estado referido. Tampouco de políticas distributivas dos setores específicos do Estado em relação às estruturas do Sistema Único de Saúde (SUS).

Esperamos ter demonstrado que não somente o congelamento das finanças relativas à saúde e à educação é prejudicial ao desenvolvimento social e ao processo de diminuição das desigualdades sociais, como, também, uma estagnação dos direitos conquistados e adquiridos historicamente como limitador desse desenvolvimento.

É importante ressaltar que o princípio do não-retrocesso vem em auxílio aos desmandos de políticas como essa trazida pela EC nº 95/2016, a qual criou um “teto” para os gastos no setor primário, que tem como prazo vinte exercícios financeiros, ou seja, vinte anos que deveriam dobrar, ou até, utopicamente, triplicar os valores investidos nesse setor. Saúde não pode esperar.

É necessário não esquecer que políticas públicas voltadas para o crescimento social, é obvio que são apreciadas e apoiadas, porém, num país como o nosso, de uma grande imensidão territorial e uma pobreza que está latente em sua história, não é possível deixar de considerar que um Estado como o do Pará requer uma análise pormenorizada das políticas que complementam seus setores para melhorar a distribuição de forma isonômica. Pobreza adocece.

A falta de respeito a direitos consagrados faz-nos pensar que ainda estamos muito longe de conseguirmos um desenvolvimento social igualitário, oferecendo o mínimo necessário para a sobrevivência humana, conforme indicadores do IBGE em relação às desigualdades sociais no Brasil.

REFERÊNCIAS:

ANANIAS, Ricardo Alex Ribeiro; NOLASCO, Loreci Gottschalk. **Revista Jurídica Direito, Sociedade e Justiça/ RJDSJ**. V. 6, n. 1. Mar.-Jun./2018, p. 86-112. ISSN – 2318-7034 (On Line). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rinc/v5n2/2359-5639-rinc-05-02-0035.pdf>. Acesso: em 12 jun. 2019.

ANDRADE, Fernando Dias. **Sociologia e Filosofia**. Émile Durkheim. São Paulo: Martin Claret, 2009.

BARROS, Ricardo Paes; HENRIQUES, Ricardo; MENDONÇA, Rosane. **A Estabilidade Inaceitável: Desigualdade e Pobreza no Brasil**. Disponível em: https://www.tce.to.gov.br/sitephp/aplic/licitacao/documentos/editais/td_0800.pdf. Acesso em 17 Ago. 2019.

BRASIL. **Agência IBGR**. Notícias. Disponível em:

<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/23299-pobreza-aumenta-e-atinge-54-8-milhoes-de-pessoas-em-2017> . Acesso em: 19 ago. 2019.

BRASIL. **Lei Complementar nº 95 de 15 de dezembro de 2016**. Disponível em:

www.planalto.gov.br. Acesso: em 06 jun. 2019.

BRASIL. **Lei Complementar nº 141 de 2012**. Disponível em:

www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/LEIS/LCP/Lcp141.htm. Janeiro, 2012. Acesso em: 06 jun. 2019.

BRASIL. **Portal da Transparência**. Controladoria –Geral da União. Disponível em:

<https://portaltransparencia.gov.br/funcoes/10-saude?ano=2019> . Acesso em: 19 ago. 2019.

CÉSPEDES, Lívia; ROCHA, Fabbiana Dias da. **Vade Mecum Saraiva**. 19ª ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2018.

CHIMENTI, Ricardo Cunha; CAPEZ, Fernando; ROSA, Márcio F. Elias; SANTOS, Marisa F. **Curso de direito constitucional**. 4ª ed. São Paulo: Saraiva, 2007.

NETO, João. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**, 17/12/2018 10h45 |

Atualizado em 17/12/2018. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 22 jun. 2019.

PIOVESAN, Flávia. **Direitos Humanos e o Direito Constitucional Internacional**. 16ª ed. São Paulo: Saraiva, 2016.

PRIEUR, Michel. **Princípio da Proibição de Retrocesso Ambiental**. Senado Federal, Comissão de Meio Ambiente, Defesa do Consumidor e Fiscalização e Controle. Colóquio Internacional. Brasília, 2012.

ROUSSEAU, Jean-Jacques. **Do Contrato Social**. 2ª ed. São Paulo: CL Edijur – Leme, 2015.

ROZNAI, Yaniv e KREUZ, Letícia Regina Camargo. **Revista de Investigações Constitucionais**, vol. 5, n. 2, p. 35-36, maio/ago. 2018.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade (da pessoa) Humana e Direitos Fundamentais na Constituição Federal de 1988**. 10ª ed. Revista, atual. e ampl.3. tir. Porto Alegre: Livraria do Advogado. 2019.

SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 42ª ed. Ver. e atual. até a EC/99. São Paulo: Malheiros, 2019.

SOARES, Sérgio; SOUZA, Laécia DE; SILVA, Wesley J. e SILVEIRA, Fernando Gaiger. **Perfil da Pobreza: Norte e Nordeste rurais**. Abril 2016. Disponível em:

<https://nacoesunidas.org/pobreza-permanece-concentrada-no-norte-e-no-nordeste-do-brasil-diz-estudo-centro-onu/>. E,

https://ipcig.org/pub/port/PRB50PT_Perfil_da_pobreza_Norte_e_Nordeste_rurais.pdf. Acesso em: 19 ago. 2019.