

EFEITOS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NEOLIBERAIS NO ACESSO AO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL ENTRE 2016 E 2020

Clara Thais Nunes De Freitas¹
Érica Rios De Carvalho²

RESUMO: A pesquisa se debruçou sobre a análise do direito à saúde, à luz das políticas públicas neoliberais brasileiras, no marco temporal de 2016 a 2020. Este tema possui alta relevância na conjuntura do país, pois o direito à saúde é um direito fundamental da ordem democrática e deve ser preservado. A metodologia aplicada para o desenvolvimento inclui revisão bibliográfica e análise documental, a partir, principalmente, da coleta de dados sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), disponibilizados por fontes secundárias. O objetivo geral dessa pesquisa foi discutir em que medida as políticas neoliberais avançaram sobre o SUS entre os anos de 2016 e 2020. Para isso, os objetivos específicos buscaram descrever a proteção jurídica à saúde pública no Brasil a partir de 1988, identificar as políticas públicas neoliberais aplicadas no contexto da saúde entre 2016-2020 e refletir sobre os seus efeitos para o fortalecimento ou o enfraquecimento dos setores públicos e privados da saúde do Brasil no período. Os resultados apontaram que os efeitos da Emenda Constitucional 95, diante dos investimentos públicos em saúde, corroboraram para o enfraquecimento do setor público e para o fortalecimento do setor privado, uma vez que houve reduções significativas nos investimentos aplicados entre os anos de 2016-2020. Assim, o estudo concluiu que tais efeitos vão ao encontro do retrocesso social, uma vez que a Constituição de 1988 declara que as políticas públicas são mecanismos necessários para o alcance da justiça social, mediante a materialização do acesso aos direitos e garantias fundamentais, como o direito à saúde pública.

Palavras-chave: Direito à Saúde. Políticas públicas. SUS. Neoliberalismo.

EFFECTS OF NEOLIBERAL PUBLIC POLICIES ON ACCESS TO THE RIGHT TO HEALTH IN BRAZIL BETWEEN 2016 AND 2020

ABSTRACT: The research focuses on the analysis of the right to health in the light of Brazilian neoliberal public policies, in the time frame of 2016 to 2020. This theme has high relevance in the country's conjuncture because the right to health is a fundamental right of the democratic order and must be preserved. The methodology applied for development includes bibliographic review and documentary analysis, mainly from the collection of data on the Unified Health System (SUS) made available by secondary sources. The general objective of this research was to discuss the extent to which neoliberal policies advanced on the SUS between 2016 and 2020. For this, the specific objectives sought to describe the legal protection to public health in Brazil from 1988, to identify the neoliberal public policies applied in the health context between 2016-2020 and to reflect on its effects for the strengthening or weakening of the public and private health sectors in Brazil in the period. The results showed that the effects of constitutional amendment 95 in the face of public investments in health corroborated the weakening of the public sector and the strengthening of the private sector, since there were significant reductions in investments applied between

¹Graduanda do curso de Direito da Universidade Católica do Salvador (UCSal). Email: clara.freitas@ucsal.edu.br.

²Orientadora. Professora do curso de Direito da Universidade Católica do Salvador (UCSal). Especialista em Direito Privado (CEJUS), Mestra e Doutora em Políticas Sociais e Cidadania (UCSal). Coordenadora do Núcleo de Pesquisa Conflitos, Estados e Direitos Humanos (NP CEDH). Email: erica.carvalho@pro.ucsal.br.

2016 and 2020. Thus, the study concluded that these effects are in line with social setbacks, since the 1988 Constitution states that public policies are necessary mechanisms for the achievement of social justice, through the materialization of access to fundamental rights and guarantees, such as the right to public health.

Keywords: Right to Health. Public policy. SUS. Neoliberalism.

SUMÁRIO: 1. INTRODUÇÃO. 2. RESULTADOS E DISCUSSÃO. 2.1. PRÉ E PÓS ADVENTO DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988: ASPECTOS SOCIAIS E NORMATIVOS. 2.2. DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NEOLIBERAIS APLICADAS NO CONTEXTO DA SAÚDE ENTRE 2016-2020. 2.3. DA EC 95 E AS QUESTÕES ORÇAMENTÁRIAS. 2.4. ANÁLISE DOS EFEITOS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS APLICADAS À SAÚDE NO BRASIL: 2016-2020. 3. CONCLUSÃO. REFERÊNCIAS.

1. INTRODUÇÃO.

A saúde é um direito universal, que deve ser concedido de maneira equitativa para todos os indivíduos, com enfoque naqueles de maior vulnerabilidade social. O arcabouço constitucional de 1988 doou para a saúde do país uma valoração social de extrema relevância para o alcance da democratização do direito à saúde e, na prática, esse direito deve ser materializado conforme os ditames constitucionais (BRASIL, 1988).

Anos após os movimentos que originaram a Reforma Sanitária, veio o advento da promulgação da Constituição Federal de 1988, que incorporou os objetivos reivindicados pela reforma, positivando as garantias universais em solo nacional. Para Santos (2017), o direito à saúde ganhou um arcabouço que, por força maior da Lei Supra, deve ser assegurado através de políticas públicas.

Adotou-se então um caráter social e universal para a saúde no país, positivado pelos artigos 6º e 196 da Carta Magna de 1988. Tal direito foi assegurado aos cidadãos brasileiros e estrangeiros em solo nacional, fornecendo-lhes a garantia do acesso à saúde através de um sistema público (BRASIL, 1988). Assim, tem o Estado a obrigação de conceder o acesso a esse direito, devendo promover leis infraconstitucionais e políticas públicas que viabilizem o acesso à saúde pública por toda pessoa em solo nacional, de forma equitativa.

Nesse cenário de ruptura, nasceu o Sistema Único de Saúde (SUS), por volta da década de 1990, implementado para atender toda a população, principalmente os indivíduos com maior vulnerabilidade social. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2020), cerca de 6,9 milhões de brasileiros vivem em situação de extrema pobreza, e sete de cada dez brasileiros utilizam o SUS.

Nesse mesmo período, o Estado brasileiro, que não chegara a completar um regime de Estado de Bem-Estar Social completo, ganhou um viés neoliberal (BEHRING e ALMEIDA,

2010). O neoliberalismo surgiu como uma reforma estatal quanto aos interesses públicos, positivados pela Carta Magna de 1988, demonstrando, na prática, resultados contrários aos objetivos vinculados aos direitos sociais positivados pelo referido diploma legal, principalmente no que concerne ao direito à saúde.

Diversos governos se apoderaram do viés neoliberal para a condução de suas políticas públicas, até mesmo aqueles de caráter mais progressista, como os governos de Lula e Dilma, respaldando-se pela justificação do pagamento da dívida exterior, através da redução dos gastos internos, o que continuava a implicar nos investimentos públicos para com a saúde, aumentando a privatização.

Posteriormente, a mudança de governos alterou a concepção estatal, principalmente no governo de Temer e de Bolsonaro, que retomaram com mais fôlego as diretrizes neoliberais, respaldando-se pelo princípio da austeridade. Dessa forma, essa pesquisa se debruçou sobre a análise dessa problemática se norteando pela seguinte pergunta de pesquisa: “Em que medida as políticas neoliberais avançaram sobre o SUS entre os anos de 2016 e 2020?”.

O objetivo central da pesquisa é discutir em que medida as políticas neoliberais avançaram sobre o SUS entre os anos de 2016 e 2020. Já os objetivos específicos se dedicaram a: descrever a proteção jurídica à saúde pública no Brasil a partir de 1988; identificar as políticas públicas neoliberais aplicadas no contexto da saúde entre 2016-2020; refletir sobre os efeitos dessas políticas para o fortalecimento ou o enfraquecimento dos setores públicos e privados da saúde no Brasil entre 2016-2020.

O tema possui extrema relevância social, dada a importância do acesso à saúde pública de forma eficiente e equitativa para a população. Ademais, a efetivação desse direito constitui a materialização da exigência constitucional. Para o âmbito acadêmico, o tema tem relevância, porquanto direciona os juristas a analisarem os direitos materializados e postos em prática, bem como princípios que asseguram a igualdade social e a dignidade da pessoa humana, diante de uma reflexão crítica que possibilitará a visualização dos reflexos ocasionados pela interferência estatal de viés neoliberal e a verificação desses impactos sociais e econômicos.

A pesquisa se desenvolveu utilizando o método de revisão de literatura, abordagem essa que consiste na análise de demais obras publicadas por outros autores, como livros e trabalhos científicos. Através da revisão e leitura desse material, foi possível extrair a fundamentação do presente estudo, contribuindo de forma direta para a avaliação da problemática que será estudada.

A abordagem é qualitativa, com uso das técnicas de revisão bibliográfica e análise de documentos. Nesse sentido, o material foi selecionado em bases de dados como as

plataformas Scielo, Lilacs e Google Acadêmico, como também os sites do Planalto. Para a realização da busca e filtragem do material a ser estudado, foram utilizados os descritores com terminologias em português, que facilitaram a seleção dos conteúdos bibliográficos, sendo eles: direito à saúde, políticas públicas, SUS e neoliberalismo.

Os materiais selecionados para esse estudo, no que concerne as obras e artigos acadêmicos, obedeceram ao marco temporal fixado entre 2000 e 2020. Quanto à especificidade dos conteúdos dessas obras, foram selecionadas aquelas em que o conteúdo aborda especificamente a problemática estudada nesta pesquisa. Quanto à exclusão, o critério utilizado foi a ausência da relação direta com o tema deste trabalho. No que tange ao idioma, foram selecionadas apenas obras em português, deste modo, textos em outros idiomas foram descartados para essa análise bibliográfica.

A pesquisa se subdivide em três seções. A primeira é esta, em que as questões introdutórias foram devidamente apresentadas. Na segunda seção e seus subitens é apresentado o desenvolvimento da matéria analisada, na qual os objetivos específicos foram devidamente abordados. Por fim, na terceira e última seção são apresentadas as considerações finais, em que a autora expõe os resultados extraídos e sua análise crítica, bem como sugestão para a realização de novas pesquisas referentes a esta temática.

2. RESULTADOS E DISCUSSÃO.

2.1. PRÉ E PÓS ADVENTO DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988: ASPECTOS SOCIAIS E NORMATIVOS.

O sistema de saúde no Brasil anterior à data de 1963 era elitista e excluía do seu bojo de amparo os indivíduos em condição de vulnerabilidade. Foi através da 3ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida no final do ano de 1963, que vários estudos coroavam a necessidade da criação e implementação do SUS.

Destarte, essa conferência tinha duas pretensões para a saúde brasileira: a primeira era um sistema de saúde que fosse acessível e utilizado por todos os indivíduos brasileiros e estrangeiros em solo nacional, e a segunda buscava a organização e a descentralização desse sistema, dando um certo protagonismo aos municípios para gerir a saúde local, contudo, não excluindo a responsabilidade estatal na esfera federal (CARVALHO, 2013).

Aponta Lacerda (2010, p. 180) que a década de 1970 foi marcada pela política da exclusão social. O autor ainda destaca que as consequências da adoção de tal política foram drásticas e influenciaram significativamente no agravamento das condições sociais vinculadas às questões de saúde da população, disseminando uma onda de agravantes que relativizaram a

qualidade de vida dos cidadãos, tais como: epidemias, como a da meningite; o aumento da mortalidade infantil; dentre outras. Assim, a luta em prol da democratização da saúde buscava universalizar o direito de acesso à saúde e torná-lo equitativo.

Ainda de acordo com o autor supracitado, durante a ditadura militar no Brasil, alguns projetos objetivavam a mudança do cenário da saúde no país. Dentre eles, pode-se citar a reedição da Fundação SESP, ora denominado de Programa de Interiorização de Ações e Serviços de Saúde (PIASS), que formava o rol de projetos privatizantes como o do Vale Consulta, para aquelas regiões mais pobres do país. Contudo, o PIASS não foi implantado no cenário nacional- mais por falta de vontade da gestão pública naquela época-, pois o programa apresentava benefícios que poderiam melhorar o contexto da saúde.

Ante o regime autoritário implantado no país, grupos em defesa do direito à saúde tinham o objetivo social de torná-lo equitativo e uma obrigação estatal. Para Carvalho (2013) ,foi nesse período que surgiram as manifestações e organizações que atuavam em prol da defesa de um sistema público , integral e universal, que reivindicava mudanças para o contexto da saúde em pleno regime da ditadura, numa perspectiva de superação e mudanças.

Desse modo, o país passou a conviver com a problemática e o desafio de conseguir implantar um sistema de saúde que fosse similar aos adotados pela Europa, iniciados no período do pós-guerra, dentro de uma política denominada de *welfare state*, ou, estado de bem-estar. Além disso, outro desafio a ser superado era o de estabelecer a obrigação estatal sobre o direito à saúde, em prol da sua garantia universal (CARVALHO, 2013; OLIVEIRA 2012).

Para Oliveira (2012) com a repercussão da Conferência Internacional de Assistência Primária a Saúde, ocorrida em 1978, no Cazaquistão, as reivindicações de reformas para o atendimento público de saúde aumentaram no Brasil, buscando assim a universalização do direito à saúde e a integralização das ações do INAMPS e do Ministério da Saúde num único sistema.

Através das experiências dos países socialistas, a Organização Mundial da Saúde (OMS) passou a enfatizar as desigualdades existentes no setor em todo o cenário mundial, em países desenvolvidos, mas, principalmente, nos subdesenvolvidos. Fator esse que contribuiu para chamar ainda mais a atenção desses países para a necessidade de tornar universal o direito à saúde (OLIVEIRA, 2012).

Após a crise de caráter político, social e econômico vivenciada pelo Brasil na década de 1980, houve o agravamento das condições de vida da população, tendo grande repercussão

sobre a saúde no país. A partir de 1985, houve o crescimento do movimento social que defendia a democratização dessa área no Brasil, difundindo a proposta da reforma sanitária.

Assim, a VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, tornou-se um marco, pois aprovou por unanimidade dos votos as diretrizes para a universalização desse direito e para que houvesse um maior controle social de efetividade para as práticas da saúde no país. Dessa forma, surgiram os princípios que norteariam a criação e implementação do SUS no país, estabelecendo-o como direito de todos e dever do Estado (OLIVEIRA, 2012).

A redemocratização, iniciada na década de 1980 na América Latina, impulsionou o processo de descentralização política, fiscal e administrativa e de 'restauração' do federalismo, juntamente com o compromisso de melhorar os serviços públicos e de promover a distribuição de renda. (FINKELMAN, 2014, p. 99).

Já no ano de 1987, surgiu o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que seria uma ponte para a futura implantação do SUS. Esse programa possibilitou uma descentralização da saúde no país, transferindo a autonomia para as unidades federativas. Junto à implementação desse programa, iniciaram-se as discussões da Assembleia Nacional Constituinte, nos anos de 1987 e 1988, buscando uma constituição de caráter mais democrático e social.

Para Oliveira (2012), a Constituição Cidadã de 1988 abraçou diversas proposições importantes do relatório emitido pela VIII Conferência Nacional de Saúde, posteriormente, materializando o SUS através do advento da Lei nº 8.080 de 1990, popularmente conhecida por Lei Orgânica da Saúde. Assim, o SUS formaria o conjunto de ações e serviços de saúde, privados e públicos, contratados ou conveniados com o poder público do país, ou seja, surgiu como um sistema que daria atenção a todos os cidadãos brasileiros e estrangeiros em solo nacional de forma gratuita.

Essa nova concepção sobre a democratização da saúde foi fortalecida pelos debates no âmbito da OPAS, que resultou na deliberação do Conselho Direito, justamente no ano de 1988, sobre uma extrema necessidade de transformação para os sistemas de saúde de diversos países. Tal projeto teve por finalidade a descentralização dos serviços de atenção primária à saúde, objetivando o alcance da meta de universalização do direito à saúde, buscando também o aumento dos investimentos feitos nesse setor e ampliando e reativando diversos serviços.

Portanto, a nova constituição de 1988, positivou legalmente no país, os novos objetivos impostos ao cenário da saúde pública nacional, estabelecendo esse direito como universal, igualitário, gratuito e de obrigação estatal (FINKELMAN, 2014).

Nas sociedades democráticas em que nasceram os sistemas universais (Inglaterra, Canadá), a sociedade e o Estado já traziam implícitos os sentidos e os sentimentos de direito, cidadania e do espaço que a saúde ocupava naqueles

contextos. Ali, os cidadãos entregavam ao Estado, de modo consciente, a missão de organizar e dirigir esse sistema para servir a todos sem qualquer distinção. Eram sistemas que nasciam da vontade coletiva, amadurecida por processos de construção de políticas em que a saúde constituía espaço de acolhimento à diversidade para combater a desigualdade. (TEMPORÃO, 2013, p.5 *apud* CONASS, 2014, p. 17).

É no artigo 6º, *caput*, da Carta Magna de 1988 (BRASIL, 1988), que o direito à saúde ganha um arcabouço constitucional, sendo previsto como um direito social e universal. Para além disso, o artigo 196 do mesmo diploma legal positiva o direito à saúde como um direito de todos e um dever do Estado, que deve garantir, através de políticas sociais e econômicas, os riscos inerentes à saúde e conceder o acesso universal e igualitário ao SUS e ao seu conjunto de ações e serviços (BRASIL, 1988).

Já no artigo 197 da Carta Magna de 1988 (BRASIL, 1988), se expõe a relevância pública das ações e serviços de saúde, ficando sob a responsabilidade do Poder Público a regulamentação, a fiscalização e o controle dessas ações, que podem ser feitas de forma direta ou através de terceiros, como também por pessoas físicas ou jurídicas de direito privado. Nesse sentido, o referido artigo deixa clara a possibilidade da terceirização para o SUS, além do uso da força privada, em prol da materialização dos objetivos desse sistema (BRASIL, 1988).

Por conseguinte, e não obstante os interesses públicos sobre o direito à saúde, o artigo 198 da Constituição (BRASIL, 1988), leciona que o SUS será constituído de ações e serviços públicos de saúde, cujo devem seguir e obedecer a algumas diretrizes constitucionais, sendo elas: “I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade”. Já o artigo 199 versa sobre a possibilidade da livre iniciativa privada de forma a complementar as ações assistenciais do SUS, dessa forma, o SUS ganha um maior amparo para a materialização do direito à saúde (BRASIL, 1988). Notoriamente, houve a democratização do direito à saúde, onde a obrigação de financiamento ficou vinculada ao Estado. Este, por meio das políticas públicas, deve sustentar os investimentos necessários para manter o SUS no país e assegurar o acesso à saúde pública de forma universal. Em vista disso, no próximo capítulo da pesquisa se discorre sobre as políticas públicas neoliberais com base no marco predefinido.

2.2. DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NEOLIBERAIS APLICADAS NO CONTEXTO DA SAÚDE ENTRE 2016-2020.

Com a ampliação do acesso a saúde pública, o Brasil se viu obrigado a realizar um maior investimento nesse setor, adotando a descentralização desse investimento, possibilitando que os estados federados e os municípios pudessem contribuir, contudo, recebendo também os recursos do Governo Federal.

A partir de 1990, juntamente com a implementação do SUS, o Estado adotou políticas neoliberais, aplicando-as no cenário nacional sobre as mais diversas áreas, não sendo diferente com a área da saúde pública. Tais políticas objetivavam, em tese, um maior investimento nesse setor, com a possibilidade da privatização. Entretanto, existem muitos questionamentos sobre a adoção dessas políticas neoliberais e seus resultados ante o SUS (DRACO, 2010).

Para Santos (2017), a implementação das políticas neoliberais a partir da década de 1990 acabou ocasionando o desmonte dos objetivos primordiais do SUS, pois o neoliberalismo traz a lógica do capitalismo, dos mecanismos de privatização, do sucateamento e de uma universalização excludente, pontos esses que estão em sentido contrário das diretrizes iniciais da saúde pública brasileira. A autora ainda destaca que a política neoliberal tem um viés mais focalizado, o que fere os princípios constitucionais que se debruçam sobre a universalização dos direitos.

Assim, a hegemonia neoliberal implementada a partir da década de 1990 possui um arcabouço de centralização, sendo responsável pela redução de alguns direitos sociais, como o direito à saúde, indo na contramão da proposta constitucionalmente estabelecida, que visava à universalização desses direitos, principalmente no que concerne ao direito à saúde. Deste modo, a vinculação da política de saúde à uma lógica mercantilista desconstrói toda a preposição advinda da Carta Magna de 1988 (BRASIL, 1988). Por conseguinte, notórios são os preceitos do projeto privatista que fragmentam e individualizam o direito à saúde, contrariando as bases constitucionais de universalidade e coletividade dos direitos (SANTOS, 2017).

Contudo, ainda que contrariem os princípios constitucionais que abarcam o direito à saúde, as políticas neoliberais continuaram a ser adotadas no cenário da saúde pública nacional ao longo dos anos. De acordo com Drago (2010), foi a partir do governo Collor que as reduções nos investimentos do setor ganharam uma força maior, evidenciando assim um boicote a implantação do SUS. Posteriormente, o sucateamento do órgão foi fortalecido pelo governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), que implantou o projeto neoliberal sobre as

políticas de saúde pública nacional, com forte evidência de grupos contrários ao SUS, adaptando o sistema aos ditames econômicos da época.

Foi através da implantação do Plano Nacional de Desenvolvimento e Reforma do Estado (PNDRE) que o governo de FHC consolidou uma contrarreforma do Estado na área, desvinculando do Estado a responsabilidade de execução de serviços sociais e científicos, principalmente aqueles direcionados à saúde. Nesse contexto social, os serviços de não exclusividade estatal foram transformados em propriedade pública não estatal, declarando-o como uma organização social. Assim, deu-se origem a uma transferência das questões públicas, que antes era de responsabilidade do Estado, para o terceiro setor, com o repasse de recursos para o setor privado (DRAGO, 2010).

O conceito adotado pelos governos supracitados se debruçava sobre a descentralização da responsabilidade estatal, possibilitando a privatização do setor da saúde e, inclusive, os investimentos estrangeiros nesse setor. Esse cenário rompia com as diretrizes impostas pela Constituição Federal de 1988, precipuamente no que concerne à responsabilidade estatal sobre o setor de saúde, positivado pelo artigo 196, e no que tange aos investimentos e veto de aplicação de capital estrangeiro, observado no artigo 199, §3º (BRASIL, 1988).

Posteriormente, a partir de 2003, o governo de Lula objetivava romper com os parâmetros neoliberais adotados pelos governos anteriores, desvinculando as políticas públicas do projeto privatizante e mercadológico. Todavia, esse governo acabou dando continuidade às políticas neoliberais adotadas anteriormente, rompendo, assim, com o objetivo progressista do Partido dos Trabalhadores. Segundo Santos (2017) o cenário da saúde pública continuou a ter reduções nos investimentos, num cenário econômico de altos juros e inflações que objetivavam o pagamento da dívida externa do país.

A redução dos investimentos estatais nas questões sociais era justificada pelo déficit fiscal existente no país. Outrossim, de acordo com um pensamento neoliberal, havia uma concepção de incapacidade nacional para formular políticas sociais que fossem adequadas e eficientes para a alocação de recursos públicos, optando-se, assim, pelos investimentos de outros capitais, sobretudo aqueles advindos da privatização (SANTOS, 2017).

Deste modo, o início da implantação das políticas neoliberais ocorreu de forma tímida, ganhando força ao longo dos anos e se intensificando no governo Lula, sendo mascaradas por um viés amplamente social. Santos (2017) afirma que nesse período a situação dos investimentos continuou a ser agravada no sistema da saúde pública do país, pois não contemplava a real necessidade de investimento para assegurar avanços tecnológicos e

contemplar a devida assistencial a toda a população de acordo com o crescimento populacional do país.

As políticas sociais, desde então, estiveram diretamente vinculadas e dependentes das condições econômicas do país, distanciando-se das bases constitucionais que vinculam essas políticas à responsabilidade estatal e à universalização igualitária. No estudo produzido por Moser (2011) e que trata sobre as políticas *workfare* e medidas de ativação adotadas pela Europa a partir da década de 1990, a autora claramente critica a inversão das dimensões sociais no seio das políticas públicas, uma vez que esse novo modelo se distancia das perspectivas sociais que buscam respostas diante de crises vivenciadas pela sociedade e que podem ser compensadas pelas políticas ativas.

Preconizando o entendimento clássico de Miliband (1972, p. 20), pode-se apontar que “a escala e a difusão da intervenção do Estado no capitalismo contemporâneo são hoje imensuravelmente maiores do que em qualquer outra época e sem dúvida alguma continuarão a crescer”. Levando em consideração o avanço percorrido até os dias hodiernos, pode-se perceber como o pensamento do referido autor tem ganhado arcabouço material, uma vez que o Estado cada vez mais vem interferindo na ordem social.

Segundo Leite (2011, p. 76):

No exercício dessas funções essenciais, o Estado interfere na vida econômica por dois lados: pela tributação, que altera, intencionalmente ou não, a distribuição entre os fatores dos resultados das atividades produtivas, e por meio da despesa e da administração dos serviços básicos de educação e saúde, que podem redundar ou não no estabelecimento da igualdade de oportunidades de trabalho e ascensão social para todos os cidadãos.

Com base na interpretação desse entendimento, pode-se perceber que a interferência estatal na ordem econômica e social poderá gerar retrocesso ou ascensão social, o que depende diretamente do posicionamento adotado. O autor ainda destaca que tal intervenção pode majorar ou reduzir as discrepâncias sociais vinculados ao acesso de direitos básicos, tal como o direito à saúde (LEITE, 2011).

A Constituição de 1988, ao universalizar o acesso à saúde no país, buscou direcionar o posicionamento estatal diante da ordem social com base em dimensões expansivas, nas quais, através dos investimentos públicos, pode se majorar a seguridade de acesso a tal direito (BRASIL, 1988). Hodiernamente, o contexto político-social se apresenta fundamentado em moldes que se distanciam de tal perspectiva.

A proposta dos governos progressistas dos últimos anos acabou por reforçar a proposta neoliberal, usando exatamente o discurso contrário, ao invés de garantir cada vez mais recursos e eficiência ao setor público. A meta era diminuir a universalidade da clientela.

Levar as pessoas a cada vez mais se utilizarem de planos privados de saúde pagando sobre o que já pagam. Enfiando a mão no bolso para suprir o que lhes falta e que já está garantido por impostos e contribuições (CARVALHO, 2013).

Informações estatísticas do Conselho Nacional de Saúde (CNS), 2020, apontam que, após a promulgação da Emenda Constitucional nº 95 (EC 95), no mês de dezembro de 2016, o valor despendido anualmente para o investimento no setor da saúde tem sido reduzido progressivamente. Segundo os dados, apenas no ano de 2019, a perda aferida nos investimentos representou a quantia de R\$ 20 bilhões, uma clara desvinculação do gasto mínimo de 15% da receita da União para com o setor da saúde³. Cenário esse que corrobora claramente com a afirmação de Carvalho (2013), ao tecer críticas sobre a diminuição da universalidade da clientela do SUS.

Daí em diante, o neoliberalismo continuou sendo aplicado como uma ferramenta frente aos programas sociais, principalmente para as políticas públicas voltadas à saúde, no período de 2016 a 2020. Aponta Moser (2011) que o governo iniciado em 2016 e assumido por Temer adotou uma política de viés econômico que se debruçava sobre a austeridade como um princípio constitucional e em detrimento das mais diversas políticas sociais existentes no país.

Essa política implicou na redução de investimentos públicos com despesas primárias em relação ao Produto Interno Bruto (PIB) e às demais receitas do país. Assim, o governo Temer implementou a sua primeira grande reforma pública: a política do ajuste fiscal, que congelou as despesas públicas por um período de até 20 anos, limitando os gastos públicos e denotando a presença de uma forte política neoliberal, que abarcou diversos setores do país, principalmente o da saúde (MENEZES *et. al.*, 2019).

Isto posto, no âmbito do próximo subcapítulo se apresenta uma análise sobre EC 95 e o seu impacto nos investimentos aplicados ao contexto da saúde pública no Brasil. Discutir-se-á, então uma perspectiva pré e pós EC 95, evidenciando os impactos da emenda na questão orçamentária.

2.3.1 A EC 95 E AS QUESTÕES ORÇAMENTÁRIAS.

Foi a EC 95 que estabeleceu as diretrizes de congelamento dos gastos públicos. Ela foi proposta pelo governo Temer e aprovada em 2016, impossibilitando, assim, que o Estado cumpra as suas obrigações constitucionais, inclusive as de saúde pública (BRASIL, 2016).

³Dados que serão mais bem trabalhados no tópico 2.4 deste trabalho.

Essa normatização foi um marco para o fim ou, ao menos, o enfraquecimento de um Estado garantidor de direitos básicos, pois inverteu as prioridades e impossibilitou a manutenção de muitos serviços públicos de cunho social, apesar da previsão constitucional.

Para Menezes *et. al.* (2019, p. 63) “a EC 95 cria um tecido sensível em que toda expansão de despesa é experimentada como pressão exercida sobre o teto de gastos, convertendo as políticas sociais em mero objeto de controle”. Compreendendo que as políticas públicas visam reduzir as mazelas sociais e alcançar a denominada justiça social, pode-se perceber, com base no entendimento do referido autor, que a EC 95 limitou as políticas sociais ao próprio controle estatal de investimentos na saúde pública.

Nesse contexto, as políticas sociais se tornaram mais escassas no governo Temer, subordinando-se a medidas drásticas, afetadas pela austeridade. Isso denotou prejuízos, tais como: a ampla redução do orçamento disponível para aplicação nas políticas sociais e concessão dos direitos básicos a curto, médio e longo prazo; uma nítida piora dos resultados de índices sociais, decorrentes da redução orçamentária desses investimentos; a cegueira estatal para com a piora desses resultados, se debruçando sobre um discurso que relativiza essa piora e expõe uma necessidade de revisão das políticas sociais de caráter universal, desvinculando a importância de sua concessão (MOSER, 2011).

Corroborando com o exposto acima e explanado por Menezes *et. al.* (2019), pode-se aqui destacar os dados estatísticos disponibilizados pelo Portal da Transparência da Controladoria Geral da União (CGU), 2021, o qual denota uma clara redução dos investimentos públicos em políticas sociais dentre os anos de 2014 e 2018. Para exemplificar, pode-se destacar a redução significativa de 56% na educação, seguindo os índices redutivos: de 15% no ensino superior, 19% na educação básica e de 27% no ensino educacional. Em números monetários, o país reduziu de R\$ 11,3 bilhões para R\$ 4,9 bilhões os investimentos em questões sociais no país⁴ (CGU, 2021).

Portanto, as políticas e medidas adotadas pelo governo iniciado no ano de 2016 relativizaram todos os ditames constitucionais que amparam os direitos sociais, como o direito à saúde. Haja vista que se pautava pela redução dos investimentos em setores primordiais para manter a concessão de direito básicos à sociedade, de forma equitativa (CARVALHO, 2013).

Por sua vez, o governo assumido por Jair Bolsonaro segue o viés neoliberal, adotando políticas de redução de custos e investimentos nos mais diversos setores sociais do país,

⁴Dados que serão mais bem trabalhados no tópico 2.4 deste trabalho.

inclusive no da saúde. Nesse contexto, no primeiro ano de mandato desse governo já era notória a situação calamitosa dos investimentos no setor da saúde pública. Conforme os dados do Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento (SIOP), em 2019 houve um crescimento de apenas 2,8% no investimento do setor da saúde público, crescimento esse que sequer repõe a inflação de 2018, que foi de cerca de 3,75% de acordo com dados do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), (MENEZES *et. al.*, 2019).

Como visto, a EC 95 estabeleceu o teto de 15% para aplicação das receitas federais na saúde pública. Contudo, no primeiro ano de vigência da EC 95, a despesa aplicada correspondeu a cerca de 15,8% da RCL, sendo reduzida para cerca de 14,5% da RCL em 2018 e para 14,2% da RCL em 2019 (BOSCHETTI *et. al.*, 2018).

Portanto, vem havendo uma redução significativa quanto aos investimentos aplicados no setor da saúde pública no Brasil, o que se agravou durante o mandato de Bolsonaro. Os investimentos governamentais têm sido inferiores até mesmo ao teto definido pela EC 95, denotando uma despreocupação com o cumprimento das diretrizes constitucionais do direito à saúde (MOSER, 2011)

Em 2020, a primeira proposta orçamentária apresentada pelo governo Bolsonaro agravou a situação dos investimentos em saúde pública no país, pois o valor pretendido estava próximo ao piso estabelecido pela EC 95, de R\$ 121,2 bilhões, sendo que a adoção prevista pela ASPS era de cerca de R\$ 122,1 bilhões (MENEZES *et. al.*, 2019). Ou seja, o investimento para 2020 estava abaixo do pretendido, ainda que essa pretensão não contemplasse as reais necessidades orçamentárias para a saúde pública do país. O piso de investimento adotado pelo atual governo já se tornou teto, o que materializa a submissão do orçamento e investimento para a saúde pública do país ao princípio da austeridade adotado por tais governos (ALY, 2017).

As políticas de redução adotadas e intensificadas entre os anos de 2016 e 2020 implicam seriamente nos direitos básicos sociais, principalmente, no que se refere ao direito à saúde pública. Dessa forma, faz-se necessária uma análise dos reais efeitos dessa política de descentralização com viés neoliberal ante o cenário fático da atuação do SUS no país, bem como para com a seguridade do objetivo constitucional da universalidade associado a esse direito.

Desse modo, há a necessidade de se analisar como as políticas públicas neoliberais foram aplicadas entre os anos de 2016-2020, diante dos governos de Temer e de Bolsonaro – ambos intitulados neoliberais – em relação aos projetos econômicos do país e quais os seus efeitos para o SUS. Análise essa que será promovida no âmbito do próximo subcapítulo.

2.4. REFLEXÃO SOBRE OS EFEITOS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS APLICADAS À SAÚDE NO BRASIL: 2016-2020.

A Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), abrangeu um rol de questões sociais que dependem diretamente de políticas públicas que possam fomentar o alcance da denominada “justiça social”, a qual se materializa pela contemplação das necessidades sociais nos mais diversos setores, tais como a educação, saúde, emprego e outros. O interesse do constituinte foi o de universalizar o acesso a direitos e garantias fundamentais e indispensáveis para o alcance da dignidade da pessoa humana, bem como para que haja a redução das discrepâncias sociais (SALVADOR, 2012).

Todavia, diversos autores, como Carvalho (2013) e Boschetti *et. al.* (2018), aludem críticas no tocante à redução dos investimentos em políticas públicas, explanando sobre o atual cenário como uma contradição aos liames democráticos e protecionistas da Constituição Cidadã de 1988.

Nesse diapasão, Boschetti *et. al.* (2018, p. 6), destacam que:

O tempo presente, marcado pela financeirização do capital, vem provocando em todo o mundo capitalista um acelerado processo de privatização dos bens e serviços públicos, avanço do mercado consumidor no campo dos serviços, sobretudo educação, previdência e saúde, com forte apropriação do fundo público pelo capital. As políticas sociais vêm perdendo seu potencial garantidor de direitos e começa a se colocar em xeque a sua capacidade de garantir a emancipação política, mesmo nos marcos capitalistas.

A promulgação da EC 95 é apontada como um marco desestruturante do Estado Democrático de Direito, uma vez que ela passou a limitar os investimentos públicos em políticas sociais, corroborando para ampliar as mazelas existentes na sociedade brasileira (CARVALHO, 2013). Diante de uma leitura interpretativa da EC 95, pode-se perceber que a redução é aplicada de forma gradativa a curto, médio e longo prazo, estabelecendo limites individualizados para as despesas primárias (BRASIL, 2016).

A taxatividade da EC 95 é clara ao estabelecer teto máximo de investimento aferido em 7,2%, onde as despesas primárias autorizadas por leis orçamentárias não podem ultrapassar o teto máximo imposto pela emenda. Ademais, o § 5º, do art. 107, veda a abertura de crédito suplementar ou especial que vise ampliar o montante limite autorizado pela EC 95 diante dos investimentos com despesas primárias (BRASIL, 1988). Ao limitar os investimentos ao teto máximo da EC 95, o legislador desconsiderou quaisquer eventuais necessidades de se aferir investimento maior, prejudicando os resultados úteis que podem decorrer das políticas públicas, em seu objetivo básico (de suprir as reais necessidades sociais) (CARVALHO, 2013).

As despesas primárias do governo são os gastos despendidos para promover o acesso a bens e serviços básicos e públicos, os quais se debruçam sobre a observância do acesso obrigatório aos direitos e garantias fundamentais, tais como: educação, saúde, construção de vias públicas, dentre outros. Assim, pode-se perceber que as despesas primárias abarcam os interesses constitucionais de cunho democráticos. Ao aplicar a limitação e redução dos investimentos, a EC 95 provocou uma significativa lacuna entre os investimentos em políticas públicas e a contemplação dos interesses sociais (MENEZES *et. al.*, 2019).

De modo a se aprofundar na reflexão sobre as consequências desta perspectiva legal reducionista das políticas neoliberais, é de suma importância a análise dos dados quantitativos que aferem as reduções dos investimentos entre os anos de 2016 a 2020. Todavia, para isso, faz-se necessário identificar os investimentos aplicados em políticas sociais antes do advento da EC 95, de modo a possibilitar o vislumbre dos efeitos das limitações progressivas impostas às questões orçamentárias no Brasil.

Os dados disponibilizados pelo SIOF demonstram os índices orçamentários em saúde, ano a ano. No tocante aos anos anteriores a EC 95, esse estudo se concentrará na exposição dos dados que competem aos investimentos aplicados em 2014 e 2015. No que tange aos investimentos aplicados no ano de 2014, os dados estatísticos demonstram que os valores totais de investimentos em saúde no referido ano alcançaram a margem orçamentária, no total de 8,71%, enquanto as despesas correntes foram de 75,19%, como se pode ver no Gráfico 1, abaixo:

GRÁFICO 1: Investimentos públicos em Saúde (2014).

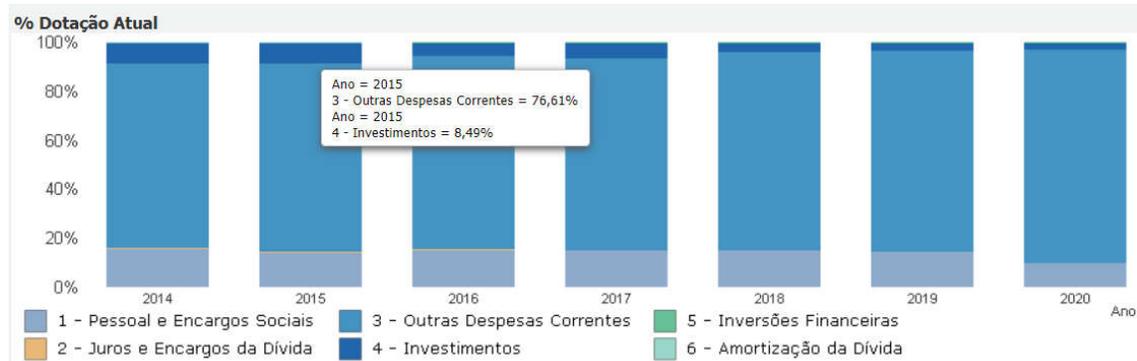


Fonte: SIOF, 2021.

Já em 2015, ainda antes da vigência da EC 95, o valor de investimento em saúde alcançou aproximadamente 8,49% do PIB, com uma leve redução, mas mantendo-se na faixa orçamentária (SIOF, 2021). Para além disso, as despesas correntes em saúde no ano de 2015

representaram o percentual de 76,61%, um aumento de 1,42% em comparação ao ano de 2014 (75,19%). Esses dados podem ser comprovados a seguir:

GRÁFICO 2: Investimentos Públicos em Saúde (2015).



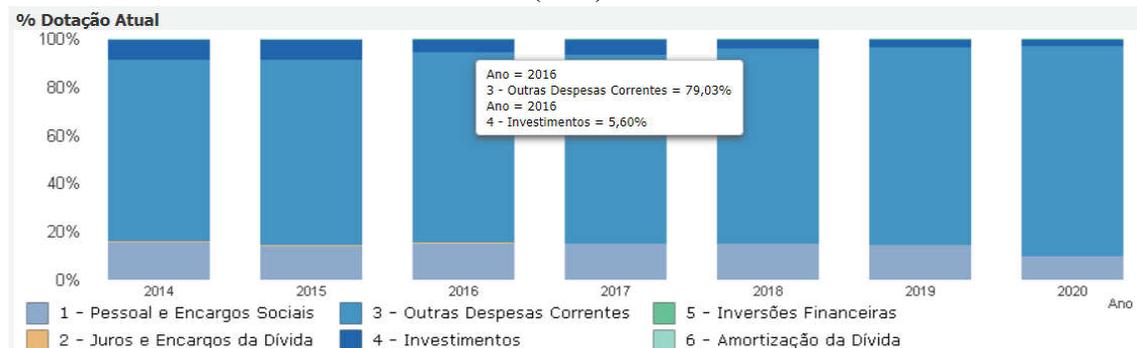
Fonte: SIOP, 2021.

Os investimentos promovidos antes da EC 95 eram aplicados com base nas necessidades aferidas sobre as ações e os serviços públicos de saúde e, ainda que as despesas fossem superiores, os investimentos aplicados antes da referida emenda eram maiores que o teto de 7,2%.

De acordo com o aludido por Boschetti *et. al.* (2018), a adoção de limitações em investimentos que alcançam questões sociais pode ser altamente prejudicial, uma vez que relativiza a volatilidade das necessidades sociais entre cada período. Ou seja, a limitação pode engessar a contemplação das necessidades sociais e provocar mazelas significativas e contrárias aos interesses constitucionais.

Através da análise dos dados orçamentários dos investimentos anuais em saúde, disponibilizados pelo SIOP, pode-se perceber uma clara decaída nos investimentos em saúde, uma clara intenção das políticas neoliberais. No primeiro ano de vigência da EC 95, 2016, já eram perceptíveis os efeitos da imposição do teto de investimentos:

Gráfico 3: Investimentos Públicos em Saúde (2016).



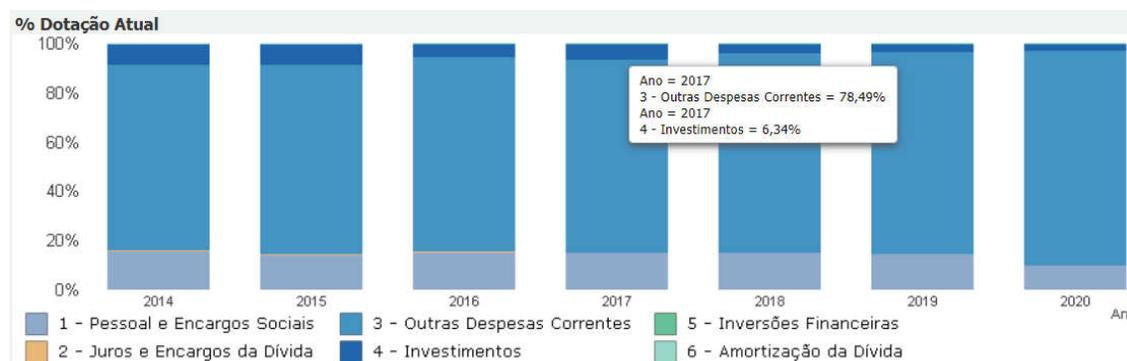
Fonte: SIOP, 2021.

Quando o investimento realizado em 2016 (5,60%) é confrontado com o valor investido em 2014 (8,71%), tem-se uma redução significativa de cerca de 3,11%. Dessarte, quando o investimento de 2016 (5,60%) é confrontado com o montante investido no ano anterior, de 2015 (8,49%), a redução alcance o índice percentual de aproximadamente 2,89%. Outrossim, a despesa corrente aferida no ano de 2016 foi de 79,03%, cerca de 3,84% superior ao ano de 2014 (75,19%) e 2,42% maior que as despesas correntes do ano de 2015 (76,61%).

Assim, ficam evidenciadas duas questões diante da análise dos primeiros resultados após a vigência da EC 95, aferidos no ano de 2016: a primeira diz respeito à redução significativa do valor investido no setor da saúde; e a segunda diz respeito ao investimento de 2016 ser cerca de 1,9% abaixo do teto de 7,2% previsto pela própria EC 95.

No ano seguinte, 2017, houve uma leve ampliação do investimento público no setor da saúde, quando comparado ao ano anterior, 2016. Todavia, ainda assim continuou a ser menor que os investimentos aplicados nos anos de 2014/2015. Os dados que comprovam o valor percentual do orçamento público investido no setor da saúde em 2017 também são disponibilizados pelo SIOP e podem ser conferidos no Gráfico 4, infra apresentado:

Gráfico 4: Investimentos Públicos em Saúde (2017).



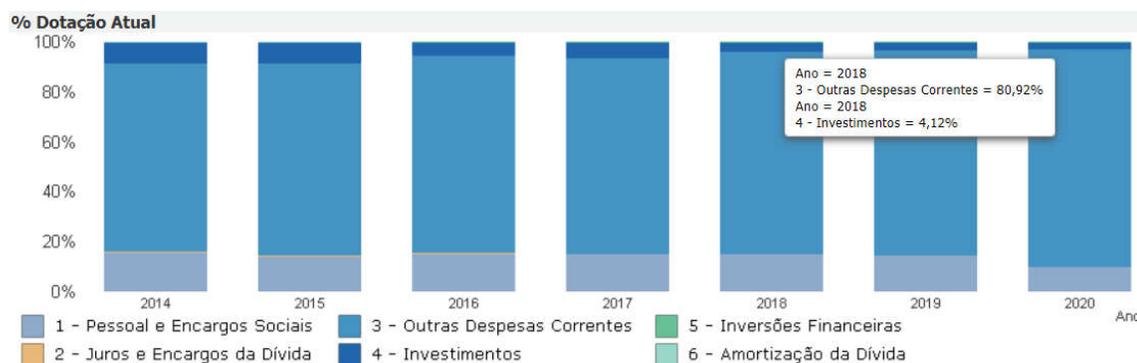
Fonte: SIOP, 2021.

Diante da interpretação dos dados acima apresentados, podem ser destacadas algumas considerações: o percentual de 6,34% foi menor que o investido em 2014 (cerca de 2,37% a menos) e em 2015 (cerca de 2,15%); em relação aos investimentos pós vigência da EC 95, pode-se destacar que o valor investido em 2017 (6,34%) foi cerca de 0,74% superior ao valor investido em 2016 (5,60%), aumento minimamente significativo em relação ao ano anterior. Já no tocante às despesas correntes aferidas no ano de 2017 (78,49%), pode-se apontar que: foram cerca de 3,3% superiores às despesas de 2014 (75,19%); aproximadamente 1,88% superiores ao ano de 2015 (76,61%); e cerca de 0,54% ao índice de despesas correntes aferido em 2016 (79,03%).

Todavia, há de se ressaltar ainda que o investimento de 2017 (6,34%) também permaneceu abaixo do teto de 7,2% estabelecido pela EC 95, um valor percentual de 0,86% do PIB. Cenário esse que demonstra que o aumento de 0,74% no investimento de 2017 em relação ao investimento de 2016 continuou abaixo da margem de decaída em comparação à redução quando comparada ao teto da EC 95. Ou seja, um aumento de 0,74% diante de um investimento cerca de 0,86% abaixo do teto (SIOP, 2021). Essa situação orçamentária permaneceu altamente deficitária, não viabilizando o suprimento integral das necessidades em saúde pública, como aponta o estudo de Menezes *et. al.* (2019)

Doravante, cumpre aqui trazer o montante investido no ano de 2018 no setor da saúde pública, o que corrobora para a extração dos resultados que irão concluir esta pesquisa. O percentual investido no referido ano pode ser conferido abaixo, na exposição do Gráfico 5, extraído do sistema do SIOP (2021):

Gráfico 5: Investimentos Públicos em Saúde (2018).



Fonte: SIOP, 2021.

No ano de 2018, o valor orçamentário aplicado no setor da saúde foi o menor aferido desde a vigência da EC 95. Em comparação aos investimentos anteriores, esse valor foi cerca de 4,59% abaixo do percentual de investimento aplicado em 2014 (8,71%); aproximadamente 4,37% a menos que o percentual investido no ano de 2015 (8,49%); cerca de 1,48% menor que o valor investido em 2016 (5,60%); 2,22% abaixo do percentual de investimento aferido no ano de 2017 (6,34%); e aproximadamente 3,08% abaixo do teto de 7,2% aplicado pela EC 95.

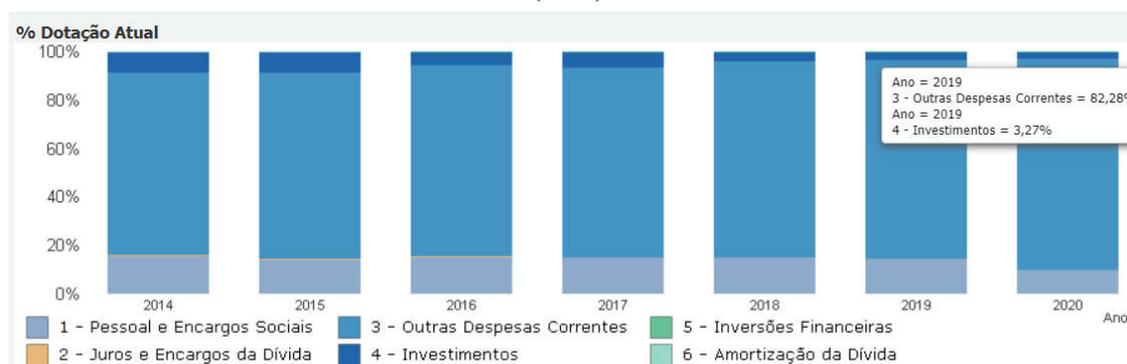
As despesas correntes aferidas em 2018 foram de 80,92%. Ela foi: 5,73% superior ao ano de 2014 (75,19%); 4,31% maior que o ano de 2015 (76,61%); 1,89% a mais que o ano de 2016 (79,03%); e aproximadamente 2,43% maior que o ano de 2017 (78,49%). No passo em que os investimentos reduziram no ano de 2018, as despesas correntes supridas pelo governo aumentaram, ainda que numa faixa percentual baixa. Contudo, as taxas percentuais de

reduções dos investimentos são significativamente superiores ao aumento das despesas correntes.

Na exposição dos dados evidenciados até o presente momento, pode-se observar que, após a vigência da EC 95, os valores investidos no setor da saúde foram significativamente reduzidos. Este cenário vai de encontro à intenção de avanços sociais promovidos pela constitucionalização e universalidade das ações e serviços em saúde. Como alude Behring (2003), o constituinte de 1988 dispôs das políticas públicas como um mecanismo capaz de dar eficiência à materialização do acesso social aos direitos e garantias fundamentais, o que fica prejudicado com a redução dos investimentos públicos nas despesas primárias.

Portanto, os investimentos aplicados no ano de 2019 perseguiram o drástico cenário de redução percebido no ano de 2018, tendo sido tal redução ainda maior em 2019. De acordo com os dados do SIOP, pode-se perceber uma redução de aproximadamente 0,85% entre os valores investidos em 2019 e 2018 (Gráfico 6).

Gráfico 6: Investimentos Públicos em Saúde (2019).



Fonte: SIOP, 2021.

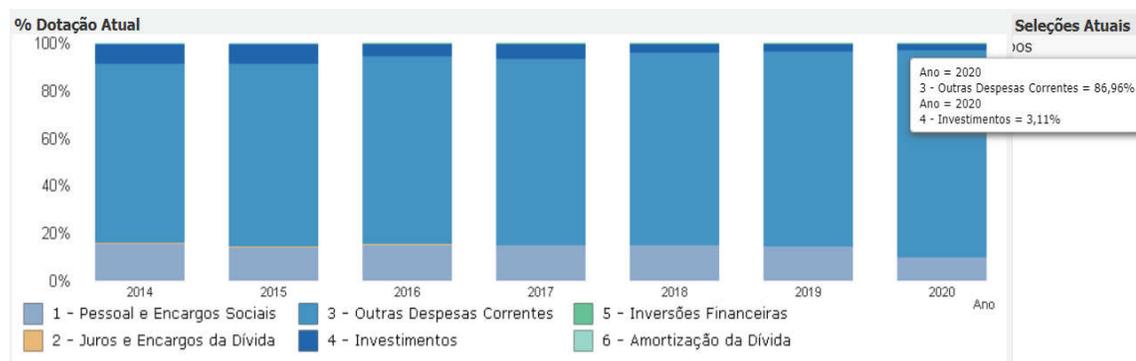
Da análise comparativa entre os resultados aferidos em cada ano, evidenciam-se as reais discrepâncias no orçamento alocado para a saúde pública. Dessa forma, ao comparar o valor percentual investido no ano de 2019 com os dos anos anteriores à vigência da EC 95, ele foi: cerca de 5,44% inferior ao percentual investido no ano de 2014 (8,71%); e aproximadamente 5,22% abaixo do percentual investido no ano de 2015 (8,49%).

Ademais, ao comparar o investimento de 2019 com os anos anteriores após a vigência da EC 95, se pode destacar que ele foi: cerca de 2,33% abaixo do valor investido em 2016 (5,60%); aproximadamente 3,07% menor que o percentual do investimento aplicado no ano de 2017 (6,34%); e cerca de 0,85% inferior ao investimento realizado no ano de 2018 (4,12%). Além disso, quando comparado ao teto de 7,2% estabelecido pela EC 95, o investimento de 2019 foi cerca de 3,93% abaixo dele.

Já no tocante às despesas correntes supridas em 2019, o percentual foi de 82,28%, o que significa que foi: 7,09% superior ao ano de 2014 (75,19%); 5,67% maior que o ano de 2015 (76,61%); 3,25% a mais que o ano de 2016 (79,03%); aproximadamente 3,79% maior que o ano de 2017 (78,49%); e cerca de 1,36% a mais que no ano de 2018 (80,92%). Ao passo em que os investimentos seguiram uma linha redutiva, as despesas correntes seguiram uma linha progressiva. Para Baumol (2012), o crescimento dos setores econômicos tem sido maior do que os dos setores de atendimento humanos, como o da saúde.

A queda dos investimentos perseguiu a tendência decrescente percebida após o ano de 2018. Assim, enquanto no ano de 2018 houve um investimento de 4,12%, com redução de 2,22% em relação ao valor investido em 2017 (6,34%) e no ano de 2019 houve uma redução de 0,85% em relação ao investimento de 2018, pode-se destacar que no ano de 2020 a redução foi ainda maior em comparação à de 2018. (Gráfico 7)

Gráfico 7: Investimentos Públicos em Saúde (2020).



Fonte: SIOP, 2021.

O ano de 2020 apresentou o pior cenário, tanto em relação à redução dos investimentos públicos no setor da saúde, quanto em relação ao crescimento das despesas correntes (SIOP, 2021). Considerando que o objetivo desta pesquisa é refletir sobre os efeitos produzidos pelas políticas neoliberais de redução dos investimentos públicos em saúde, cabe aqui confrontar os resultados de 2020 com os demais anos.

Assim, em 2020 o montante percentual investido no setor da saúde pública foi de 3,11%, e pode-se concluir que esse índice foi: cerca de 5,6% abaixo do valor investido em 2014 (8,71%); 5,11% menor que o percentual investido em 2015 (8,49%); aproximadamente 2,49% inferior ao valor aplicado em 2016 (5,60%); 3,23% a menos que o percentual do investimento realizado em 2017 (6,34%); cerca de 1,01% a menos que o investido em 2018 (4,12%); e 0,16% menor que o investimento de 2019 (3,27%). Para além disso, quando

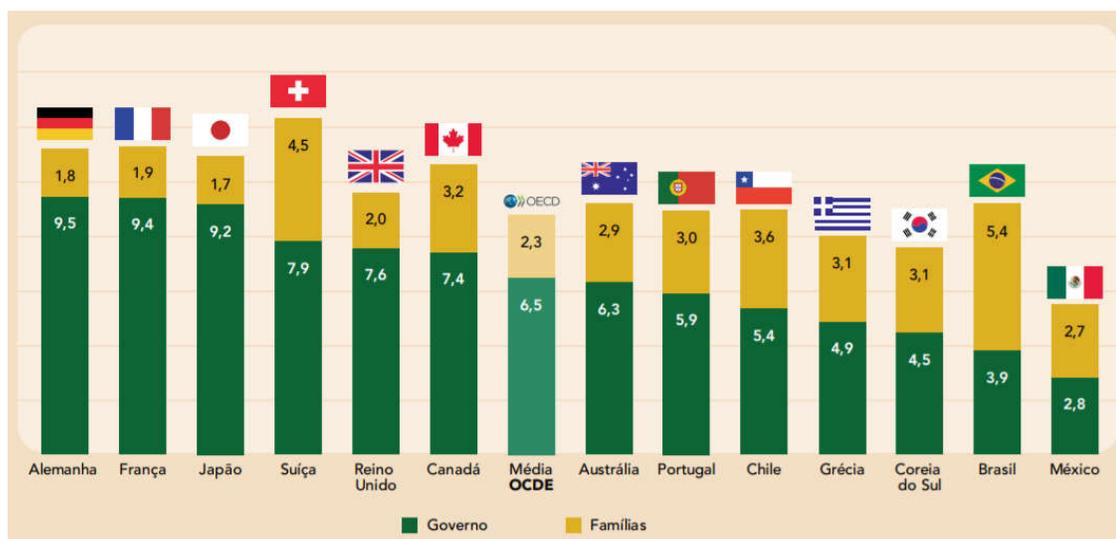
comparado ao teto estabelecido pela EC 95, de 7,2%, o percentual do investimento de 2020 é cerca de 4,09% abaixo dele.

O percentual das despesas correntes em 2020 (86,96%) perseguiu os seguintes cenários progressivos: 11,77% superior ao ano de 2014 (75,19%); 10,35% maior que o ano de 2015 (76,61%); 7,93% a mais que o ano de 2016 (79,03%); aproximadamente 8,47% maior que o ano de 2017 (78,49%); cerca de 6,04% a mais que no ano de 2018 (80,92%); e 4,68% a mais que o ano de 2019 (82,28%).

Assim sendo, o cenário de investimentos feitos antes e durante a vigência da EC 95 evidenciam um retrocesso no setor da saúde pública. Esse cenário agrava as perspectivas de avanço social dos setores básicos de atenção, principalmente a saúde. A Constituição de 1988 (BRASIL, 1988) previu princípios e delineou objetivos que fossem capazes de mitigar as dificuldades do setor da saúde pública, porém essas diretivas vêm sendo prejudicadas pelas políticas neoliberalistas (ALY *et. al.*, 2017).

Uma pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE) em 2017 revelou que o Brasil é o país onde o Governo menos investe no setor da saúde, em comparação aos demais, que aplicam percentual maior do Produto Interno Bruto (PIB). De acordo com o órgão, no Brasil, a maior parte dos investimentos atuais ficam a cargo das próprias famílias, ou seja, o investimento privado é superior ao investimento público. (Gráfico 8)

Gráfico 8: Despesas com saúde como proporção do PIB, por setor institucional (%) (2017).



Fonte: IBGE, 2017, p. 2.

De acordo com as informações acima, as médias ideais de investimentos em saúde aferidas pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento (OCDE) é de 2,3% para o investimento privado das famílias e de 6,5% para os investimentos públicos, ou seja, o ideal é que o investimento público seja superior ao investimento privado. Todavia, no cenário do Brasil, há uma discrepância em relação às médias da OCDE, bem como em comparação com os demais países.

Ademais, com a elevação dos índices de inflação, surgem mais efeitos negativos dos cortes realizados nos investimentos públicos em saúde, uma vez que a moeda corrente perde o seu valor. Dessa forma, cabe aqui destacar os índices de inflação aferidos entre os anos de 2016 e 2020, bem como anos anteriores, apresentados pelo IBGE (2020) e que podem ser conferidos no Gráfico 9:

Gráfico 9: Índices de Inflação no Brasil (2010-2020).



Fonte: IBGE, 2020.

É incontestável que a inflação antes de 2016 era maior do que a dos anos posteriores. Todavia, ao analisar os índices aferidos entre os anos de 2016 e 2020, percebem-se elevações significativas na inflação brasileira. Quando há o confronto dos índices de inflação nos referidos anos com os investimentos aplicados e suas faixas de redução, verifica-se um desequilíbrio. Enquanto a inflação aumentou, principalmente nos últimos anos, os investimentos públicos em saúde foram reduzidos. No tocante ao ano de 2020, o qual teve o menor percentual de investimentos públicos aplicados no setor da saúde (3,11%), observa-se a discrepância entre o percentual investido e o índice de inflação percebido nesse mesmo ano.

Isso comprova que os efeitos decorrentes da redução promovida pela EC 95 foram drásticos. Há um fortalecimento do setor privado, com um maior investimento dos recursos das famílias, diante de um enfraquecimento do setor público, em decorrência dos baixos investimentos públicos aplicados (ALY *et. al.*, 2017). Vale lembrar que tais aportes de recursos têm sido muito inferiores ao quanto estabelecido como teto pela EC 95.

Isto posto, há de se concordar com os apontamentos tecidos por diversos autores que questionam diretamente o retrocesso das políticas públicas, a exemplo de Behring (2003) e Boschetti *et. al.* (2018). Assim, os efeitos da EC 95 caminham na contramão dos interesses constitucionais que prezam pelo avanço das políticas sociais, principalmente no que tange às políticas públicas em saúde.

3. CONCLUSÃO

A presente pesquisa se debruçou em revisão bibliográfica e análise documental, extraíndo resultados contundentes para contemplar o objetivo predefinido, respondendo à questão-problema norteadora. O objetivo geral dessa pesquisa foi discutir em que medida as políticas neoliberais avançaram sobre o SUS entre os anos de 2016 e 2020. Para isso, os objetivos específicos buscaram descrever a proteção jurídica à saúde pública no Brasil a partir de 1988, identificar as políticas públicas neoliberais aplicadas nesse contexto entre 2016-2020 e refletir sobre os seus efeitos para o fortalecimento ou o enfraquecimento dos setores públicos e privados no período. Tais objetivos foram cumpridos ao longo do capítulo 2, de desenvolvimento de cada um, na ordem em que foram listados.

As questões de saúde no Brasil sempre tiveram notoriedade, uma vez que tal setor, ao longo dos anos, foi alvo de diversas lutas que objetivaram a universalização do acesso às ações e serviços. Haja vista que, por muito tempo, o Brasil possuiu um sistema de saúde elitizado, de acesso limitado e privativo. Em decorrência das diversas lutas sociais, principalmente com o advento da Reforma Sanitária, a Constituição de 1988 (BRASIL, 1988) obrigou os Poderes Legislativo e Executivo a desenvolverem o SUS, assegurando, assim, a universalização do acesso à saúde, que constitui um direito social.

Para materializar os objetivos constitucionais vinculados à área e a outros direitos sociais, o próprio constituinte dispôs dos mecanismos das políticas públicas. Assim, os investimentos públicos deveriam servir de ferramenta para tornar eficientes as políticas sociais de despesas básicas, as quais incluem a saúde, a educação, o emprego, a moradia e outras garantias constitucionais de cunho social.

O avanço paulatino dos investimentos públicos nas políticas sociais deve ser capaz de atender ao que o constituinte chamou de “justiça social”, equilibrando as condições sociais fáticas e doando aos indivíduos o equilíbrio necessário para obter uma melhor qualidade de vida.

No entanto, diante de toda a análise realizada, ficou atestado que os investimentos públicos em saúde promovidos após a concepção das políticas neoliberais, principalmente após o advento da EC 95, retrocederam de forma significativa. Os dados discutidos por este estudo mostram um enfraquecimento do setor público de saúde, em decorrência da redução dos investimentos promovida pela própria EC 95.

Enquanto isso, houve o fortalecimento do setor privado, com um maior investimento despendido pelas famílias, o que de encontro às perspectivas constitucionais, bem como às metas ideais aferidas pela OCDE. Ademais, enquanto houve a redução dos investimentos, houve o aumento considerável da inflação, o que leva à desvalorização da moeda e a uma maior insuficiência dos investimentos aplicados ao setor.

Tais resultados comprovam que essas políticas aplicadas entre os anos de 2016 e 2020, as quais permeiam as ações governamentais dos governos Temer e Bolsonaro, corroboram com a perspectiva de redução da clientela dos serviços públicos no Brasil e, conseqüentemente, com o aumento da procura pelos serviços privados, uma vez que o setor público apresenta insuficiência de suporte e de acolhimento.

Pode-se perceber que os efeitos da EC 95 e das políticas neoliberais em saúde aumentam a segregação social. Segregação essa que moveu o constituinte para estabelecer diretrizes capazes de reduzir, enquanto o legislador reformador adota posições que levam ao retrocesso social.

Considerando a importância da temática abordada por este estudo, bem como as suas limitações frente ao recorte temporal estabelecido e à viabilidade de execução da pesquisa no prazo alocado, cumpre aqui destacar sugestões para o desenvolvimento de novos estudos. Assim, sugere-se que novos estudos se dediquem a investigar os efeitos da EC 95 no SUS diante da situação exponencial da pandemia da Covid-19 no Brasil, bem como sobre como se deu a movimentação da máquina pública para desdobrar os investimentos necessários para conter tal situação, dentro da imposição do teto de gastos que se manteve em vigor.

REFERÊNCIAS

ALY, Célia Maria C. O Sistema Único de Saúde em série histórica de indicadores: uma perspectiva nacional para ação. **SAÚDE DEBATE** | RIO DE JANEIRO, V. 41, N. 113, P. 500-512, ABR-JUN 2017.

BAUMOL, William. **We can have it all**: Why health care will still be affordable. Publicado em novembro de 2012. Disponível em <<http://www.irpp.org/en/po/come-together/the-wonk-we-can-have-it-all-why-health-care-will-still-be-affordable/>> Acesso em 10 nov. 2021.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em contra reforma – desestruturação do estado e perda de direitos**. São Paulo: Cortez, 2003.

BEHRING, Elaine Rossetti; ALMEIDA, Maria Helena Tenório de. (orgs.). **Trabalho e seguridade social**: percursos e dilemas. 2. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: FSS/UERJ, 2010.

BOSCHETTI, Ivanete *et. al.* **Que política social para qual emancipação?** Brasília: Abaré Editorial, 2018.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil De 1988**. Versa sobre as leis constitucionais do país. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 10 set. 2021.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016**. Versa sobre a EC 95. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm>. Acesso em: 10 set. 2021.

CARVALHO, Gilson. **A saúde pública no Brasil**. Estudos Avançados 27 (78), 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/ea/v27n78/02.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2020.

CNS (Conselho Nacional de Saúde). **Saúde perdeu R\$ 20 bilhões em 2019 por causa da EC 95/2016**. CNS, 2020. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1044-saude-perdeu-r-20-bilhoes-em-2019-por-cao-da-ec-95-2016>>. Acesso em: 30 set. 2021.

CONASS Debate. **Caminhos da Saúde no Brasil**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. 1ª Ed. Brasília: CONASS, 2014.

DRAGO, Leandra M. B. Há pedras no meio do caminho do SUS - os impactos do neoliberalismo na saúde do Brasil. **Textos & Contextos (Porto Alegre)**, v. 9, n. 2, p. 321 - 333, ago./dez. 2010. Disponível em: <<https://facasc.emnuvens.com.br/ret/article/viewFile/198/189>>. Acesso em: 25 out. 2020.

FINKELMAN, Jacobo. **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Conta-Satélite de Saúde: Brasil 2010-2017**. IBGE, 2017. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101690_informativo.pdf>. Acesso em: 30 set. 2021.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Indicadores IBGE**: sistema nacional de índices de preços ao consumidor: IPCA-15, inflação de 2016 a 2020. IBGE, 2020. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=72376>>. Acesso em: 30 set. 2021.

LACERDA, Antônio C. **Economia brasileira**. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 2010.

LEITE, Antonio dias. **Economia brasileira: de onde viemos e onde estamos**. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

MENEZES, Ana P. R.; MORETTI, Bruno; REIS, Ademar A. C. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. **SAÚDE DEBATE** | RIO DE JANEIRO, V. 43, N. ESPECIAL 5, P. 58-70, DEZ 2019. Disponível em: <<https://scielosp.org/pdf/sdeb/2019.v43nspe5/58-70/pt>>. Acesso em: 01 nov. 2020.

MILIBAND, Ralph. **O Estado na sociedade capitalista**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1972.

MOSER, Liliane. A nova geração de políticas sociais no contexto europeu: workfare e medidas de ativação. **R. Katál.**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 68-77, jan./jun. 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rk/a/hc3bQCMrfwYBTJ7gZH6d6TG/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 10 set. 2021.

OLIVEIRA, André Luiz de. **História da saúde no Brasil**: dos primórdios ao surgimento do SUS. *Encontros Teológicos* nº 61 Ano 27 / número 1 / 2012, p. 31-42. Disponível em: <<https://facasc.emnuvens.com.br/ret/article/viewFile/198/189>>. Acesso em: 25 out. 2020.

CGU (Controladoria Geral da União). **Portal da Transparência**. CGU, 2021. Disponível em: <<https://www.portaltransparencia.gov.br/redetransparencia>>. Acesso em: 30 set. 2021.

SALVADOR, Evilásio. Fundo Público e o financiamento das Políticas Sociais no Brasil. **SERV. SOC. REV.**, LONDRINA, V. 14, N.2, P. 04-22, JAN./JUN. 2012.

SANTOS, Glaucya N. B. **Neoliberalismo e seus reflexos na política de saúde no Brasil**. ANAIS 7º SEMINÁRIO FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE 27 a 29 de Outubro de 2017. Disponível em: <<https://www.seer.ufal.br/index.php/anaisseminariofneps/article/view/3954/2785>>. Acesso em: 25 out. 2020.

SIOP (Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento). **Painel do Orçamento Federal**. Disponível em: <<https://www1.siof.planejamento.gov.br/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=IAS%2FExec>>

ucao_Orcamentaria.qvw&host=QVS%40pqlk04&anonymous=true&sheet=SH06>. Acesso em: 30 set. 2021.

SOUZA, Mariana Barbosa de; HOFF, Tuize Silva Rovere. O governo Temer e a volta do neoliberalismo no Brasil: possíveis consequências na habitação popular. **URBE – Revista Brasileira de Gestão Urbana**, 2019, 11, e20180023.