

II ENCONTRO VIRTUAL DO CONPEDI

DIREITOS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS I

ANTONIO CELSO BAETA MINHOTO

FERNANDO DE BRITO ALVES

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 Naspolini - 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 - São Paulo

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 - Unicuriitiba - Paraná

Prof. Dr. Rubens Beçak - USP - São Paulo

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

Eventos:

Prof. Dr. Jerônimo Siqueira Tybusch - UFSM - 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

Prof. Dr. Caio Augusto Souza Lara - ESDHC - Minas Gerais

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

D597

Direitos sociais e políticas públicas I [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI

Coordenadores: Antonio Celso Baeta Minhoto; Fernando de Brito Alves – Florianópolis: CONPEDI, 2020.

Inclui bibliografia

ISBN: 978-65-5648-223-1

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

Tema: Direito, pandemia e transformação digital: novos tempos, novos desafios?

1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Encontros Nacionais. 2. Direitos sociais. 3. Políticas públicas. II Encontro Virtual do CONPEDI (2: 2020 : Florianópolis, Brasil).

CDU: 34



II ENCONTRO VIRTUAL DO CONPEDI

DIREITOS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS I

Apresentação

1. A ANÁLISE DA LETALIDADE DA COVID-19 NO ESTADO DO PARÁ COMO INDICATIVO DE EQUIDADE NA SAÚDE - José Claudio Monteiro de Brito Filho, Peterson Pedro Souza E Sousa, Laís de Castro Soeiro. Comparou dados da COVID/PA com outros estados. Taxa de letalidade do PA está em 4,2%, considerada alta. Concluiu-se que mortes poderiam ter sido evitadas se houvesse uma gestão melhor e uma estrutura melhor.

2. A IMPORTÂNCIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) PARA GARANTIR O DIREITO À SAÚDE E A DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA NA PANDEMIA DA COVID-19 - Caroline Fockink Ritt, Luiza Eisenhardt Braun. O SUS é fundamental para a população mais pobre. Resultados: taxa de letalidade da COVID no Brasil, para pretos /pardos, é mais alta do que para brancos.

3. DIREITO À SAÚDE VERSUS ECONOMIA: REFLEXOS DA EC N° 95 APÓS A INSTALAÇÃO DA PANDEMIA OCACIONADA PELO NOVO CORONAVÍRUS NO BRASIL - Rogério de Miranda Ciqueira. Visualizou a questão da aplicação de valores mínimos na saúde (EC 29/2000). Há mais demanda que oferta no SUS, e os estados estão limitados pela LRF.

4. A INCOMPATIBILIDADE DO INSTITUTO DA DESVINCULAÇÃO DAS RECEITAS DA UNIÃO (DRU) COM A EFETIVAÇÃO DO DIREITO FUNDAMENTAL SOCIAL À SAÚDE DURANTE A PANDEMIA COVID-19 NO BRASIL - Álvaro Russomano Goñi. NÃO HOUVE APRESENTAÇÃO

5. A JUDICIALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE EM FACE DA OMISSÃO DO PODER EXECUTIVO - Davi Pereira Remédio, Tiago Pereira Remédio, José Antonio Remédio. Análise da efetivação dos DDFF. Direito à saúde é DF, assegurado pelo Estado (196, CF). Poder Judiciário deve atuar de acordo com a CF, protegendo a dignidade da pessoa humana.

6. A JUSTICIABILIDADE DE MEDICAMENTOS EXPERIMENTAIS NAS JURISCULTURAS DO BRASIL, COLÔMBIA E ÁFRICA DO SUL - Edinilson Donisete

Machado, Alessandra Brustolin. Verificar experiências destes países com a judicialização. O próprio STF estimula a judicialização. Na África do Sul, a Suprema Corte adotou uma visão mais utilitarista e restrita do direito à saúde.

7. A SAÚDE COMO DIREITO FUNDAMENTAL DE TERCEIRA DIMENSÃO - Adriano Fernandes Ferreira, Ana Raquel Martins Grangeiro. O recurso público à saúde é escasso e mal empregado. O SUS é fundamental na pandemia. AM tem 62 municípios, com 40 por acesso exclusivamente por barco. O atendimento é precário. Não há UTI no interior do AM. O direito à saúde é transnacional.

8. AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO COMBATE AO COVID-19 NO MUNICÍPIO DE BELÉM NO QUE TANGE A TRANSPARÊNCIA DE INFORMAÇÃO E O SEU MONITORAMENTO - Patricia Lima Bahia Farias Fernandes, Ricardo Santiago Teixeira. O fluxo de recursos geridos na COVID 19 é colossal. É necessário avaliar e fiscalizar esses gastos, o fluxo de informações é falho. Belém foi a pior cidade em transparência nas informações.

9. A CLÁUSULA DA RESERVA DO POSSÍVEL FRENTE A JUDICIALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS À EDUCAÇÃO BÁSICA NO BRASIL - Yasmin Sales Silva Cardoso, Arianne Brito Cal Athias. A cláusula da reserva do possível não pode impedir a efetividade de políticas públicas. O direito à educação não é viabilizado pelo poder público e a cláusula da reserva do possível é sempre arguida pelo estado.

10. A EDUCAÇÃO NA SOCIEDADE DA INFORMAÇÃO: QUE INDIVÍDUOS QUEREMOS FORMAR? - Ivan Dias da Motta, Yasmine De Resende Abagge. Tecnologia na educação. Falta treinamento aos professores. A educação se manifesta em várias dimensões, tecnologia é apenas uma ferramenta. O foco deve ser formar cidadãos.

11. DA DOR NO CORPO À DOR NA ALMA: AS MARCAS DEIXADAS PELA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA - Eduardo Ritt, Aline Kurz. A violência doméstica é silenciosa. O Brasil foi punido internacionalmente, o que estimulou a criação da Lei Maria da Penha. A violência física é normalmente precedida de xingamentos.

12. A ATUAÇÃO DOS CONSELHOS GESTORES DE POLÍTICAS PÚBLICAS NA DOUTRINA DA PROTEÇÃO INTEGRAL INFANTO ADOLESCENTE - Cleide Aparecida Gomes Rodrigues Fermentão, Karyta Muniz de Paiva Lessa. Gestão das políticas públicas são fundamentais, mas demandam participação da sociedade em prol das crianças e adolescentes.

13. DIREITO À MORADIA E AS POLÍTICAS HABITACIONAIS BRASILEIRAS - Frederico Leão Abrão, Andrea Abrahao Costa. Direito à moradia não é sinônimo de casa própria. Há outros caminhos. O déficit habitacional tem um viés muito econômico, muito voltado ao empreendedor. O tema é multidisciplinar, envolve várias áreas.

14. A JUDICIALIZAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS E O CUSTO POLÍTICO PARA O SISTEMA DE JUSTIÇA - Joaquim Carvalho Filho. A judicialização é circunstancial e o ativismo também. A politização é algo mais permanente. O STF influencia todo o sistema jurídico, disseminando posturas pouco técnicas.

15. O ESTADO DE NECESSIDADE ADMINISTRATIVA DECORRENTE DA PANDEMIA DO CORONAVÍRUS E AS MEDIDAS DE RESTRIÇÃO DE INGRESSO DE ESTRANGEIROS NO TERRITÓRIO NACIONAL - Valmirio Alexandre Gadelha Junior, Hannah Torres Danciger. O interesse público deve sobrepujar o privado. O Estado de Necessidade Administrativo exige tratamento diferenciado para situações anormais, como a pandemia COVID 19. No caso da pandemia, não houve tratamento xenófobo com relação aos estrangeiros.

16. PANDEMIA E TRABALHO ESCRAVO CONTEMPORÂNEO: REPENSANDO A REINSERÇÃO DO TRABALHADOR RESGATADO A PARTIR DE UMA POLÍTICA EMANCIPATÓRIA - Vitor Hugo Souza Moraes, Cassius Guimaraes Chai. O trabalhador escravo precisa ser reinserido no mercado de trabalho. Prevenção: conversar sobre o trabalho escravo. Combate: identificar e agir em relação ao trabalho escravo. A reincidência das vítimas no trabalho escravo é alta, cerca de 50%.

17. EMPOBRECIMENTO SEM CAUSA DOS APOSENTADOS E PENSIONISTAS - Rian Carlos Santanna. O regime de previdência dos servidores públicos deveria ser diferenciado e tratado em lei específica. Esse vácuo está empobrecendo o servidor aposentado.

18. TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA E IMPACTOS NO DIREITO DE APOSENTADORIA: UMA CRÍTICA AO ETARISMO - Vinícius Almada Mozetic, Mariana Carolina Lemes, Daniel Roxo de Paula Chiesse. O aumento da expectativa de vida está influenciando a concessão de aposentadorias. Os idosos não podem ser vistos como custos. Etarismo é a discriminação etária, tal como racismo ou sexismo.

Prof. Dr. Antonio Celso Baeta Minhoto

Prof. Dr. Fernando De Brito Alves

Nota técnica: Os artigos do Grupo de Trabalho Direitos Sociais e Políticas Públicas I apresentados no II Encontro Virtual do CONPEDI e que não constam nestes Anais, foram selecionados para publicação na Plataforma Index Law Journals (<https://www.indexlaw.org/>), conforme previsto no item 7.1 do edital do Evento, e podem ser encontrados na Revista de Direito Sociais e Políticas Públicas. Equipe Editorial Index Law Journal - publicacao@conpedi.org.br.

**DIREITO À SAÚDE VERSUS ECONOMIA: REFLEXOS DA EC N° 95 APÓS A
INSTALAÇÃO DA PANDEMIA OCASIONADA PELO NOVO CORONAVÍRUS NO
BRASIL**

**RIGHT TO HEALTH VERSUS ECONOMY: REFLECTIONS OF EC N° 95 AFTER
THE INSTALLATION OF THE PANDEMIC CAUSED BY THE NEW
CORONAVIRUS IN BRAZIL**

Rogério de Miranda Ciqueira ¹

Resumo

Atualmente, na garantia de preservação dos direitos de sobrevivência e desenvolvimento de toda a nação, torna-se necessária a avaliação do atual estado em que se encontra o desenvolvimento de políticas públicas vinculadas à saúde, em paralelo a disponibilidade de recursos financeiros destinados à sua manutenção, conforme previsão constitucional estabelecida pela CR/88, no que tange as garantias fundamentais a tal direito como responsabilidade solidária entre os entes da federação.

Palavras-chave: Políticas públicas, Direito à saúde, Emenda constitucional n° 95, Contingenciamento, Coronavírus

Abstract/Resumen/Résumé

Currently, in order to guarantee the survival and development rights of the entire nation, it is necessary to assess the current state of development of public policies linked to health, in parallel with the availability of financial resources for their maintenance. , according to the constitutional provision established by CR / 88, regarding the fundamental guarantees to such right as joint and several liability between the entities of the federation.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Public policy, Right to health, Constitutional amendment n°. 95, Contingency, Coronavirus

¹ Advogado, especialista em Direito Público com ênfase em Gestão Pública pela faculdade Damásio e mestrando em Direito Processual Coletivo e Efetivação dos Direitos Fundamentais pela Universidade de Itaúna

1 - Introdução

Com a evolução do ordenamento jurídico brasileiro, pôde-se perceber que as garantias e direitos fundamentais inerentes a preservação da dignidade humana, demonstraram-se presentes diante de todas as discussões realizadas, no intuito de garantir as melhores condições de sobrevivência de cada indivíduo, respeitando os limites impostos em lei.

Tais garantias passam a ser observadas através das necessidades de sua efetivação, sendo proposto pela Constituição Federal de 1988, que necessariamente, tais preceitos deveriam ser garantidos pelos entes da federação, onde a presença de debates e opiniões de toda comunidade, fizeram com que as necessidades anteriormente não absolvidas pelo antigo sistema, se fizessem presentes através das considerações aos serviços públicos.

Neste momento, passa o legislador constituinte a observar critérios mínimos existências, necessários para a preservação do bem estar social, bem como o desenvolvimento de toda a nação, instituindo para tanto, direitos fundamentais e sociais inerentes a pessoa humana, sejam eles direito à moradia, ao lazer, à educação, ao emprego digno dentre outros, sendo objeto desta pesquisa, o direito à saúde, elencada no texto constitucional como uma das garantias de preservação da vida e desenvolvimento dos demais.

O objetivo geral deste artigo se manifesta através da análise sobre os efeitos ocasionados pela redução de investimentos por parte da União, que orienta-se através da Emenda Constitucional n° 95, de 15 de dezembro de 2016, que estabelece o congelamento das despesas públicas vinculadas ao Governo Federal pelos próximos vinte anos, resultando na ausência do acompanhamento das evoluções sociais e necessidades de absorção das demandas pelo Sistema Único de Saúde, analisando os impactos ocasionados pelo surgimento da pandemia ocasionada pelo novo coronavírus.

Para tanto, a presente pesquisa se baseará através de levantamentos bibliográficos em doutrinas e legislações, analisando de fato a proporção dos danos causados pela ausência de tais incentivos pela União, em se tratando do desenvolvimento de políticas públicas para a garantia da efetivação do direito à saúde.

2 - Considerações sobre os impactos ocasionados pela EC n° 95 diante do cenário epidemiológico ocasionado pelo novo coronavírus

Em considerações as exaustivas manifestações de preservação da dignidade humana através da Constituição da República de 1988, onde a luta por novas ideias garantiriam a criação

de direitos sociais e coletivos, passando a norma constitucional a abarcar interesses dos quais se baseavam principalmente na ruptura de antigos sistemas, pôde-se notar a crescente onda de sua valorização em diversos aspectos legais, cujo a centralização do bem estar de toda comunidade se manteve presente, abrindo-se horizontes para uma nova ideologia de democracia.

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 é fruto de exaustivos debates entre diversos atores. Esta Constituição representa o resultado de lutas de anos, que culminam na garantia de direitos sociais e coletivos. Alguns fatores concorrem para o teor social desta Constituição: em primeiro lugar, ela representa a tentativa de correção dos excessos e descaminhos provocados pelo regime militar, garantindo um amplo catálogo de direitos sociais e coletivos intangíveis pelo Estado. Com isso, a nova Carta deveria ser um instrumento de emancipação social, com o intuito de buscar a igualdade concreta entre as pessoas. (PINHEIRO, Roseni; ASENSI, Felipe Dutra. Desafios e estratégias de efetivação do direito à saúde, p.15)

As formas em que se desenvolveram as políticas públicas tocante às práticas de manutenção de garantias fundamentais, passam a ser consideradas pela Constituição da República como um serviço essencial e de relevância pública, atribuindo os mesmos destaques na garantia de preservação da dignidade humana, sendo considerado o direito à vida, como o pilar para a efetivação dos demais. (PINHEIRO, ASENSI, 2010. p. 15)

Nas palavras de Carlos Henrique e Luiz Antônio, a promulgação da nova constituição fez com que o país se caracterizasse como um novo estado democrático, cuja a busca do bem estar social através de inúmeras prestações de serviços por parte do Estado, em especial, a garantia do acesso à saúde, se classificaria como um direito de cidadania, dando o ponta pé inicial a um sistema público, universal e descentralizado. (2014, p.16)

Em outubro de 1988, com a promulgação da nova Constituição Federal, completa-se o processo de retorno do país ao regime democrático. No contexto de busca de implantação de um estado de bem-estar social, a nova carta constitucional transformava a saúde em direito de cidadania e dava origem ao processo de criação de um sistema público, universal e descentralizado de saúde. Transformava-se, então, profundamente a organização da saúde pública no Brasil (PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antônio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. p. 16)

Na garantia de preservação das ações de promoção do bem estar através do direito à saúde, passou-se ao Estado a atribuição do desenvolvimento de políticas públicas de valorização de um sistema único, cuja proposta seria a absorção de todas as demandas oriundas da população, cuja as respostas se demonstrassem de maneira eficiente, não tornando-se para tanto, meios individualistas para o alcance de interesses próprios, e sim, garantia de um acesso

coletivo, baseado na equidade dos tratamentos e direcionamentos durante todo o estágio da absorção continuada de tais demandas.

Neste sentido, após as premissas apontadas pelas necessidades de efetivação de um modelo democrático de acesso universal à saúde, a criação de normativas infraconstitucionais, corroboraram na solidificação de um modelo previamente desenhado pelas ideologias vivenciadas à época, sendo criado neste sentido, previsões legais que abarcariam as orientações e forma de desenvolvimento do Estado brasileiro sobre o viés sanitário, propondo a criação de um sistema único de saúde brasileiro.

O processo de criação do SUS teve início a partir das definições legais estabelecidas pela nova Constituição Federal do Brasil de 1988, sendo consolidado e regulamentado com as Leis Orgânicas da Saúde (LOA), nº 8080/90 e nº 8.142/90, sendo estabelecidas nestas as diretrizes e normas que direcionam o novo sistema de saúde, bem como aspectos relacionados a sua organização e funcionamento, critérios de repasses para os estados e municípios além de disciplinar o controle social no SUS em conformidade com as representações dos critérios estaduais e municipais de saúde. (ROLIM, Leonardo Barbosa; CRUZ, Rachel de Sá Barreto Luna Callou; SAMPAIO, Karla Jimena Araújo de Jesus. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. Saúde debate, p. 140)

Neste sentido, passariam as atribuições de preservação do estado de saúde de toda população brasileira ser de responsabilidade dos entes da federação, ressaltando o texto constitucional sobre a solidariedade havida ente os estados, municípios e a União no que tange a garantia da promoção do bem estar social e o direito à saúde.

As formas como são tratadas as garantias constitucionais para a efetivação dos direitos sanitários, permitem a orientação às demais normativas que garantem o controle e a sustentabilidade das ações promovidas pelo poder público, demonstrando-se a harmonia necessária entre os envolvidos em paralelo à evolução democrática pretendida pelo novo modelo de Estado, passando o legislador a criar mecanismos para a vinculação de ações necessárias à continuidade do crescimento da atenção desempenhada ao sistema de saúde brasileiro.

Dentro desta linha de uma política pública não perfectibilizada acerca da saúde, é interessante notar que esta evoluiu para expressar, no texto constitucional, uma preocupação com o seu financiamento. Direitos, evidentemente, só se realizam a partir de políticas públicas. Desde a sua redação originária, o art. 195 trazia previsão de financiamento para a seguridade social (a qual, como se sabe, abrange a saúde, previdência e assistência social). Entretanto, não existia uma previsão que alocasse recursos de forma minimamente suficiente para a saúde. A partir da Emenda Constitucional 29 percentuais mínimos de aplicação de recursos orçamentários passaram a ser previstos. Esta aplicação mínima de percentuais de recursos orçamentários fundamenta-se racionalmente, evidentemente, em um discurso de justificação, e se configura em uma decisão. (BITENCOURT, Caroline Müller;

RECK, Janriê Rodrigues. Democracia deliberativa, teoria da decisão e suas repercussões no controle social das despesas em saúde. Revista de Direito Econômico e Socioambiental. p. 133)

No tocante as ações previstas diante da Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000, pode-se perceber a vinculação e estabelecimento de base de cálculos de percentuais mínimos para aplicação de recursos direcionados aos serviços de saúde, propondo a cada ente da federação, novas interpretações do texto constitucional, sendo considerado a implantação gradativa de tetos mínimos orçamentários para o desenvolvimento das ações de saúde após a sua aprovação.

Diante do novo cenário, passariam os Estados a garantirem o percentual mínimo de aplicação em serviços públicos de saúde na proporção de 7 % à 12 % de forma gradativa, durante os anos de 2000 à 2004, estabelecendo-se como patamar mínimo após o último ano de evolução, a quantia de 12 % do produto da arrecadação dos impostos sobre transmissão causa mortis e doação, operações relativas à circulação de mercadorias e sobre propriedade de veículos automotores (artigo 155 da Constituição Federal) e dos recursos provenientes de transferências da União de que tratam os artigos 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos municípios. (CAMPELLI, CALVO, 2007. p. 1614).

Em consideração a aplicabilidade dos recursos oriundos dos cofres públicos municipais, durante a projeção do mesmo período atribuído aos estados, ficariam os municípios responsáveis pela aplicação do teto mínimo de serviços públicos em saúde na graduação de 7% (2000), 8,6% (2001), 10,2% (2002), 11,8% (2003) e 15% a partir de 2004, na proporção mínima da arrecadação dos impostos de propriedade predial e territorial urbana, transmissão “inter vivos”, a qualquer título, por ato oneroso, de bens imóveis, por natureza ou acessão física, e de direitos reais sobre imóveis e impostos sobre serviços de qualquer natureza (artigo 156) e dos recursos provenientes das transferências da União e dos Estados de que tratam os artigos 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º. (CAMPELLI, CALVO, 2007. p. 1614).

Nas palavras de CAMPELLI e CALVO, a União passaria a realizar seus investimentos em serviços públicos vinculados à saúde na seguinte proporção:

À União foi determinado um acréscimo de 5% em 2000 em relação ao valor empenhado no ano anterior (ADCT, artigo 77, I, “a”) e para os anos de 2001 a 2004, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do PIB (ADCT, artigo 77, I, “b”). A definição dos critérios de vinculação da União após 2005 ficou ao encargo da Lei Complementar (Constituição Federal, artigo 198, § 2º, c/c § 3º, IV). Campelli MGR, Calvo MCM. O cumprimento da Emenda Constitucional nº. 29 no Brasil. **Cad Saude Publica**, p. 1614)

Nesta proporção, estariam todos os entes da federação, envolvidos nas práticas de desenvolvimento, manutenção e promoção das ações e serviços públicos de saúde, na garantia da efetivação do direito como norma fundamental tratada pelo texto constitucional.

Nas palavras de Fabíola Vieira, após a criação das normativas infraconstitucionais, passariam os entes federativos a exercerem suas atribuições solidárias quanto a necessidade de manutenção do sistema sanitário, devendo os mesmos agirem de forma planejada, onde instrumentos norteadores passariam a orientar os gestores quanto o alcance de metas estabelecidas, bem como a forma em que se dará a alocação dos recursos públicos destinados a fomentação de toda a rede pública de saúde. (VIEIRA, 2009, p. eletrônica).

Até então o SUS tinha sido criado, mas não regulamentado. Com a publicação da Lei 8.080/1990, além dos instrumentos de gestão pública citados e da necessidade de realização de planejamento nos municípios, estados, Distrito Federal e União para obtê-los, tornou-se clara a necessidade de que fosse interiorizada ao setor saúde a lógica do planejamento, por meio de um sistema articulado em que as decisões e escolhas das esferas subnacionais do SUS pudessem ser consideradas quando da formulação das estratégias em âmbito nacional. A lei estabeleceu a lógica de ascendência do planejamento e orçamento no SUS para a elaboração dos planos de saúde (do nível local até o federal), os quais deveriam ser utilizados para a formulação das programações de saúde que, por sua vez, deveriam estar contempladas nas respectivas propostas orçamentárias. Os planos de saúde deveriam ser submetidos e aprovados pelos respectivos Conselhos de Saúde em cada esfera de governo. (VIEIRA, Fabíola Sulpino. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. p. eletrônica)

Demonstra a legislação brasileira sobre a necessidade da organização para o desenvolvimento de ações vinculadas à Administração Pública, devendo obedecer critérios elencados, em se tratando da necessidade do equilíbrio financeiro entre as despesas realizadas com as receitas angariadas pelos entes, sejam elas realizadas através de tributos ou até mesmo transferências constitucionais obrigatórias.

Ainda por meio da Constituição Federal de 1988, estabeleceram-se os instrumentos de planejamento da gestão, aos quais deveriam se submeter todos os órgãos da administração pública, deflagrando processo de planejamento para sua obtenção, a fim de que pudessem ser programados os recursos financeiros necessários à execução das atividades em cada setor (despesas e investimentos), em consonância com a receita arrecadada, em cada ente federado. Estabeleceram-se, então, o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA). (VIEIRA, Fabíola Sulpino. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. p. eletrônica)

Neste sentido, passariam as políticas públicas destinadas ao desenvolvimento de ações para a efetivação das prerrogativas à saúde, serem aparadas pela necessidade da realização do planejamento dos gastos, na necessidade da definição das despesas a serem adquiridas ao longo

do processo de gestão, estendendo-se esta orientação à cada esfera de governo, na garantia de maior eficiência da aplicabilidade dos recursos públicos.

Em consideração às necessidades de aplicação de recursos mínimos estabelecidos em diretrizes legais, considerando a necessidade de planejamento de ações voltadas a utilização de recursos públicos para a efetivação do direito constitucional à saúde, durante a evolução destas ações, pôde-se perceber as crescentes inadequações e ineficiências dos serviços públicos de saúde, sendo considerado o excesso de aplicação em relação aos mínimos constitucionais, em paralelo a pouca resolutividade da absorção das demandas de saúde vinculadas às ofertas de serviços prestados pela Administração Pública.

Apesar de serem consideradas normas inovadoras para o custeio e desenvolvimento das ações em saúde através do planejamento dos investimentos públicos nos serviços vinculados a tal política, percebe-se o grande recuo das ações pautadas no crescimento dos investimentos ao longo prazo para a melhora de todo o contexto de saúde no território brasileiro.

Em consideração a baixa de investimentos de recursos públicos para a saúde, em comparação a países desenvolvidos e sub- desenvolvidos, é percebido que no Brasil, há a retração do financiamento por parte da União, visto que o crescimento do produto interno bruto vem se reduzindo ao longo do tempo, promovendo a ausência de recursos necessários para o acompanhamento das demandas de saúde em todo o país.

A crise econômica enfrentada pelo Brasil já acumula alguns anos, e suas consequências revelam um quadro crítico. Entre os indicadores que mais claramente ilustram tal situação, podemos citar os números de pobreza e extrema pobreza no País. A série histórica divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que começa em 1992 utilizando dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), apresenta expressiva redução a partir de 2003, quando 41,8 milhões e 12,9 milhões de pessoas se encontravam em situações de pobreza e extrema pobreza, respectivamente. O indicador de pobreza alcançou seu menor nível em 2014, quando 14,1 milhões estavam nessa situação, enquanto a pobreza extrema estava no segundo menor nível da história com 5,2 milhões de pessoas. Como reflexo dos efeitos da crise e das políticas de austeridade, ambos os indicadores foram significativamente impactados. Enquanto mais de 20 milhões se encontravam em situação de pobreza ao final de 2017, alarmantes 11,8 milhões de pessoas estavam em situação de pobreza extrema, valor não captado pelas PNAD desde 2004. A desigualdade de renda aferida pelo Índice de Gini vem apresentando crescimentos sucessivos desde abril de 2014, saltando de 0,5636 nesse mês para 0,5915 em fevereiro de 2018. Dessa forma, o Brasil de 2018 apresenta uma distribuição de renda mais desigual que o mesmo país há quatro anos. (PAES-SOUSA, Rômulo; RASELLA, Davide; CAREPA-SOUSA, Júlio, Política econômica e saúde pública: equilíbrio fiscal e bem estar da população. p. 175)

Nota-se a partir dos estudos realizados sobre o crescimento econômico no Brasil, que as necessidades de valorização de políticas públicas voltadas para a efetivação dos direitos a prestação de serviços de saúde, passariam a sofrer severas restrições no tocante a redução dos

investimentos por parte da União, visto que seu percentual mínimo de aplicação de recursos financeiros direcionados ao SUS estaria vinculado ao PIB brasileiro.

As evidências dão conta de que a tentativa de equilíbrio das contas públicas no País resultou em medidas de austeridade com severa redução da rede de proteção social. Os gastos totais com saúde em 2017 foram praticamente os mesmos que os realizados em 2016, ainda que o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) de 2016 tenha registrado alta nos preços de 6,29%. O orçamento total para a saúde previa gastos de R\$ 114,7 bilhões, e o piso constitucional indicava que deveriam ser aplicados ao menos R\$ 109 bilhões. Contudo, a aplicação efetiva dos recursos ficou aquém de ambas as referências, totalizando R\$ 107,2 bilhões e registrando, pela primeira vez, gastos abaixo do piso constitucional. (PAES-SOUSA, Rômulo; RASELLA, Davide; CAREPA-SOUSA, Júlio, Política econômica e saúde pública: equilíbrio fiscal e bem estar da população. p. 176)

Torna-se fato que com a crescente crise financeira enfrentada pelo Estado brasileiro, diversas fatores auxiliariam ainda mais ao caos instalado, uma vez que o aumento da pobreza da população brasileira resultaria na maior exposição aos riscos de contaminação e acometimento de inúmeras doenças, visto que ausência da renda proveniente do trabalho, impactariam negativamente no Sistema Único de Saúde Brasileiro, haja visto que as demandas aumentariam significativamente e a absorção não seria condizente às necessidades apresentadas.

Em relação ao perfil epidemiológico que emergiu em consequência da crise e da austeridade, Schramm et al. encontraram: transtornos mentais (suicídio, tentativas de suicídios e depressão), doenças infecciosas (HIV, Tuberculose, Malária e Febre do Nilo), Doenças Crônicas Não Transmissíveis (Doenças cardiovasculares) e Doenças da infância (asma e acidentes domésticos). Trata-se de um perfil compatível ao crescimento da pobreza, aumento de exposição a riscos de infecção, e ao estresse vinculado à escassez de renda proveniente do trabalho ou das transferências sociais. No tocante aos fatores sociais, os autores identificaram estudos que dão conta ainda dos efeitos sobre a saúde do desemprego, precarização do trabalho, perda do seguro saúde, medo da perda do emprego e suas consequências, perda da moradia ou redução de qualidade da moradia, assim como redução do consumo de alimentos. Segundo os autores, alcoolismo e tabagismo apresentaram resultados divergentes, indicando que o consumo poderia ser estimulado pela dinâmica da crise e, ao mesmo tempo, ser refreado pela ausência de recursos para sua aquisição. (PAES-SOUSA, Rômulo; RASELLA, Davide; CAREPA-SOUSA, Júlio, Política econômica e saúde pública: equilíbrio fiscal e bem estar da população. p. 174)

Apesar de poder considerar a relação havida entre a redução dos investimentos em saúde pela União e a crescente crise financeira, nota-se que a ausência de planejamento por parte da Administração Pública, influenciaria diretamente no descontrole das ações voltadas a manutenção do SUS, podendo ainda ser considerado que a ausência de diretrizes capazes de tonarem eficazes os investimentos públicos em saúde, resultariam na ineficácia por parte do

Estado, não sendo regra o crescimento econômico para que haja de forma objetiva as garantias de manutenção dos serviços prestados.

No entanto, uma análise mais detalhada indica que o cenário é um pouco mais complexo. Por exemplo, gastar maiores frações do PIB com financiamento do sistema de saúde não significa melhores condições de saúde para a população. Os cinco países que mais gastam proporcionalmente com saúde são (dados de 2015, OMS), por ordem decrescente, Libéria (15,2% do PIB), Serra Leoa (18,3% do PIB), Estados Unidos da América (16,8% do PIB), Tuvalu (15% do PIB) e Ilhas Marshall (22,1% do PIB). Mesmo com as expressivas proporções de dispêndio em saúde em relação ao total de riquezas produzidas pelos países acima mencionados, não seria temerário afirmar que nenhum deles possui equidade de acesso à saúde comparável às do Canadá e do Reino Unido, que gastam muito menos para o mesmo fim. Os países mais pobres da relação acima apresentam problemas de saúde tão graves que fazem que os recursos alocados sejam insuficientes, ao passo que os Estados Unidos, por optarem por um sistema predominantemente mercantilista, excluem dos recursos alocados aqueles menos favorecidos. (SALDIVA, Paulo Hilário Nascimento; VERAS, Mariana. *Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras. Estud. av.*, p. eletrônica)

Já que se não bastasse a ausência de eficácia dos serviços públicos de saúde ofertados pelo Estado, somada a crescente crise financeira e a falta de investimentos por parte da União, passou o Governo Federal a apostar em um novo regime fiscal, instituindo a Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016, cuja a proposta se demonstraria através do congelamento dos gastos públicos, onde, para o exercício de 2017, à despesa primária paga no exercício de 2016, incluídos os restos a pagar pagos e demais operações que afetam o resultado primário, seria corrigida em 7,2% (sete inteiros e dois décimos por cento); e para os exercícios posteriores, ao valor do limite referente ao exercício imediatamente anterior, seria corrigido pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA, publicado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, ou de outro índice que vier a substituí-lo, para o período de doze meses encerrado em junho do exercício anterior a que se refere a lei orçamentária.

Nas palavras de Menezes, Moretti e Reis (2019):

A primeira grande reforma de Temer foi a implementação de uma política de ajuste fiscal, com congelamento das despesas públicas por até 20 anos. Trata-se do NRF, instituído pela EC 95, que estabeleceu a limitação constitucional dos gastos públicos por até duas décadas, fato internacionalmente inédito e que trouxe consigo elementos reveladores da instauração do novo projeto neoliberal. Em sua essência, essa EC impossibilita ao Estado o cumprimento das obrigações constitucionais previstas desde 1988. A norma marca o fim do Estado garantidor de direitos, uma vez que a proposta impõe uma inversão de prioridades, impossibilitando o funcionamento dos serviços públicos e da rede de proteção social nos termos previstos na Constituição Federal. (MENEZES, Ana Paula do Rego; MORETTI, Bruno; REIS, Ademar Arthur Chioro. *O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade.* p. 61)

Tornam-se questionáveis as condutas praticadas pelo Governo Federal em se tratando da realização de propostas merecedoras de inúmeros questionamentos, no que tange a redução dos avanços e garantias de preservação da dignidade humana bem como a oferta de assistência à saúde desenvolvida no país.

Em ações contrárias ao planejamento de redução dos gastos, têm-se as práticas de minimização de retornos tributáveis de alguns setores da economia brasileira, sendo desconexas as afirmativas tratadas pelos representantes políticos, no que se expressa de um lado a necessidade da contenção de gastos e melhor efetividade dos recursos financeiros, e do outro, a desoneração de atividades petrolíferas na contribuição tributária de suas ações.

Ao direcionar toda sua ação para limitar o gasto primário, o governo torna invisíveis alguns dos principais sorvedouros de recursos públicos nos últimos anos: as desonerações fiscais, a sonegação e o pagamento de juros. Por exemplo, desde o governo Temer, o pré-sal foi aberto às multinacionais petrolíferas, que passaram a contar com um regime de exploração que não pode ser caracterizado apenas a partir do conceito de 'Estado Mínimo'. A rigor, o Estado neoliberal é ativo na construção de regras jurídicas que induzem o mercado, por exemplo, sob a forma de benefícios tributários, baixos índices de conteúdo local e de excedentes em óleo transferidos das empresas petrolíferas à União. Toda essa arquitetura produz maior atratividade aos leilões, 'verificada' sob a forma de ágios obtidos na licitação.

Entre as medidas em benefício das empresas petrolíferas, vale destacar o regime tributário instituído, que resultou na possibilidade de dedução integral da base de cálculo do Imposto de Renda (IR) e da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL) das importâncias aplicadas no setor. Apenas considerando os royalties, as empresas petrolíferas poderão fazer deduções que implicarão uma perda tributária superior a R\$ 1 trilhão em cerca de 30 anos. As perdas afetarão estados e municípios, pois 46% do IR são distribuídos aos entes federados via Fundos de Participação. . (MENEZES, Ana Paula do Rego; MORETTI, Bruno; REIS, Ademar Arthur Chioro. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. p. 62)

Em síntese, a Emenda Constitucional nº 95 desconsiderou as necessidades de saúde da população, o impacto do crescimento populacional, a transição demográfica, desvinculando quaisquer atos de crescimento de receitas à saúde no prazo de vinte anos, ou seja, passou a emenda constitucional a considerar que o valor mínimo para aplicação e investimentos de recursos públicos em saúde, seria o equivalente a 15% da RCL de 2017, acrescidos da inflação, sendo calculado no valor de R\$ 109 bilhões, valor este que pouco representa os gastos realizados em 2016, resultando assim, em maiores investimentos por parte dos Estados e Municípios em ações para o desenvolvimento da saúde no país. (MENEZES, MORETTI, REIS, 2019, p. 63-64).

Entre 2003 e 2017, as despesas federais de saúde passaram de 58% para 43% das despesas públicas totais. Significa dizer que os estados e, sobretudo, os municípios

gastam proporcionalmente cada vez mais em saúde. Se mantido o congelamento, esses entes deverão ser responsáveis por 70% dos gastos públicos até 2036.

Quando se projeta como deve se comportar a despesa com ASPS em relação à RCL de cada exercício, se considerado o piso de aplicação entre 2020 e 2036, chega-se a uma estimativa de que os gastos em saúde corresponderão a cerca de 10% da RCL em 2036, último ano de vigência da EC 95. (MENEZES, Ana Paula do Rego; MORETTI, Bruno; REIS, Ademar Arthur Chioro. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. p. 62)

Vale ressaltar que a crise, não necessariamente, afeta somente a União, trazendo consigo, inúmeros questionamentos sobre a falta de apoio por parte dos municípios e estados no tocante a manutenção dos serviços públicos de saúde, considerando que as necessidades locais se desenvolvem de maneira simultâneas, abrindo espaço para a realização e manutenção de políticas públicas destinadas a promoção da educação, idealização de uma infraestrutura sustentável, bem como outras necessidades impostas pela sociedade para a possibilidade do bem viver, fazendo com que a escassez de recursos públicos se depare com o aumento das necessidade de investimento em serviços de saúde, para que assim haja a substituição da ausência de recursos federais pelos estaduais e municipais.

Pouco se nota a viabilidade da criação de políticas públicas voltadas à continuidade da preservação de um sistema único de saúde, capaz de absolver as demandas intituladas por seus usuários, em se tratando da atual gestão federal iniciada pelo então presidente Jair Bolsonaro.

O atual governo indica total concordância com a EC 95, que subjugou os investimentos em políticas sociais aos princípios da austeridade fiscal. O Ministro da Saúde tem defendido publicamente que o orçamento da saúde é ‘muito grande’ e que otimizará os recursos ‘melhorando a gestão’ da pasta. Entretanto, já é possível analisar que o financiamento do SUS no primeiro ano do mandato de Jair Bolsonaro tem situação calamitosa. (MENEZES, Ana Paula do Rego; MORETTI, Bruno; REIS, Ademar Arthur Chioro. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. p. 65)

Segundo informações obtidas através do Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento, a previsão de gastos referentes as ações destinadas à saúde pública por parte da União, se demonstrava através da Lei Orçamentária Anual na quantia de R\$ 120,8 bilhões, equivalendo-se ao acréscimo de 2,8% referente as despesas do ano anterior, sendo que tal valor sequer, supera o índice inflacionário avaliado em 2018, que foi de 3,75% (IPCA). (MENEZES, MORETTI, REIS, 2019, p. 65). Neste sentido, pode-se perceber a discrepância entre as necessidades de investimentos ocasionados pelo acumulo inflacionário dos últimos anos, evidenciando a pouca garantia de absorção das demandas, tendo em visto o congelamento dos gastos, conforme traz a EC 95.

Se tomada a despesa com ASPS como proporção da RCL, percebe-se que, entre 2018 e 2019, ele já diminuiu 1,8 ponto percentual. Pelas regras da EC 95, o piso de aplicação de 2017 seria 15% da RCL, valor que deve ser atualizado pela inflação por até 20 anos. A despesa aplicada correspondeu a 15,8% da RCL no primeiro ano da EC 95, reduzindo-se para 14,5% da RCL em 2018 e para 14,2% da RCL em 2019, conforme estimativas da LOA. Percebe-se, pois, que os efeitos da EC 95 sobre o financiamento do SUS são imediatos, implicando gastos abaixo do patamar de 15% da RCL. (MENEZES, Ana Paula do Rego; MORETTI, Bruno; REIS, Ademar Arthur Chioro. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. p. 65)

Nota-se que o caos causado à saúde coletiva, não se resume apenas pela redução dos investimentos da União em políticas públicas, sendo também considerado a redução de propostas para as extensões de pesquisas sanitárias nas quais possibilitam a realização de ações em caráter preventivo para a manutenção do bem estar social.

A comunidade de pesquisadores e quadros científicos no Brasil têm sofrido restrições de toda sorte: de ordem política, com os ataques à autonomia universitária e ingerências sobre agências de fomento à pesquisa; econômica, face aos cortes e contingenciamentos que afetam as pastas de Educação e de Ciência e Tecnologia; e incluso ética e moral, dados os impropérios proferidos por autoridades públicas que acusam os ambientes de investigação científica como lugares de “balbúrdia”, negando-lhes a devida relevância social e em nome de uma agenda de costumes que impõe o fundamentalismo neopentecostal sobre agendas propriamente científicas; isso em tempos de pandemia mundial tem demonstrado o notável despreparo do governo federal para o adequado enfrentamento à pandemia, em defesa dos extratos mais vulneráveis da sociedade brasileira, historicamente alijados das estruturas de poder e desassistidos de direitos sociais. (CARVALHO, Rogério, CARVALHO, Ronaldo, ZAGNI, Rodrigo Medina. Em guerra sem armas: a pandemia mundial e o desmonte das ciências no Brasil. p. 107)

Nas palavras de Ximenes (2019) et al, as autonomias das universidades federais estariam ameaçadas, tendo em vista os crescentes cortes ocasionados pelo governo federal em justificativa ao contingenciamento das despesas em paralelo ao equilíbrio financeiro, haja visto que a nova justificativa se baseava na ausência de recursos capazes de promover as ações de desenvolvimento de pesquisas científicas, sendo tal contingenciamento temporário.

Em função dessa medida e da opção de Bolsonaro por reduzir as despesas com educação pública, o Projeto de Lei Orçamentária Anual de 2020 (PLOA, 2020), encaminhado em agosto ao Congresso, estabelece redução da ordem de 18% nos recursos totais do Ministério da Educação (MEC). Com isso, cortam-se os investimentos na ampliação do acesso, inclusive aquele necessário à conclusão das obras já iniciadas.

Mais grave é o cenário de investimentos em pesquisa: já profundamente afetados em 2019 pelos cortes, que levaram à suspensão de editais em andamento e ao corte de bolsas em implementação, a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) têm seus orçamentos reduzidos à metade no PLOA 2020 (XIMENES, Salomão Barros et al . REAFIRMAR A DEFESA DO SISTEMA DE

Analisando os impactos ocasionados pelo retrocesso da manutenção dos direitos fundamentais e essenciais para a preservação da dignidade humana, o mundo inteiro, passa a ser palco da maior pandemia vivenciada nos últimos cem anos, onde a causa de inúmeras perdas, passou a acometer todas as nações, sobrevivendo o estado brasileiro a sentir o efeito da ausência de tais investimentos, uma vez que a estrutura que acabará de se regredir, não se demonstrava suficiente para a absorção das demandas de um novo vetor, causador de uma nova doença, desconhecida até então por toda comunidade epidemiológica.

Em 12 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou como pandemia a doença causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2). A infecção (COVID-19), além de ser mais transmissível, tem letalidade estimada em cerca de 14 vezes a da influenza. O alto índice de contágio, com cada indivíduo infectando de 2 a 3 pessoas, em média, causa a expansão da epidemia em progressão geométrica. No Brasil, onde a transmissão comunitária em todo o território nacional foi declarada em 20 de março, mais de 147 mil casos e 10 mil mortes pela COVID-19 haviam sido confirmados até 9 de maio de 2020. Medidas de isolamento de casos e contatos e distanciamento social da população geral têm sido as principais estratégias preconizadas para retardar a expansão da COVID-19 e permitir a adequação dos sistemas de saúde ao rápido aumento da demanda por leitos de internação, especialmente aqueles de terapia intensiva, evitando o colapso da assistência hospitalar. (DAUMAS, Regina Paiva et al. O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. p. 1)

Diante dos danos ocasionados pela nova doença, passou o Estado a investir em estratégias de ampliação dos atendimentos aos usuários do Sistema Único de Saúde, haja visto que a política anteriormente desenvolvida se baseava na fomentação da assistência privada à saúde, não havendo portanto a possibilidade de absorção de toda a demanda recorrente ao sistema, sendo estruturadas ações de conscientização e prevenção para a redução do contágio pela nova doença, e mais uma vez, ações de estruturação dos municípios e estados para a criação de hospitais de campanha, já que os recursos de natureza federal estavam congelados mediante a proposta da EC 95.

As políticas de viabilidade de acesso aos serviços públicos de saúde, além de serem incapazes de conformar toda a demanda populacional na pandemia do coronavírus, ganharam destaque na mídia com a inauguração progressiva dos hospitais de campanha para tentar suprir a carência de vagas em leitos hospitalares – especialmente aquelas vagas relacionadas aos centros de terapia de maior complexidade voltados para o cuidado humano intensivo.

De outro lado, ao mesmo tempo em que se deva reconhecer o esforço do Poder Público no sentido de mudar o cenário da crise assistencial de acesso aos serviços hospitalares na pandemia do coronavírus, pode-se inferir que a medida de

providenciar hospitais de campanha somente durante a crise demonstra a falta de planejamento estratégico na área de saúde, ao propiciar ferramentas e insumos especiais no momento da crise já estar instalada. (PINTO, Nádia Regina da Silva. O direito à saúde na pandemia do coronavírus e as perspectivas do acesso igualitário nas redes assistenciais públicas e privadas. p. 27)

Nas palavras de Nádia Regina da Silva Pinto (2020, p. 27), a pandemia ocasionada pelo novo coronavírus, demonstrou tamanho despreparo das redes de saúde em todo o território brasileiro, sendo tal despreparo ocasionado pela falta de acesso da população a um sistema deficitário, incapacitado e desestruturado, onde a ausência do desenvolvimento de ações e preparo dos integrantes do sistema, sejam eles médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde somam ainda mais a resposta negativa das perdas ocasionadas pela doença.

A pandemia do coronavírus veio evidenciar as falhas dessa rede insuficiente de acesso num sistema público de saúde reconhecidamente deficitário, por longas décadas, incapaz de atender a integralidade e o cuidado assistencial merecidos tanto para os casos suspeitos, quanto para os casos confirmados de diagnóstico médico de coronavírus.

O diagnóstico médico impreciso no início da doença, seja por falta de preparo médico, seja por falta de testes diagnósticos, é um divisor de águas entre o melhor ou o pior prognóstico da evolução do vírus COVID-19 no ser humano. Este vírus, se associado às comorbidades como diabetes mellitus, cardiopatias e demais doenças crônicas, pode levar à morte como o desfecho mais trágico, acompanhado de dor, sofrimento e luto devastador nas famílias. (PINTO, Nádia Regina da Silva. O direito à saúde na pandemia do coronavírus e as perspectivas do acesso igualitário nas redes assistenciais públicas e privadas. p. 28)

Vale ressaltar que o crescimento das infecções ocasionados pela nova doença são impulsionados pela grave crise financeira que ocorre em todo o país, sendo que após a percepção do agravamento econômico, passou a sustenta o governo federal sobre a minimização da gravidade e efeitos da doença, partindo da análise de estudos pouco prováveis e na contra mão do entendimento do restante do mundo, com a justificativa de assegurar a recuperação econômica do país.

Conforme é apontado por Luana Paixão Dantas do Rosário (2020), pôde-se perceber a ausência de interesses em promover políticas públicas voltadas ao combate da pandemia em consideração a necessidade de recuperação econômica do país, sendo percebido através de considerações realizadas pelo então presidente, Jair Bolsonaro, sobre as práticas ocorridas bem como as justificativas do momento vivenciado.

Essa indiferença é explícita nas falas de Bolsonaro. Em 24/03, Bolsonaro faz um pronunciamento nacional no qual afirmou que o coronavírus se trata de uma “gripezinha”, criticou governadores por determinarem quarentena — com fechamento de comércio e fronteiras — questionou o motivo pelo qual escolas foram fechadas e acusou a imprensa de produzir histeria infundada. Em 26 de março, Bolsonaro disse

à imprensa brasileira, em frente ao Palácio da Alvorada: “Eu acho que não vai chegar a esse ponto [situação dos Estados Unidos]. Até porque o brasileiro tem que ser estudado. Ele não pega nada. O sujeito pula num esgoto e sai mergulhando, não acontece nada com ele”. Em 20 de abril, quando o Brasil registava 2.575 mortes e 40.581 casos confirmados de pessoas contaminadas pelo coronavírus, ao ser perguntado acerca do número de mortes por um jornalista, Bolsonaro respondeu: "Eu não sou coveiro, tá certo?". Em 28 de abril, quando o Brasil ultrapassou a China em número de mortes, tendo 5.017 mortos— números que não levam em conta a subnotificação, uma vez que o país não tem realizado testes, e as mortes por síndromes respiratórias aumentaram mais de 1.000%, em alguns estados, mais de 6.000%—, Jair Bolsonaro disse: “E daí? Lamento. Quer que eu faça o quê? Eu sou Messias, mas não faço milagre”.(ROSÁRIO, Luana Paixão Dantas do. A necropolítica genocida de Bolsonaro em tempo de pandemia e o projeto ultra-neoliberal. p.15)

Diante das considerações, tem o Brasil a gigantesca tarefa de reestruturar uma política defasada e desestruturada, cujo o cumprimento das orientações trazidas pelo nova ordem constitucional, consagrada através do modelo participativo, vem sendo violado de maneira constante, sendo que as ações tomadas diante do congelamento dos gastos públicos pela União através da EC n° 95, vem de encontro com a crescente crise financeira que assola toda comunidade brasileira, fazendo com que as demandas solicitadas juntas ao Sistema Único de Saúde cresçam de maneira desordenada e insustentável pelo sistema.

Vale ressaltar que a desestruturação e desmanche do SUS ocorre desde a ausência de recursos pautados para a absorção das demandas e assistência de forma humanizada, bem como pelos cortes ocorridos em universidades federais, que buscam a criação e extensão de pesquisas científicas para a realização de ações preventivas e tratamento de doenças que por ventura, vierem a alojar sobre o território brasileiro.

As ações impactam negativamente no desenvolvimento do país, havendo de certa forma, o regresso de ações sobre a valorização da dignidade humana, onde com o decorrer das atitudes tomadas pelas autoridades federais, o resultado passa a ser demonstrado após o início da pandemia em território brasileiro, cuja a falta de estruturas, pouco conhecimento da doença, ausência de preparo de todas as redes de assistências, garantem sem sombra de dúvidas, perdas irreparáveis ao longo do processo.

Neste sentido, fica demonstrado que todas as ações vinculadas ao desenvolvimento e manutenção da saúde pública no Brasil, carece de análises prévias com debates entre as comunidades científicas, estudantis, sanitaristas e até mesmo, desenvolvimento de fóruns capazes de coletarem manifestações de usuários que lidam diariamente com as necessidades das prestações de serviços do Sistema Único de Saúde, para que desta forma, sejam tomadas decisões conscientes e responsáveis, não se desejando que haja a intervenção arbitrária e

desrespeitosa com toda a comunidade que sofre, onde a aceitação de mortes “descartáveis” durante o processo falho de reestruturação passa-se a demonstrar atos de covardia.

3 - Considerações Finais

Diante das necessidades de adaptação a um novo contexto sanitário, cuja as tomadas de decisões para a efetividades dos direitos e garantias fundamentais passam a ser ceifadas de maneiras irracionais, tornando-se merecedor de destaque as ações empreitadas para a realização do desmanche do Sistema Único de Saúde, uma das poucas políticas públicas em evidência no Brasil, passa-se a considerar a ausência do respeito a comunidade brasileira, no tocante as previsões constitucionais elencadas em seu ordenamento jurídico, cuja a falta de estrutura e decadência do sistema, configuram-se através de reflexos de práticas impensáveis e incalculáveis ao longo prazo.

A garantia de congelamento de gastos por parte da União se demonstra como um tremendo erro, garantidor de inúmeras mortes pela falta de assistência e absorção das demandas inerentes ao SUS. Desta forma, o quebra cabeça montado, resulta em maiores investimentos em políticas públicas por parte dos estados e municípios, não havendo para tanto, recursos suficientes para a substituição da responsabilidade do Governo Federal, deixando grande parte dos serviços pela metade.

Somada a falta dos investimentos e acompanhamento das demandas pela União, pode-se considerar que, inúmeras são as ações praticadas para que de forma rápida, tenha-se o colapso das políticas públicas sanitárias no Brasil, sendo também considerado a manutenção do “contingenciamento” das despesas com pesquisas científicas para o desenvolvimento de ações preventivas e assistenciais ao combate de doenças alojadas no país.

Com a crescente cultura de desrespeito ao direito à saúde, as consequências trazidas pela pandemia ocasionada pelo novo coronavírus, tomam proporções ainda maiores, haja visto a falta de estrutura, comprometimento, preparo dentre outros fatores, ocasionam perdas irreparáveis, sendo entendido por diversas organizações de saúde que a preocupação momentânea das autoridades federais, baseia-se na recuperação econômica do país, sendo as vidas consumidas pela doença, meras ocorrências ao longo do processo.

Referências

BITENCOURT, Caroline Müller; RECK, Janriê Rodrigues. Democracia deliberativa, teoria da decisão e suas repercussões no controle social das despesas em saúde. *Revista de Direito Econômico e Socioambiental*, Curitiba, v. 8, n. 1, p. 121-147, jan./abr. 2017. Disponível em <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6172757>>. Acesso em 08 set 2020. doi: 10.7213/rev.dir.econ.soc.v8i1.17652.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em 31 ago 2020

BRASIL. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000, que altera os artigos 34, 35, 156, 160, 167 3 198 da Constituição Federal e acrescenta o artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm > Acesso em 03 set 2020.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016, que altera o Ato de Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal . Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm> Acesso em 31 ago 2020.

CAMPELLI MGR, CALVO MCM. O cumprimento da Emenda Constitucional nº. 29 no Brasil. **Cad Saude Publica** 2007; 23(7):1613-1623. Disponível em <<https://www.scielo.org/article/csp/2007.v23n7/1613-1623/>>. Acesso em 08 set 2020

CARVALHO, Rogério, CARVALHO, Ronaldo, ZAGNI, Rodrigo Medina. Em guerra sem armas: a pandemia mundial e o desmonte das ciências no Brasil. *Confluências*. Niterói- RJ. v. 22, n. 2, ago/dez 2020. p. 106-129. ISSN: 1678-7145. Disponível em <<https://periodicos.uff.br/confluencias/article/view/43046/25367>> . Acesso em 11 set 2020.

DAUMAS, Regina Paiva et al . O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 36, n. 6, e00104120, 2020 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000600503&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 set 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00104120>.

LUCCHESI, Patrícia T. R.. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 8, n. 2, p. 439-448, 2003 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 02 set 2020. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000200009>.

MACHADO, Felipe Rangel de Souza; DAIN, Sulamis. **A Audiência Pública da Saúde: questões para a judicialização e para a gestão de saúde no Brasil**. *Rev. Adm. Pública*, Rio de Janeiro , v. 46, n. 4, p. 1017-1036, ago 2012 . Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122012000400006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 02 set 2020. <https://doi.org/10.1590/S0034-76122012000400006>.

MENEZES, Ana Paula do Rego; MORETTI, Bruno; REIS, Ademar Arthur Chioro. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 43, n. especial 5. p. 58-70, dez 2019. Disponível em < <https://www.scielosp.org/article/sdeb/2019.v43nspe5/58-70/pt/>>. Acesso em 09 set 2020. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S505>

PAES-SOUSA, Rômulo; RASELLA, Davide; CAREPA-SOUSA, Júlio, Política econômica e saúde pública: equilíbrio fiscal e bem estarda população. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 42, n. especial 3, p. 172-182, nov 2018. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000700172&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09 set 2020. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s313>

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde- Manguinhos**, v. 21, n. 1, 2014. Disponível em < https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/18594/2/Teixeira_Reforma%20Sanitaria_Port.pdf> . Acesso em 01 set 2020.

PINHEIRO, R, ASENSI FD. Desafios e estratégias de efetivação do direito à saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. 2010. v. 20, n. 1. p.15-17. Acesso em < <https://www.scielosp.org/pdf/physis/2010.v20n1/15-17/pt> >. Disponível em 01 set 2020.

PINTO, Nádia Regina da Silva. O direito à saúde na pandemia do coronavírus e as perspectivas do acesso igualitário nas redes assistências públicas e privadas. **Revista Direitos Sociais, Seguridade e Previdência Social**. v. 6, n 1, p. 18-36. jan/jun 2020. Diponível em < <https://www.indexlaw.org/index.php/revistadssps/article/view/6509/pdf>>. Acesso em 11 set 2020. e- ISSN 2525-9865

ROLIM, Leonardo Barbosa; CRUZ, Rachel de Sá Barreto Luna Callou; SAMPAIO, Karla Jimena Araújo de Jesus. **Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa**. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 37, n. 96, p. 139-147, mar. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000100016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 01 set. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0103-11042013000100016>.

ROSÁRIO, Luana Paixão Dantas do. A necropolítica genocida de Bolsonaro em tempo de pandemia e o projeto ultra-neoliberal. **OSIRIS- Observatório de Risco**. 2020. Disponível em <https://www.ces.uc.pt/ficheiros2/sites/osiris/files/OSIRIS_Luana%20Paixao%20Dantas%20do%20Rosario.pdf>. Acesso em 11 set 2020

SALDIVA, Paulo Hilário Nascimento; VERAS, Mariana. Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras. **Estud. av.**, São Paulo , v. 32, n. 92, p. 47-61, abr 2018 . Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142018000100047&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08 set 2020. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-4014.20180005>.

SANTOS, N. R. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 2, mar./abr. 2006. p. 429-435. Disponível em <<https://www.scielosp.org/article/csc/2007.v12n2/429-435/>>. Acesso em 08 set 2020

VIEIRA, Fabíola Sulpino. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 14, supl. 1, p. 1565-1577, out 2009 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800030&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 02 set 2020. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000800030>.

XIMENES, Salomão Barros et al . Reafirmar a defesa do sistema de ciência, tecnologia e ensino superior público brasileiro. **Educ. Soc.**, Campinas , v. 40, e0230375, 2019 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-73302019000100100&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 11 set. 2020. Epub Dec 09, 2019. <https://doi.org/10.1590/es0101-73302019230375>.