

<http://dx.doi.org/10.21527/2317-5389.2022.20.13518>

VIOLÊNCIA ESTRUTURAL, DIREITO À SAÚDE E COVID-19

Versalhes Enos Nunes Ferreira

Autor correspondente: Centro Universitário do Estado do Pará (Cesupa). Tribunal de Justiça do Estado do Pará, Vara de Combate ao Crime Organizado da Comarca de Belém. Fórum Criminal Des. Romão Amoedo Neto (Rua Tomázia Perdigão, 310) Cidade Velha. CEP 66020610– Belém/PA, Brasil. <http://lattes.cnpq.br/5838479568749865>. <https://orcid.org/0000-0002-9346-6090>. vfenos@gmail.com

Homero Lamarão Neto

Centro Universitário do Estado do Pará (Cesupa). Programa de Pós-Graduação em Direito. Belém/PA, Brasil. <http://lattes.cnpq.br/3535753064014781>. <https://orcid.org/0000-0002-4674-502X>

Eliana Maria de Souza Franco Teixeira

Universidade Federal do Pará (Ufpa). Belém/PA, Brasil. <http://lattes.cnpq.br/5865287894194983>. <https://orcid.org/0000-0002-7979-2404>

RESUMO

O objetivo da pesquisa é investigar a relação entre a violência estrutural no campo da saúde pública e seu reflexo no enfrentamento da pandemia pela Covid-19, motivo pelo qual a problemática do estudo está em esclarecer a ligação entre o histórico processo de realização insatisfatória de políticas públicas de saúde desde 1988 e seus desdobramentos na conjuntura da emergência sanitária enfrentada pelo Brasil. O estudo utilizou o método dedutivo, sendo descritivo-exploratório como procedimento e as técnicas de pesquisa bibliográfica e documental. Os resultados da pesquisa revelaram que há políticas públicas de saúde, mas ainda aquém das exigências mínimas, podendo ser constatadas pela falta de leitos de hospital, por exemplo; e há carência de recursos para aplicação em políticas públicas, observando-se mudanças constitucionais para esse fim, a exemplo das Emendas Constitucionais nº 86/2015 e nº 95/2016. Assim, concluiu-se que o Estado colabora, por incompetência ou escolha, para a promoção da violência estrutural no campo da saúde, pela falta de serviços e pela redução de recursos.

Palavras-chave: Covid-19; dignidade humana; direito à saúde; restrição a direitos fundamentais; violência estrutural.

STRUCTURAL VIOLENCE, RIGHT TO HEALTH AND COVID-19

ABSTRACT

The objective of the research is to investigate the relationship between structural violence in the field of public health and its reflection in the confrontation of the pandemic by Covid-19, which is why the problematic of the study is to clarify the connection between the historical process of unsatisfactory realization of public health policies since 1988 and its unfolding in the context of the health emergency faced by Brazil. The survey used the deductive method, being descriptive-exploratory as procedure and the techniques of bibliographic and documental research. The results of the research showed that there are public health policies, but still short of the minimum requirements and can be observed by the lack of hospital beds, for example; and there is a lack of resources for application in public policies, being demonstrated constitutional changes for this purpose as the Constitutional Amendments No. 86/2015 and No. 95/2016. Thus, it was concluded that the State collaborates, by incompetence or choice, to promote structural violence in the field of health, due to the lack of services and the reduction of resources.

Keywords: Covid-19; human dignity; right to health; restriction of fundamental rights; structural violence.

Submetido em: 23/7/2022

Aceito em: 31/8/2022

1 INTRODUÇÃO

A desigualdade de oportunidades é uma realidade vivenciada por milhões de pessoas ao redor do mundo, refletindo-se na presença e perpetuação de sociedades permeadas por pobreza e privações de toda ordem, obstaculizando a prosperidade não apenas individual, como também coletiva. A disparidade na distribuição de bens jurídicos essenciais faz com que alguns tenham os meios e os recursos para alcançarem significativa prosperidade social, enquanto outros experimentarão vidas destituídas de dignidade.

Sen (2015, p. 133) aponta que “o mundo é espetacularmente rico, mas também aflitivamente pobre”. Se, de um lado, existe uma concentração de recursos, conhecimento e tecnologia, na outra ponta há “uma estarrecedora quantidade de crianças” que são “subalimentadas, malvestidas, maltratadas, além de analfabetas e desnecessariamente doentes”, resultado de uma incipiente e, por isso, injusta distribuição de direitos às pessoas, colaborando para um quadro de vulnerabilidade social.

Ademais, uma proteção social insuficiente, incapaz de salvaguardar a dignidade humana mediante a concretização de direitos fundamentais, não necessariamente é sinônimo de incompetência dos gestores, seja nas esferas federal, estadual ou municipal. Ora, se todas as pessoas possuem a responsabilidade pela construção de sua trajetória, não é menos verdade que cabe ao Estado a responsabilidade, frise-se, constitucional, de efetivar direitos básicos à sua população, viabilizando que os cidadãos possam aspirar e realizar seus projetos de vida.

Entrementes, ao lado da dita incompetência administrativa na gestão dos recursos públicos e casos de desvios de verbas, que corroboram um acinte aos direitos essenciais do indivíduo, existe uma conexão muito intensa entre instituições políticas e violência, conquanto aquelas podem figurar como responsáveis pela prática de violência contra classes e grupos, não no sentido de violência expressa, mas sim com adoção de políticas que restringem o acesso do cidadão a direitos constitucionais. Essa manifestação ou forma de praticar violência, voluntariamente, ficou conhecida como violência estrutural.

Dessa forma, o objetivo da pesquisa é investigar a relação entre a violência estrutural no campo da saúde pública e seu reflexo no enfrentamento da pandemia pela Covid-19, motivo pelo qual o objetivo do estudo está em esclarecer a ligação entre o histórico processo de realização insatisfatória de políticas públicas de saúde, desde 1988, e seus desdobramentos na conjuntura da emergência sanitária enfrentada pelo Brasil. O estudo será baseado nas alterações legislativas ocorridas no período de 1988 até 2019 e seus impactos no campo orçamentário-financeiro referente à realização do direito à saúde.

Para responder ao problema de pesquisa, a investigação utiliza o método dedutivo como abordagem, a pesquisa descritivo-exploratória como procedimento e, como técnicas de pesquisa, a bibliográfica e documental. A respeito do desenvolvimento analisa, inicialmente, a violência estrutural. Após, estuda o direito à saúde e alguns desafios estruturais à sua efetivação. Em seguida aborda um panorama do sistema público de saúde brasileiro diante da Covid-19. Por fim, são apresentadas as considerações finais da pesquisa.

2 VIOLÊNCIA ESTRUTURAL: DEFINIÇÃO E ALCANCE

A violência, como fenômeno social, deve ser analisada sob diversas nuances. Historicamente, a violência acompanha o desenvolvimento das sociedades sob diferentes matizes, regularmente destacada em sua tônica de criminalidade. Esta, talvez, seja sua acepção mais próxima e perceptível ao senso comum em razão de seu caráter tão aberto e intensamente vivenciado, no entanto sua compreensão polissêmica é essencial para uma análise mais abrangente.

Minayo (2006) ressalta que a violência não é uma, porém múltipla, enfatizando que suas manifestações podem surgir de forma tolerada ou condenada, lícitas ou ilícitas segundo normas sociais mantidas por usos e costumes ou, até mesmo, por aparatos legais da sociedade. Por meio de seu caráter mutante, a violência designaria, de acordo com épocas, locais e circunstâncias determinados, realidades muito diferentes entre si.

Muitas vezes a perspectiva popular encara a miséria, a exclusão social e a supressão de condições essenciais na estrutura básica da sociedade como atos moralmente questionáveis, justamente pelo fato de se permitir que um integrante de uma sociedade cooperativa, como a idealizada no preâmbulo da Constituição da República Federativa do Brasil (CRFB/88),¹ não obtenha do Estado Democrático de Direito as condições essenciais para o desenvolvimento de seus planos racionais de vida ou, como sugere Sen (2012), sem reunir as capacidades adequadas para o exercício da cidadania.

A Teoria de John Rawls (2008) identifica na estrutura básica da sociedade o objeto principal da justiça. Essa noção, defende Lamarão Neto (2018), pode ser revelada pela maneira como as principais instituições sociais distribuem os direitos e os deveres fundamentais, assim como determinam a divisão das vantagens decorrentes da cooperação social, influenciando, deste modo, como cada pessoa viverá para concretizar seus planos racionais de vida.

Para Teixeira (2020, p. 15), a partir do liberalismo político rawlsiano a sociedade, para se caracterizar como uma “cooperação social”, ensinará a concepção de bem e um comportamento moral em agir sob o manto de uma concepção de justiça.

Embora John Rawls mencione a constituição política e os arranjos econômicos e sociais mais importantes como elementos destacados das “principais instituições” que formam a estrutura básica da sociedade, há pontos não esmiuçados da teoria rawlsiana que devem também incidir na leitura das principais instituições formadoras da estrutura primordial da sociedade, como o conjunto das instituições que assegura os direitos sociais (na cobertura dos riscos sociais, na educação e na saúde) (LAMARÃO NETO, 2018, p. 22). Neste aspecto, Rosas (2017) destaca que a estrutura básica da sociedade condiciona a nossa vida desde que nascemos até a morte. É ela que determina, em razão de regras institucionais, quem tem direito a quê do início da sua existência ao longo da vida.

A partir da idealização de um indivíduo e suas relações com o Estado, por meio da análise crítica de atos que promovem injustiça social, Galtung (1969) introduziu a ideia de

¹ Todas as referências a diplomas e dispositivos legais, sejam constitucionais ou infraconstitucionais, foram acessadas no Portal da Legislação, localizado no site oficial da Presidência da República Federativa do Brasil na Internet, cujo endereço para acesso é: <http://www4.planalto.gov.br/legislacao/>

violência estrutural, compreendida como a violência indireta e não pessoal, presente na injustiça social, propiciando um olhar mais acurado e profundo sobre como o Estado possui um papel imprescindível na construção de políticas públicas essenciais, para que os indivíduos exerçam de forma plena a condição de cidadania. A partir desta perspectiva, Boulding (1981, p. 266) esclarece que a violência estrutural pode ser compreendida como aquela que

[...] oferece um marco à violência do comportamento, aplicando-se tanto às estruturas organizadas e institucionalizadas da família como aos sistemas econômicos, culturais e políticos que conduzem à opressão de determinadas pessoas a quem se negam as vantagens da sociedade e às mais vulneráveis que outras ao sofrimento e à morte.²

Uma sociedade cooperativa deve regulamentar e concretizar a divisão de todos os direitos e deveres. Igualmente, deve propiciar a divisão das vantagens decorrentes dessa cooperação. Assim, o Estado Democrático de Direito atrela-se inequivocamente aos direitos fundamentais que, por sua vez, legitimam o próprio funcionamento do Estado.

Como consequência lógica, essa divisão de vantagens deve permitir o funcionamento de uma rede de proteção social do grupo, envolvendo prestações essenciais para que um indivíduo tenha uma vida digna. Essa rede é idealizada e construída mediante políticas públicas inevitavelmente atreladas a uma concepção de primazia dos direitos fundamentais, de acordo com as diretrizes constitucionais.

Se essas políticas públicas são suprimidas, continuamente, ou efetivadas, de forma a não garantir as condições mínimas para o exercício da cidadania, não se trata de uma opção de gestão política, ainda que rotineiramente os resultados sejam avaliados, pelo senso comum, como incompetência ou ineficiência do poder público. Conforme Cruz Neto e Moreira (1999, p. 35):

Compreender a violência estrutural no contexto social abordado por este artigo significa elucidar, a partir da ampliação e desenvolvimento deste raciocínio, os mecanismos pelos quais o Estado, em seus diferentes níveis e poderes, restringe o acesso da grande maioria da população aos direitos básicos que lhe proporcionariam uma vida digna, gerando assim um grave quadro de exclusão social.

Esse cenário consolida a compreensão de violência estrutural em nossa sociedade, caracterizada, essencialmente, por não se apresentar de maneira tão notória e perceptível quanto outras nuances da violência, como os atos de delinquência. Miguel (2015, p. 33) salienta:

A violência estrutural é camuflada por sua conformidade às regras; é naturalizada por sua presença permanente na tessitura das relações sociais; é invisibilizada porque, ao contrário da violência aberta, não aparece como uma ruptura da normalidade. Em particular, a violência estrutural tem beneficiários, mas não tem necessariamente perpetradores particularizáveis.

² No original: “El concepto de violencia estructural, que ofrece un marco a la violencia del comportamiento, se aplica tanto a las estructuras organizadas e institucionalizadas de la familia como a los sistemas económicos, culturales y políticos que conducen a la opresión de determinadas personas a quienes se niegan las ventajas de la sociedad y a las que se hace más vulnerables que otras al sufrimiento y a la muerte”.

Em termos despretensiosos, a maneira como a organização político-econômica de uma sociedade se traduz na produção e perpetuação de desigualdades e opressões sociais crônicas – a exemplo do *deficit* na distribuição de direitos básicos, como educação, alimentação e saúde, contribuindo para situações de sofrimento social, e, com isso, gerando injustiça – revela a noção do nível de violência estrutural vivenciado. Da injustiça social nasce a violência estrutural e, por desdobramento, do fomento à justiça social, via políticas públicas, emerge o caminho para superar a violência estrutural (FERNANDES, 2014).

A estreita ligação com as políticas públicas evidencia, como ressaltado por Lamarão Neto e Teixeira (2021), a restrição de acesso da maioria da população a serviços básicos, sobejamente caracterizados pelos direitos humanos econômicos, sociais e culturais, os quais, aliados aos direitos civis e políticos, formam um núcleo duro de garantia de uma vida decente, em que o cidadão pode realizar seus projetos de vida.

Em relação aos direitos fundamentais, a saúde assume caráter exponencial no Estado Democrático e Social de Direito. Lamarão Neto (2018) sustenta que, para além das meras prestações estatais devidas pela dicção normativa que lhe é inerente, a saúde posiciona-se como *conditio sine qua non* do exercício pleno das liberdades que permitem ao indivíduo executar seus planos racionais de uma vida boa na sociedade de cooperação, portanto solidária, tendo-se sempre em mente que o Estado terá, nesse aspecto, por intermédio de suas ações, papel não apenas relevante, mas imprescindível e, por conseguinte, determinante para a consecução desses objetivos, inerentes a qualquer pessoa.

3 DIREITO À SAÚDE E OS DESAFIOS ESTRUTURAIS PARA SUA REALIZAÇÃO

Em 1988, por meio da Assembleia Nacional Constituinte, foi promulgada a Constituição da República Federativa do Brasil, representando, para a sociedade, a expressão dos anseios por liberdade, igualdade, justiça social e democracia, após um período de exceção caracterizado por forte negacionismo aos direitos fundamentais do cidadão. Com a nova ordem constitucional, a dignidade humana e a cidadania tornaram-se os fundamentos do Estado Democrático de Direito brasileiro, revelando sua principal preocupação, qual seja, o ser humano e toda sua essencialidade.

No campo dos direitos sociais, a CRFB/88 indicou, em seu artigo 6º, um rol exemplificativo de bens jurídicos essenciais, tais como: educação, alimentação, moradia, trabalho, previdência social, lazer e saúde, entre outros. A localização topográfica desses direitos revela sua importância para o constituinte, na medida em que foram inseridos no início da CRFB/88 e referenciados no seu Preâmbulo.

Evidentemente, o desafio maior é a efetiva proteção desses direitos, embora entre a edição de uma norma constitucional e a satisfatória fruição do direito por pessoas concretas, no mundo dos fatos, sobretudo para os mais pobres, existe uma distância considerável. Se a promoção geral de direitos básicos é importante, sua efetiva realização, monitoramento e avaliações periódicas conduzem aos resultados pretendidos em benefício do cidadão (BARCELLOS, 2016).

Quanto ao direito à saúde, o constituinte adotou o modelo da seguridade social, marcado pela universalidade da cobertura deste bem jurídico, significando que está vinculado

à condição de cidadania, sendo financiado, de maneira solidária, por toda a sociedade, mediante recolhimento de impostos e contribuições (LAMARÃO NETO, 2018).

Os desafios são variados para cumprir essa promessa constitucional de distribuição das ações e serviços de saúde, a começar por sua grande extensão territorial. Para levar a efeito esse compromisso civilizatório, o constituinte criou o Sistema Único de Saúde (SUS), política estatal que regula a ordenação de ações e serviços de saúde aos brasileiros e estrangeiros residentes no país, sendo instituído pelos artigos 196 a 200 da CRFB/88, regulamentado, em seguida, pelas Leis nº 8.080 e 8.142, ambas de 1990, pelo Decreto nº 7.508 de 2011 e pela Lei Complementar nº 141 de 2012 (LC 141/2012).

A competência para cuidar das políticas de saúde é comum aos entes federativos, conforme apresentado no artigo 23, II, da CRFB/88. Logo, União, Estados, Distrito Federal e municípios são responsáveis solidários pela saúde, tanto do indivíduo quanto da coletividade, e, dessa forma, são legitimados passivos nas demandas cuja causa de pedir é a negativa, pelo SUS, de prestações na área de saúde. Neste aspecto, o tema 793 da Sistemática da Repercussão Geral, fixado a partir do RE 855.178/SE (BRASIL, 2015), assentou a tese de que os entes da Federação, em decorrência da competência comum, são solidariamente responsáveis nas demandas prestacionais na área da saúde.

O SUS está baseado no financiamento público e na cobertura universal das ações de saúde. Desse modo, para que o Estado possa garantir a manutenção do sistema, é necessário que se atente para a estabilidade dos gastos com a saúde e, conseqüentemente, para a captação de recursos. O financiamento do SUS, nos termos do artigo 195 da CRFB/88, opera com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios, além de outras fontes (MENDES; BRANCO, 2019).

Evidentemente, a instituição e a ampliação de políticas públicas de saúde dependem de recursos financeiros suficientes, haja vista que não se pode ignorar que os direitos possuem um custo. Cabe ao Executivo e ao Legislativo determinarem a destinação dos recursos públicos, o que afeta “o valor, o âmbito e a previsibilidade dos nossos direitos”. Na condição de representantes legítimos da população, cabe aos administradores e parlamentares a decisão de investir o *quantum* suficiente para que os direitos fundamentais sejam, na prática, protegidos e garantidos, refletindo-se no bem-estar coletivo e individual. Neste cenário, investir recursos consideráveis é a fórmula para preservar as condições materiais mínimas necessárias ao pleno desenvolvimento do indivíduo como cidadão, salvaguardando sua liberdade (HOLMES; SUNSTEIN, 2019, p. 19).

Cumpra destacar que o financiamento do sistema público de saúde, introduzido pelo legislador original, sofreu modificações ao longo dos anos, sendo pertinente elucidar o caminho deste custeio, pelo menos em suas linhas gerais, por meio das principais mudanças legislativas ocorridas outrora.

O constituinte originário, *pari passu* ao momento em que elevou a saúde à condição de direito de envergadura constitucional, integrante da ordem social, entendeu ser relevante e necessário resguardar uma parcela do orçamento da seguridade social a ser repartido de maneira equitativa entre as suas três áreas, quais sejam, saúde, assistência e previdência social. Para tanto, determinou, por meio do artigo 55 do Ato das Disposições Constitucionais

Transitórias (ADCT), que 30% (trinta por cento), no mínimo, do orçamento da seguridade, previsto no artigo 195 da CRFB/1988, seria a quota-parte a ser investida na saúde.

Comparato *et al.* (2016) e Gomes (2014), ao tratarem do financiamento do setor da saúde consoante o artigo 55 do ADCT, logo na promulgação da versão original da CRFB/88, defendem que se referido percentual tivesse sido mantido, ao longo do tempo, o SUS contaria, por exemplo, com disponibilidade de custeio quase 2,5 vezes maior que a dotação prevista para o exercício de 2016.

Hommerding e Cardoso (2018), analisando os efeitos do artigo 55 do ADCT, caso estivesse em vigência, aduzem que se fosse mantida a referida regra, seria destinado, apenas no ano de 2015, à realização da saúde, um montante aproximado de R\$ 240 bilhões, considerando que a Lei nº 13.115/2015 (que estima a receita e fixa a despesa da União) firmou a despesa do orçamento da seguridade social no valor total de mais de R\$ 797 bilhões, e não a mera importância de pouco mais de R\$ 100 bilhões, quantia esta, efetivamente aplicada pela União em 2015 na pasta da saúde.

Ocorre que, como as regras do ADCT são, naturalmente, transitórias, o artigo 55 irradiou efeitos jurídicos até o ano de 1998, quando as diretrizes orçamentárias relativas à saúde foram, devidamente, estabelecidas pelo Congresso, mediante a promulgação da Emenda Constitucional 20, de 15 de dezembro de 1998 (EC 20/98), com a inclusão do inciso XI ao artigo 167 da CRFB/1988, cujo efeito foi a vinculação das contribuições constitucionais previstas pelo artigo 195, incisos I, “a”, e II, tão somente à previdência, removendo, assim, a saúde e a assistência de sua repartição originária (MENDES; BRANCO, 2019).

Em vista disso, devido ao fato de a pasta da saúde ter ficado sem fonte específica para seu custeio, foi editada, em 23 de setembro de 2000, a Emenda Constitucional 29 (EC 29/00), a fim de que fossem assegurados recursos mínimos ao seu financiamento, porém, em vez de definir os percentuais destinados ao setor, apenas delegou tal responsabilidade à lei complementar, de modo que, até a vinda desta, seria obedecido o regime transitório do artigo 77 do ADCT. Frise-se que os investimentos federais, após a EC 29/00, cresceram menos que as receitas correntes federais. Entre 2000 e 2008 representaram uma média de 8,4% da Receita Corrente Bruta (RCB), mas, entre 2002 e 2009 a média foi ainda mais reduzida: 7,1%. Vale destacar que o gasto federal, em 1995, correspondeu a 9,6% da RCB (GOMES, 2014).

A mencionada lei só foi editada cerca de 12 anos depois, qual seja, LC 141/2012. Além disso, com a sua criação nada foi alterado quanto ao regime de aplicações mínimas, uma vez que foram mantidos os patamares históricos de investimento da receita (impostos e transferências) nas políticas de saúde, como 15% para os municípios, 12% para os Estados e o Distrito Federal, e, para a União, o valor do ano anterior acrescido da variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) (artigo 77 do ADCT), o que vinha sendo feito desde 2001 (PIVETTA, 2014), significando que, quanto maior o crescimento econômico, quanto maior a produção de riquezas, maiores seriam as aplicações na pasta.

Outrossim, se não bastasse a retração federal no custeio da saúde durante a vigência da EC 29/00, houve regressão no valor historicamente destinado às políticas públicas de saúde com a promulgação da Emenda Constitucional 86, em 17 de março de 2015 (EC 86/15). Para Pinto (2020a, 2020b), essa emenda impôs, na prática, restrição orçamentário-financeira à

fruição do direito fundamental à saúde, decorrente de alteração regressiva do piso federal em ações e serviços públicos de saúde.

A despeito de a União ter se comprometido a gastar percentual incidente sobre sua Receita Corrente Líquida (RCL) – que representa o somatório das receitas tributárias de um governo a serem investidas nos serviços públicos, na realização de finalidades públicas – o efeito da nova equação foi que, em razão da progressão de índices mínimos (artigo 2º da EC 86/15) para que, em 2020, fosse atingido o novo patamar de 15% da RCL (artigo 198, §2º, inciso I, da CRFB/88), o subpiso de 13,2% previsto para o ano de 2016 acarretou perda aproximada de mais de R\$ 2 bilhões referentes ao efetivo mínimo legal no final do ano. E mais, ao prever percentuais iniciais inferiores aos 15% legais, o governo admite que este mínimo de 13,2% é, de fato, o máximo a ser empenhado, precisamente por não poder, ou não pretender, atingir o percentual de 15% da sua RCL em 2016 (HOMMERDING; CARDOSO, 2018).

Entre as mudanças regressivas da EC 86/2015, Hommerding e Cardoso (2018) explicitam a alteração do inciso I e a revogação do inciso IV, ambos do §3º do artigo 198 da CRFB/88, que retiraram da LC 141/12 a possibilidade de estabelecer os percentuais mínimos a serem aplicados pela União em ações e serviços de saúde, bem como as suas normas de cálculos. No mais, em seu artigo 3º, a EC 86/15 prevê que, ao invés de acréscimo à área da saúde (artigo 4º da Lei nº 12.858/2013), a parte da União no valor dos *royalties* resultantes da exploração de petróleo e gás natural seria computada como investimentos mínimos no setor.

Por fim, a mais recente alteração legislativa pertinente à presente discussão foi a promulgação da Emenda Constitucional 95 de 2016 (EC 95/16), que instituiu o Novo Regime Fiscal, e que alterou o ADCT, a fim de estabelecer limites individualizados de despesas primárias para os próximos 20 exercícios financeiros no âmbito dos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, do Ministério Público da União, do Conselho Nacional do Ministério Público, do Tribunal de Contas da União e da Defensoria Pública da União.

O redesenho da metodologia de cálculo dos investimentos públicos federais, instaurado pela EC 95/16, buscou instituir o assim chamado teto dos gastos públicos, visando à estabilização da economia e à retomada do crescimento, para tanto, acrescentando os artigos 106 a 114 ao ADCT e ofertando atenção particular ao financiamento do sistema público de saúde, conforme dispõe o artigo 110 (FERREIRA, 2020).

Este instrumento, além de revogar o artigo 2º da EC 86/2015, que trazia um escalonamento progressivo da aplicação mínima em saúde, a fim de atingir os 15% da RCL, estabeleceu limites de investimentos em ações e serviços para o setor. No exercício de 2017, as despesas na pasta equivaleram aos 15% da RCL da União e, a partir do exercício de 2018, o valor orçamentário para a saúde pública corresponderia ao do exercício imediatamente anterior, corrigido monetariamente pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), que mede a inflação oficial do país, conforme determinação do artigo 110 do ADCT (CUNHA JÚNIOR, 2018).

Desta forma, as aplicações na pasta da saúde, pelos próximos 20 anos, não mais estarão atreladas ao crescimento do PIB, desvinculando-se da produção de bens e serviços do país, sendo corrigido ou reajustado pela inflação indicada pelo IPCA, sem quaisquer aumentos reais nos valores orçamentários, ou seja, quanto melhor for o desempenho da economia, com a consequente estabilização da inflação, maior será a perda para a saúde. Ressalta-se que esta

situação motivou o ajuizamento de inúmeras Ações Diretas de Inconstitucionalidade no STF (5.633, 5.643, 5.655, 5.658, 5.680, 5.715 e 5.734), questionamento à mencionada EC 95/16, todas sem data para análise e julgamento (FERREIRA; BRITO FILHO, 2019).

O Novo Regime Fiscal estabeleceu uma nova metodologia de custeio para a saúde no âmbito federal, amparando-se nos investimentos do ano anterior, acrescido do reajuste inflacionário. O artigo 110 do ADCT fixou uma espécie de contingenciamento no orçamento da saúde pública, determinando que este deverá obedecer ao *quantum* do orçamento do ano anterior, reajustado pelo índice oficial da inflação (IPCA), afastando, deste modo, aumentos reais na pasta até 2036 (FERREIRA, 2020).

Sarlet, Marinoni e Mitidiero (2019, p. 649) aduzem que setores da doutrina especializada, comentaristas na mídia e setores da sociedade colacionam argumentos em prol da defesa da inconstitucionalidade, pelo menos parcial, da EC 95/16, centrando-se a questão em saber “se e em que medida determinada limitação pode ou não ser tolerada do ponto de vista constitucional”, porquanto a situação tem a ver com a efetividade de direitos fundamentais.

De acordo com estudo divulgado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA – (VIEIRA; BENEVIDES, 2016), o SUS poderá acumular perdas de até R\$ 743 bilhões ao longo do lapso de vigência do Novo Regime Fiscal, que é de 20 anos. Mesmo sendo uma projeção, a perspectiva dos autores é de que a pasta sofrerá reduções, regressões em seu financiamento, prejudicando a população mais vulnerável. Em acréscimo, Moretti, Funcia e Ocké (2020), quando estudam os efeitos da EC nº 95/16, argumentam que, entre 2018 e 2020 as perdas para o SUS alcançaram o patamar de cerca de R\$ 22,5 bilhões.

Estudos de Santos e Vieira (2018) e de Menezes, Moretti e Reis (2019), referentes aos impactos da EC nº 95/16 sobre o custeio da saúde, destacam que este mecanismo de austeridade fiscal acabou por privilegiar o ajuste fiscal e depreciar a proteção social. Na prática, acrescentam Menezes, Moretti e Reis (2019, p. 60), este instrumento econômico fez com que a saúde pública se tornasse “objeto de ajuste à fronteira fiscal a partir da qual o gasto será tomado como irregular”, tudo em razão do equilíbrio das contas públicas. Finalizam afirmando que a perda estimada para o setor, entre 2020 e 2036, seja de R\$ 800 bilhões. No mesmo sentido é a posição de Santos e Vieira (2018, p. 2.308), cuja projeção de perdas para o custeio da saúde pode variar de “R\$ 168 bilhões a R\$ 738 bilhões entre 2017 e 2036”.

O Novo Regime Fiscal e as demais Emendas Constitucionais antes dele, contudo, não são os únicos instrumentos de restrição orçamentária a afetar a distribuição de ações e serviços de saúde. Desde 1994 vigora no ordenamento jurídico um mecanismo que autoriza o legislador orçamentário federal a flexibilizar a destinação de parte de suas receitas com impostos e contribuições, permitindo que a União aplique, atualmente e livremente, 30% (trinta por cento) de todos os tributos federais vinculados por lei a fundos ou despesas. Essa ferramenta contábil ficou conhecida como Desvinculação das Receitas da União (DRU).

Nascido, originalmente, com o nome de Fundo Social de Emergência – FSE (Emenda Constitucional de Revisão 1/94), esse mecanismo tinha como objetivo estabilizar a economia brasileira, que, naquela oportunidade, enfrentava o surgimento do Plano Real. Em 1996 foi rebatizada de Fundo de Estabilidade Fiscal – FEF (Emenda Constitucional 10/1996). Em 2000, por meio da Emenda Constitucional 27, o nome foi, novamente, alterado, recebendo a rubrica de DRU e se justificando por permitir que a União aplicasse os recursos de educação, saúde

e previdência em despesas consideradas prioritárias, bem como no alcance do superávit primário e, ainda, no pagamento dos juros da dívida pública. A ideia era trazer uma opção para o elevado grau de vinculações de receitas no Orçamento Geral da União, tanto que esse instituto sofreu diversas prorrogações desde 1994 (GUIMARÃES NETO, 2016).

Em 2009, por intermédio da Emenda Constitucional 59, a pasta da educação deixou de perder recursos para a DRU, porém parte da receita arrecadada para a seguridade social continua a ser afetada pela desvinculação de receitas. A sua previsão é no artigo 76, do ADCT, que retirava, até o ano de 2015, 20% da arrecadação da União relativa às contribuições sociais, de intervenção no domínio econômico e taxas. Em 2016, mesmo ano do Novo Regime Fiscal, ocorrera a promulgação da Emenda Constitucional 93, a qual alterou a redação do artigo 76 e incluiu os artigos 76-A e 76-B no ADCT para prorrogar a DRU até 31 de dezembro de 2023, aumentando o percentual de desvinculação de 20% para 30%.

Pesquisa de Floriani Neto e Pamplona (2017) aponta que, entre o período de 1995 e 2005, a DRU desviou cerca de R\$ 267 bilhões que seriam investidos em ações e serviços essenciais, entre os quais a saúde pública. Em 2011 a DRU suprimiu em torno de R\$ 51,8 bilhões; dois anos depois, a retirada do orçamento da seguridade social (assistência, previdência e saúde) alcançou o importe de R\$ 63,4 bilhões; e, em 2014, a DRU retirou R\$ 63,2 bilhões. Desse modo, todos esses valores, por determinação da própria Constituição, deveriam ter sido direcionados para saúde, previdência e assistência social.

Levantamento realizado pela Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil (ANFIP, 2019) aponta que, entre 2008 e 2019, a DRU reduziu as contas da Seguridade Social em mais de R\$ 500 bilhões. Apenas em 2016 foram retirados R\$ 92 bilhões.

Scaff (2004, p. 70) ensina que essas parcelas de recursos desvinculadas acabam sendo direcionadas para outras finalidades, que não aquelas constitucionalmente previstas, motivo pelo qual essa flexibilização viola os princípios da afetação da receita de contribuições e da liberdade de conformação do legislador. Existe, nesta situação, uma afronta à CRFB/88, conquanto “os valores que a Constituição estabelece como devendo ser utilizados obrigatoriamente em determinada finalidade não podem ser reduzidos ao bel-prazer do legislador de plantão, mesmo que investido de poderes de reforma da Carta”. Desse modo, ficou autorizada a redução dos valores a serem investidos nas finalidades constitucionais.

Assim, sob o fundamento de dar maior flexibilidade orçamentária, a DRU e seus predecessores retiraram percentuais de recursos que a CRFB/88 destinava, obrigatoriamente, para fins específicos, como previdência, assistência e saúde, que se traduzem em elementos centrais do rol de direitos fundamentais sociais. Como se verifica, na prática, esse mecanismo permite que o governo aplique os recursos em qualquer despesa considerada prioritária, inclusive na formação de superávit primário ou no pagamento de juros da dívida pública.

Com esse instituto, recursos que poderiam ser aplicados na ampliação da distribuição de ações e serviços de saúde, como na construção de novos hospitais, contratação de novos profissionais, aumento de campanhas educativas e aquisição de novas tecnologias, objetivando a otimização do SUS e de suas políticas, são direcionados para outros setores, destoantes da vinculação das receitas destinadas à efetivação de direitos fundamentais, como o direito à saúde.

A cessação dos efeitos da DRU sobre o orçamento da seguridade social, e, por consequência, sobre o orçamento da saúde, somente ocorreu em novembro de 2019, em decorrência da promulgação da Emenda Constitucional 103 (EC 103/2019) (Reforma da Previdência). Essa normativa acresceu o §4º ao artigo 76 do ADCT, resultando, na prática, que a DRU deixou de ter aplicabilidade sobre as contribuições da seguridade social, ainda que excluídas de sua base de cálculo todas as contribuições sociais destinadas ao financiamento daquela. Assim, desde a EC 103/19, a saúde pública deixou de ser afetada pela DRU (AMADO, 2020; BRASIL, 2020).

Neste contexto, o Brasil possuiu, de um lado, a DRU, ferramenta contábil que vigorou e afetou a pasta da saúde até 2019, e que retirava, automaticamente, 30% do orçamento da seguridade social, e, de outro lado, tem-se, em plena vigência, o Novo Regime Fiscal, política de austeridade econômica que congela os investimentos em políticas sociais até 2036, atingindo, com expressa referência (artigo 110 ADCT), o setor da saúde.

O cenário revela uma sistemática redução de investimentos na saúde pública, frisando-se, por oportuno, que, segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS, 2022), atualizados até julho de 2022, a quantidade de pessoas que possuem planos privados de assistência médica, com ou sem odontologia, alcança cerca de 49 milhões. Por sua vez, a população do Brasil, conforme estimativa do IBGE (2022), é de pouco mais de 214 milhões de cidadãos. Uma operação matemática simples leva à conclusão de que mais de 165 milhões de cidadãos não possuem plano de saúde, dependendo, exclusivamente, do SUS. Por desdobraimento, buscar garantir a eficiência deste sistema deveria ser prioridade, não apenas para realizar as normas insertas na CRFB/88, mais também por ser uma medida de justiça.

A prioridade, a que anteriormente se faz referência, exige, além de um número satisfatório de recursos a serem investidos, investimentos tempestivos, aptos a deixarem o sistema público em condições de resguardar e recuperar a saúde do cidadão. Processos e trajetórias de erosão do lastro financeiro dos direitos fundamentais, em especial quanto ao direito à saúde, apenas contribuem para uma insuficiência estrutural que desemboca em profundas desigualdades na distribuição das ações e serviços e que, em 2020, teve seus efeitos nítidos, em virtude de uma crise sanitária desencadeada por um vírus, altamente transmissível e letal, e que escancarou as fragilidades de nossa política pública de saúde.

4 COVID-19, ESTRUTURA DE SAÚDE PÚBLICA E A PROTEÇÃO DA DIGNIDADE

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2021), a Covid-19 é uma doença infecciosa causada pelo novo coronavírus (Sars-CoV-2), identificado, pela primeira vez, em dezembro de 2019, em Wuhan, na China. Esse agente infeccioso espalhou-se pelo mundo, exigindo distanciamento e isolamento sociais, objetivando evitar sua propagação, cuja consequência mais imediata é o perigo da sobrecarga, do colapso dos sistemas de saúde, notadamente pela escassez de vacinas.

De acordo com dados da Johns Hopkins – University & Medicine (2022), o Brasil registrou 34 milhões de contágios e mais de 675 mil mortos. No mundo, a contaminação envolve mais de 569 milhões de pessoas, vitimando mais de 6 milhões (dados de 15 de julho de 2022). A pandemia não fez e não faz distinção, não discrimina, pode afetar qualquer indivíduo que tenha tido contato com o vírus, e seus efeitos podem ser letais, leves ou até assintomáticos.

Diante dessa circunstância, os sistemas público e privado de saúde brasileiros foram testados ao extremo. Uma enorme demanda de cidadãos doentes buscou socorro nas unidades e hospitais e a realidade estrutural do SUS foi colocada à prova, assim como a força, a coragem e a determinação de inúmeros profissionais da saúde, como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, entre tantos outros que ficaram e permanecem na linha de frente, colocando em risco sua vida para salvar outras.

Para auxiliar os governos no enfrentamento da Covid-19, notadamente na elaboração de políticas públicas, planos e logística, o IBGE (2020) divulgou, em maio de 2020, estudo realizado em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), com dados de 2019, portanto, antes da pandemia do SARS-CoV-2, que trouxe informações sobre a situação da saúde pública em temas como distribuição de UTIs, respiradores, médicos e enfermeiros. O levantamento partiu do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde 2019 (DataSUS), que reúne as redes pública e privada, e das Informações de Deslocamento para Serviços de Saúde 2018, cujos dados foram antecipados e catalogados pelo IBGE³ e que, nas linhas vindouras, serão utilizados na análise.

Conforme o IBGE, quanto ao número de leitos de UTI a cada 100 mil habitantes, a OMS recomenda que sejam disponibilizados entre 10 e 30 leitos – isso em tempos de normalidade. Segundo o estudo referenciado, somente 10% das cidades brasileiras (de um total de 5.570 municípios) conseguem observar esse parâmetro, destacando-se que existem regiões do Nordeste com mais de 200 mil habitantes que não possuíam nenhum leito de UTI, com destaque para regiões do Estado do Ceará.

Pelo levantamento, com dados de 2019, o Brasil possuía 31.913 leitos de UTIs, dos quais 15.227 pertenciam à rede pública (48%); e os outros 52% estavam na rede privada. Registra-se o Quadro 1 com os cinco melhores e piores indicadores sobre os leitos de UTI por unidade da Federação.

Quadro 1 – Número de leitos de UTI

Número de leitos de UTI a cada 100 mil habitantes/2019 (por unidade da Federação)	
Melhores indicadores	Distrito Federal – 30; Rio de Janeiro – 25; Espírito Santo – 20; São Paulo – 19; Paraná – 18
Piores indicadores	Roraima – 4; Amapá e Acre – 5; Amazonas e Piauí – 7; Tocantins, Maranhão e Pará – 8; Alagoas e Ceará – 9

Fonte: Produzido pelos autores a partir do estudo divulgado pelo IBGE/Fiocruz (IBGE, 2020).

Por esses dados, constata-se que os indicadores das regiões Norte e Nordeste são os menores, revelando uma desigualdade a respeito de recursos materiais na saúde e significando menor oferta de leitos para cada 100 mil habitantes. As diferenças regionais são sensíveis e deixam em evidência a necessidade da concretização de políticas públicas para essas regiões.

Quando o assunto é o número de respiradores a cada 100 mil habitantes, mais uma vez as regiões Norte e Nordeste aparecem como as menos equipadas para atender sua população.

³ Para acessar todo o conteúdo consultar <https://covid19.ibge.gov.br/>

Os respiradores são equipamentos que realizam ventilação mecânica em pacientes com dificuldades respiratórias graves. Seguem-se os dados do estudo no Quadro 2.

Quadro 2 – Número de respiradores

Número de respiradores a cada 100 mil habitantes/2019 (por unidade da Federação)	
Melhores indicadores	Distrito Federal – 63; Rio de Janeiro – 42; São Paulo – 39; Mato Grosso – 38; Espírito Santo – 35
Piores indicadores	Amapá – 10; Piauí e Maranhão – 14; Alagoas – 15; Acre e Pará – 16; Roraima – 17

Fonte: Produzido pelos autores a partir do estudo divulgado pelo IBGE/FIOCRUZ (IBGE, 2020).

Registra-se, em complemento, que a região de Governador Nunes Freire, no Maranhão, possuía 149 mil habitantes e não tinha nenhum registro de respiradores à época do levantamento.

Em continuidade, quanto ao número de médicos a cada 100 mil habitantes, a recomendação é que existam, em atividade e em período de normalidade, cerca de 80 médicos generalistas por 100 mil habitantes. A pesquisa revelou o que mostra o Quadro 3.

Quadro 3 – Número de médicos

Número de médicos a cada 100 mil habitantes/2019 (por unidades da Federação)	
Melhores indicativos	Distrito Federal – 338; São Paulo – 260; Rio de Janeiro – 248; Rio Grande do Sul – 244; Espírito Santo – 223
Piores indicativos	Maranhão – 81; Pará – 85; Amapá – 95; Acre – 108; Amazonas – 111

Fonte: Produzido pelos autores a partir do estudo divulgado pelo IBGE/Fiocruz (IBGE, 2020).

No tocante aos piores indicadores, Estados das regiões Norte e Nordeste despontam, apresentando a menor relação destes profissionais por 100 mil habitantes. Apesar dessas cinco unidades federativas observarem o mínimo recomendado, seus quantitativos estavam muito abaixo dos cinco melhores indicadores e foram medidos em tempo de normalidade.

Por derradeiro, sobre a distribuição de enfermeiros a cada 100 mil habitantes, os dados deixam em evidência, novamente, a desigualdade entre Estados das regiões Norte e Nordeste e os do Sul e Sudeste (Quadro 4).

Quadro 4 – Número de enfermeiros

Número de enfermeiros a cada 100 mil habitantes/2019 (por unidade da Federação)	
Melhores indicadores	Distrito Federal – 198; Tocantins – 178; Paraíba – 149; São Paulo – 143; Rio de Janeiro – 140
Piores indicadores	Pará – 76; Alagoas e Goiás – 101; Sergipe – 102; Amazonas – 103; Maranhão – 106

Fonte: Produzido pelos autores a partir do estudo divulgado pelo IBGE/Fiocruz (IBGE, 2020).

Esse levantamento, ocorrido antes da pandemia, revela um pouco da realidade vivenciada, cotidianamente, pela maioria da população que depende exclusivamente do sistema público de saúde. A distribuição das ações e serviços de saúde, ou melhor, a efetivação constitucional deste direito vem, sistematicamente, sendo afetada por um discurso que privilegia a estabilidade macroeconômica e a trata como antípoda da realização dos

direitos fundamentais. Ademais, existe uma fragilização da capacidade operacional que vem ocorrendo ano após ano. E exemplo disso é que, segundo Vargas (2020), entre 2009 e 2020 foram extintos cerca de 34,5 mil leitos de internação no Brasil.

Em janeiro de 2020 a Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB, 2022) realizou o censo de UTIs no Brasil, o qual revelou os números de leitos por 10 mil habitantes na rede pública, na seguinte proporção por região: Sudeste – 1,8; Sul – 1,8; Centro-Oeste – 1,2; Norte – 0,9 e Nordeste – 1,5.

De acordo com o Censo da Amib e das recomendações da OMS, a relação ideal de UTI é de 1 a 3 leitos para cada 10 mil habitantes, e o Brasil apresenta a proporção de 2,2 leitos, considerando a disponibilidade de leitos nos setores público e privado, mas a média do SUS é de 1,4 leito para cada 10 mil habitantes contra 4,9 da rede privada. Pela atualização de dados de janeiro de 2020, a partir de registros do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), do Datasus, da ANS e do IBGE, o Brasil conta com 45.888 leitos de UTI, dos quais 22.844 do SUS e 23.044 do sistema privado. Considerando o sistema público e a oferta de leitos, pode-se verificar o impacto da realização ainda ineficiente de políticas públicas para criação de leitos de UTI, tecnologia essencial para salvar vidas, notadamente durante a pandemia da Covid-19.

Some-se a isso o corte no orçamento da saúde para 2021. Apesar de o país estar enfrentando uma pandemia, o governo federal decidiu cortar R\$ 2,2 bilhões do orçamento do Ministério da Saúde. Afetou as ações de enfrentamento à pandemia, que perderam mais de R\$ 485 milhões, bem como atingiu o projeto de custeio para assistência hospitalar e ambulatorial, que ficou sem R\$ 421 milhões. Na Fiocruz, três programas de pesquisa, desenvolvimento tecnológico e inovação sofreram redução de R\$ 10 milhões (CHRISTIAN, 2021; BRASIL, 2021).

Toda essa conjugação de fatores, delineados nas linhas anteriores, a exemplo da DRU, NRF, cortes orçamentários, enfim, converge para uma sistemática erosão dos pilares financeiros da política pública de saúde brasileira. Desde a promulgação da CRFB/88, essa pasta vem sofrendo um persistente processo de corrosão em seu financiamento. O ADCT vem sendo utilizado como o meio para tal desiderato. Os impactos orçamentários não são insertos entre os 250 artigos da CRFB/88. Pelo contrário, as modificações são estacionadas no ADCT, como ocorre com a DRU (desde 1994) e o NRF, observando-se que aquele elemento constitucional deveria ser transitório e não suportar regras que irão perdurar por décadas.

O resultado prático dessas políticas que privilegiam a estabilidade macroeconômica é uma evidente e massiva violação de direitos fundamentais, porquanto que a distribuição insatisfatória das ações e serviços de saúde repercute no exercício dos demais direitos básicos. Uma boa saúde para todas e todos é essencial para o ser humano estudar, trabalhar, sonhar e realizar seus projetos de vida. É evidente que falhas na prestação das políticas públicas de saúde afetam não apenas o coletivo, mas também a esfera individual. Ora, direitos e garantias fundamentais nasceram com o propósito de proteger e promover a dignidade humana. Como qualidade intrínseca de todos os indivíduos, independentemente de qualquer característica específica ou requisito, possui caráter exponencial.

É a dignidade da pessoa humana que, na prática, diferencia os seres racionais de todas as demais espécies vivas existentes neste planeta e os fazem ser, por isso, seres especiais,

únicos e detentores de bens jurídicos, ou melhor, proprietários de bens jurídicos essenciais à concretização de uma vida digna, decente, conforme suas vontades e seus desejos. É ela que torna a pessoa merecedora de direitos necessários à sua realização como ser concreto, racional, individual e social.

Brito Filho (2015) entende que a dignidade é o fundamento único dos direitos humanos, a partir das ideias de Immanuel Kant, considerando que ela é o traço que distingue o ser humano de todos os demais seres vivos, constituindo o atributo que impede que a pessoa sofra substituições, comparações ou seja instrumentalizado. Como o homem, dotado de razão e autonomia, é o único ser capaz de realizar escolhas, é considerado o único detentor de dignidade.

O ordenamento constitucional erigiu à dignidade a condição de fundamento central de nossa República, vetor para as políticas públicas promotoras de direitos e para todas as demais atividades típicas e atípicas que tenham o cidadão como finalidade última. Para tutelar esta qualidade inarredável de cada pessoa, o constituinte tornou-a núcleo, ao redor da qual gravitam direitos e garantias fundamentais que devem alcançar concretude no plano da realidade de cada cidadão.

Quando um cidadão busca um serviço médico e as portas da unidade de saúde e do hospital público estão fechadas por superlotação, o sistema alcançou seu ápice e já não é mais capaz de salvaguardar aquilo que a Constituição indicou como fundamental, ou seja, a saúde humana. Durante a crise sanitária desencadeada pela Covid-19, situações de inexistência de leitos clínicos, de leitos de UTI e de oxigênio foram reveladas nos mais diversos meios de comunicação e essa realidade poderia ser minorada se a saúde fosse tratada como prioridade pelos governantes, e não como empecilho para a estabilidade econômica.

Segundo Dworkin (2014), existem determinados interesses individuais que são tão importantes que devem ser protegidos até mesmo contra políticas estatais que, em tese, melhorariam a situação da comunidade como um todo. Os programas de ação política e as políticas de austeridade fiscal não podem, sob justificativa de beneficiar o todo, violar direitos individuais, uma vez que os direitos são trunfos dos cidadãos a fundamentarem posicionamentos políticos que, em seu interior, devem considerar o destino de todos igualmente importantes, não olvidando que todas as pessoas merecem ser tratadas com igual respeito e mesma consideração.

A pandemia revelou uma estrutura insuficiente e desigualdades regionais sensíveis quanto às políticas de saúde, deixando em perspectiva a necessidade de se repensar o modelo de custeio para esse setor e estabelecer alternativas. Neste aspecto, caminhos jurídicos podem ser adotados com o objetivo de aumentar o financiamento e, com isso, multiplicar os serviços, cujo dever constitucional de prestar não pode ser declinado pelo Estado. Uma possibilidade analisada por Silva (2016) refere-se às políticas de incentivo fiscal, desenvolvidas para atrair o setor privado, ofertando uma contraprestação correspondente.

O cerne da questão gira em torno das renúncias de receitas onerosas, ou seja, o Estado, em vez de fazer, exclusivamente, uso de renúncias de receita na área da saúde, seja para o segundo ou terceiro setor da economia, pode lançar mão desses institutos de forma onerosa, isto é, com a obrigatoriedade do beneficiário direto da renúncia contribuir com prestações de serviços de saúde diretamente ao SUS, mas com mecanismos de controle de eficiência

na prestação dessa contraprestação, a partir de critérios oriundos do próprio SUS. Cita a importação de equipamentos médicos desonerados de ICMS, com o dever da clínica ou hospital de prestar serviços ao SUS pelo período correspondente ao pagamento dos tributos de que fora isentado (SILVA, 2016).

Incentivar a geração de políticas públicas de saúde sem onerar os cofres públicos, melhorando a prestação do serviço, é sempre algo pertinente e em conformidade com a CRFB/88. O financiamento da saúde deve ser realizado mediante prestação direta do Estado, no entanto não precisa ser a única forma. A administração pode se utilizar de institutos jurídicos já existentes e repensar esse financiamento, criando, enfim, alternativas sustentáveis que possam trazer benefícios ao Estado, beneficiários das isenções e população.

A renúncia de receita pode ser um mecanismo hábil a contribuir com a sustentabilidade administrativa e com a geração de incentivos ao segundo e terceiro setores da economia, e, em conjunto com o Estado, ser capaz de auxiliar no fornecimento de serviços públicos em maior e melhor quantidade. Assim, a intervenção estatal na economia deve financiar, orientar e induzir um determinado comportamento da iniciativa privada sem fins lucrativos, visando a propiciar uma maior quantidade de atendimentos de saúde.

Isso posto, considerando as deficiências do setor no Brasil, a renúncia de receitas revela-se meio idôneo e alternativa sustentável de políticas públicas de saúde, podendo o Estado induzir o segundo e o terceiro setores a compreender que a saúde, como direito individual e coletivo, precisa da cooperação de todos.

Reconhecer o *deficit* de eficácia do direito fundamental à saúde é um dos caminhos para se buscar soluções que viabilizem sua realização satisfatória, consoante vontade do legislador originário. A instituição de um orçamento justo, blindado quanto às vontades daqueles que estão temporariamente no poder, somado à adoção de alternativas viáveis, são possibilidades que precisam ser discutidas, posto que são capazes de auxiliar na consecução de políticas adequadas de saúde, aptas a deixar o cidadão em condições de buscar a realização dos seus objetivos de vida.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A concretização do direito fundamental à saúde, nos moldes propostos pelo constituinte original, é desafio da democracia brasileira, na medida em que é alvo de um histórico processo de erosão em seu orçamento, em favor da estabilidade macroeconômica, repercutindo em prestações insatisfatórias que, com a pandemia, deixou em evidência o quadro de deterioração que atinge, por sua vez, a dignidade do cidadão e o deixa em situação de vulnerabilidade social. Tal situação de baixo investimento em saúde pública, sobretudo no indicador da saúde (leitos de UTI) de forma renitente, contribui para a conservação da violência estrutural em sociedade.

A conjuntura do custeio deste bem jurídico, alicerçado em subfinanciamento, desvio de verbas e mau uso do dinheiro público, revelou seus efeitos no momento de calamidade pública de grandes proporções, decorrente da pandemia causada pela Covid-19, atingindo uma gama significativa de pessoas, com graves violações ao seu direito constitucional de acesso a serviços e ações de saúde. E não apenas isso. No caso da crise sanitária, a sistemática

adoção de uma política de fragilização orçamentária da pasta ocasionou omissões quanto ao combate às falhas estruturais do setor, recaindo sobre as instâncias administrativas e políticas a responsabilidade por essa preterição.

Tudo que deixou de ser feito antes da pandemia, no que respeita à otimização da política pública de saúde, teve um preço durante esse momento tormentoso suportado pela população brasileira. A quantidade de cidadãos que teve seu direito à saúde violado é indeterminada, não somente para aqueles que buscaram tratamento e leito por estarem diagnosticados com Covid-19, como também para pessoas que não puderam obter auxílio médico e tiveram suas demandas de saúde represadas por conta da prioridade dada aos casos de pacientes infectados pelo Sars-CoV-2 e suas variantes.

Dessa forma, o histórico processo de realização insatisfatória de políticas públicas de saúde, em particular devido à erosão orçamentário-financeira, contribuiu para os desdobramentos testemunhados na conjuntura da emergência sanitária enfrentada pelo Brasil. Se uma gestão comprometida com a realização das políticas de saúde é importante, seu adequado custeio é medida profícua ao cumprimento dos mandamentos constitucionais e superação da violência estrutural arraigada na sociedade e que se desdobra em chances desiguais de vida aos cidadãos.

A falta de recursos, em decorrência da erosão orçamentário-financeira, e as escolhas da administração pública contribuíram, sobremaneira, para o cenário de colapso da saúde pública vivido pelos cidadãos. Evidentemente, não se olvida que no mundo houve falta de leitos, clínicos e de UTI. No Brasil, todavia, em razão de toda uma trajetória marcada por decisões que afetaram, deliberadamente, o orçamento da saúde pública, o resultado prático foi uma insuficiência de recursos humanos e materiais, cujo efeito foram vidas perdidas.

A violência estrutural, enquanto processo sistemático de restrição de acesso a bens jurídicos essenciais, resulta na violação da dignidade humana e perpetuação de uma desigualdade social que irradia efeitos para as presentes e futuras gerações, convertendo-se em cerceamento de liberdades, e, no contexto da pandemia, refletiu-se na insuficiência de ações e serviços, resultando em perda de vidas.

A respeito de uma eficaz distribuição das políticas de saúde, o resultado prático da frustração é a conservação desse modo de violência que esvazia o direito humano a uma prestação eficiente em ações e serviços de saúde, ferindo sua dignidade humana. Como já frisado, superar essa realidade exige que se trate a saúde como prioridade, isto é, exigindo-se aportes satisfatórios de recursos e investimentos tempestivos. Por isso, repensar a manutenção do NRF, vigente por 20 anos, é caminho compatível com um Estado que, verdadeiramente, busca a realização da vontade da CRFB/88. Quanto à DRU, a questão primordial é a defesa do não retorno deste instrumento, ou seja, deixando o orçamento da saúde livre de seus efeitos prejudiciais. *Pari passu*, o orçamento e o piso da saúde pública devem ser protegidos, uma vez que representam a tutela do custeio de um direito fundamental, não podendo ser manipulados conforme a vontade daqueles que estão, provisoriamente, no poder.

Um custeio fiscal progressivo e irredutível, atrelado à arrecadação estatal, é medida indispensável para a efetivação do direito à saúde e observância do pacto constitucional civilizatório firmado em 1988. Superar as desigualdades regionais quanto aos recursos

materiais e humanos no contexto da saúde é providência necessária, assim como primar pela consecução dos pisos de investimentos em saúde, responsabilizando aqueles administradores que os descumprirem. Se a saúde é um direito fundamental de todos os cidadãos e um dever do Estado, sua concretização deve ser prioritária e seu orçamento, o suficiente para se distribuir o mínimo necessário para uma vida digna.

6 REFERÊNCIAS

- AMADO, Frederico. *Direito previdenciário* – de acordo com a reforma constitucional previdenciária (Emenda 103/2019). 11. ed. rev., atual. e ampl. Salvador: Ed. Jus Podivm, 2020.
- AMIB. Associação de Medicina Intensiva Brasileira. *AMIB apresenta dados atualizados sobre leitos de UTI no Brasil*. Disponível em: https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/abril/28/dados_uti_amib.pdf. Acesso em: 27 fev. 2022.
- ANFIP. Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil. *Precisamos falar sobre a DRU*. 15 de janeiro de 2019. Disponível em: <https://www.anfip.org.br/artigo-clipping-e-imprensa/precisamos-falar-sobre-a-dru/>. Acesso em: 22 jan. 2022.
- ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Dados gerais* – beneficiários de planos privados de saúde, por cobertura assistencial (Brasil – 2022). Jul. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-gerais>. Acesso em: 20 jul. 2022.
- BARCELLOS, Ana Paula de. *Direitos fundamentais e direito à justificativa*: devido procedimento na elaboração normativa. Belo Horizonte: Fórum, 2016.
- BOULDING, Elise. Las mujeres y la violencia social. In: UNESCO. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (org.). *La violencia y sus causas*. Paris: Unesco, 1981. p. 265-279.
- BRASIL. Câmara dos Deputados Federais. *Nota Técnica Conjunta nº 4/2020* – subsídios à apreciação do Projeto de Lei Orçamentária (PLOA) para 2021 (PL nº 28/2020-CN). Setembro de 2020. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/orcamento-da-uniao/estudos/2020/PLOA2021_NotaTecnicaConjuntan4.pdf. Acesso em: 20 dez. 2021.
- BRASIL. Senado Federal. *Cortes orçamentários podem comprometer políticas públicas em 2021*. Agência Senado (Senado Notícias). 26 abr. 2021. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2021/04/26/cortes-orcamentarios-podem-comprometer-politicas-publicas-em-2021>. Acesso em: 28 maio 2022.
- BRASIL. SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. *RE 855178 RG*, Relator(a): Luiz Fux, Tribunal Pleno, julgado em 5/3/2015, Processo Eletrônico Repercussão Geral – Mérito DJE-050. Divulg. 13-03-2015. Public. 16 de março de 2015. Disponível em: <http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=8015671>. Acesso em: 23 fev. 2022.
- BRITO FILHO, José Claudio Monteiro de. *Direitos humanos*. São Paulo: LTr, 2015.
- CHRISTIAN, Hérica. *Orçamento é sancionado com cortes de quase R\$ 20 bilhões e bloqueio de R\$ 9 bilhões*. Instituição Fiscal Independente (Senado Federal). 23 de abril de 2021. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/radio/1/noticia/2021/04/23/orcamento-e-sancionado-com-cortes-de-quase-r-20-bilhoes-e-bloqueio-de-r-9-bilhoes> Acesso em: 10 maio 2022.
- COMPARATO, Fábio Konder *et al.* Financiamento dos direitos à saúde e à educação: mínimos inegociáveis. 27 de julho de 2016. In: *Revista Consultor Jurídico*. Disponível em: <http://www.conjur.com.br/2016-jul-27/financiamento-direitos-saude-educacao-minimos-inegociaveis>. Acesso em: 19 abr. 2022.
- CRUZ NETO, Otávio; MOREIRA, Marcelo Rasga. A concretização de políticas públicas em direção à prevenção da violência estrutural. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 33-52, 1999. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000100004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 mar. 2022.
- CUNHA JÚNIOR, Dirley da. *Curso de direito constitucional*. 12. ed. rev. ampl. e atual. Salvador: JusPODIVM, 2018.
- DWORKIN, Ronald. *A raposa e o porco-espinho*: justiça e valor. Tradução Marcelo Brandão Cipolla. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2014.
- FERNANDES, Luís. A exclusão social como revelador das relações entre violência estrutural e violência cotidiana. *Quaderns-e de l'Institut Català d'Antropologia*, Barcelona: ICA, v. 19, n. 1, p. 175-186, 2014. ISSN 169-8298
- FERREIRA, Versalhes Enos Nunes. *Direito à saúde e novo regime fiscal*: uma análise à luz do liberalismo rawlsiano. 2020. 159 f. Dissertação (Mestrado) – Centro Universitário do Estado do Pará, Programa de Pós-Graduação em

- Direito, Belém, 2020. Disponível em: <https://www.cesupa.br/MestradoDireito/dissertacoes.asp>. Acesso em: 10 out. 2021.
- FERREIRA, Versalhes Enos Nunes; BRITO FILHO, José Claudio Monteiro de. Direito à saúde e novo regime fiscal: desafio à justa distribuição. In: TEIXEIRA, Eliana Franco; FERREIRA, Vanessa Rocha (org.). *A crise da proteção social no Brasil: a igualdade na filosofia política contemporânea*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2019. p. 83-112.
- FLORIANI NETO, Antonio Bazilio; PAMPLONA, Danielle Anne. O impacto da desvinculação de receitas da união nas políticas públicas de saúde. *Revista Opinião Jurídica*, (Fortaleza), Fortaleza, v. 15, n. 21, p. 32-49, dez. 2017. ISSN 2447-6641. Disponível em: <https://periodicos.unichristus.edu.br/opiniaojuridica/article/view/1474>. Acesso em: 22 abr. 2022.
- GALTUNG, J. Violence, peace, and peace research. *Journal of Peace Research*, n. 6, 1969, p. 67-191.
- GOMES, Fábio de Barros Correia. Impasses no financiamento da saúde no Brasil: da constituinte à regulamentação da emenda 29/00. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 6-17, mar. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000100006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 abr. 2022.
- GUIMARÃES NETO, Napoleão. A constitucionalidade da desvinculação de receitas da União e sua extensão para os demais entes da federação. *Revista dos Tribunais*, v. 972, p. 185-199, out. 2016 DTR\2016\24221. Disponível em: https://revistadostribunais.com.br/maf/app/delivery/offload/get?_=1618844648947. Acesso em: 25 jan. 2022.
- HOLMES, Stephen; SUNSTEIN, Cass R. *O custo dos direitos: por que a liberdade depende dos impostos*. Tradução Marcelo Brandão Cipolla. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2019.
- HOMMERDING, Adalberto Narciso; CARDOSO, Bruno Rambo. O direito fundamental à saúde e a legitimidade passiva dos entes federados nas demandas que visam ao fornecimento de medicamentos. *Revista da Ajuris*, Porto Alegre, v. 45, n. 144, jun. 2018. Disponível em: <http://www.ajuris.org.br/OJS2/index.php/REVAJURIS/article/view/890>. Acesso em: 11 fev. 2022.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *IBGE divulga distribuição de UTIs, respiradores, médicos e enfermeiros*. Divulgado em 7 de maio de 2020 (atualizado em 14/5/2020). Disponível em: <https://censo2021.ibge.gov.br/2012-agencia-de-noticias/noticias/27614-ibge-divulga-distribuicao-de-utis-respiradores-medicos-e-enfermeiros.html>. Acesso em: 12 mar. 2022.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *População do Brasil (2022)*. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html>. Acesso em: 22 jul. 2022.
- JOHNS HOPKINS – University & Medicine. *Coronavirus Resource Center*. Disponível em: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>. Acesso em: 22 jul. 2022.
- LAMARÃO NETO, Homero. *Judicialização da saúde: o indivíduo e a sociedade de cooperação*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2018.
- LAMARÃO NETO, Homero; TEIXEIRA, Eliana Maria de Souza Franco. Violência (estrutural) e criminalidade patrimonial. *Brazilian Journal of Development*, São José dos Pinhais, v. 7, n. 3, p. 25.016-25.032, mar. 2021. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/26186>. Acesso em: 5 maio 2022.
- MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. *Curso de direito constitucional*. 14. ed. rev. e atual. São Paulo: Saraiva Educação, 2019.
- MENEZES, Ana Paula do Rego; MORETTI, Bruno; REIS, Ademar Arthur Chioro dos. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. *Saúde em Debate*, [on-line], v. 43, n. spe5, p. 58-70. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S505>. Acesso em: 24 fev. 2022.
- MIGUEL, Luís Felipe. Violência e política. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 30, n. 88, p. 29-44, jun. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092015000200029&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 2 mar. 2022.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. *Violência e saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.
- MORETTI, Bruno; FUNCIA, Francisco; OCKÉ, Carlos. *O teto dos gastos e o “desfinanciamento” do SUS*. Observatório da Economia Contemporânea (15 de julho de 2020). Le Monde – diplomatie – Brasil. Disponível em: https://diplomatie.org.br/o-teto-dos-gastos-e-o-desfinanciamento-do-sus/#_ftn3. Acesso em: 28 abr. 2022.
- OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. *Folha informativa sobre Covid-19*. 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19>. Acesso em: 14 jan. 2022.
- PINTO, Élica Graziane. Dia mundial da saúde evidencia estado de coisas inconstitucional no SUS. In: *Revista Consultor Jurídico*, 7 abr. 2020a. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2020-abr-07/contas-vista-dia-mundial-saude-estado-coisas-inconstitucional-sus>. Acesso em: 13 mar. 2022.

- PINTO, Élide Graziane. ADI 5595 define financiamento dos direitos fundamentais nos 32 anos da CF. In: *Revista Consultor Jurídico*. 5 out. 2020b. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2020-out-05/elida-pinto-financiamento-direitos-fundamentais-32-anos-cf>. Acesso em: 13 mar. 2022.
- PIVETTA, Saulo Lindorfer. *Direito fundamental à saúde: regime jurídico, políticas públicas e controle judicial*. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2014.
- RAWLS, John. *Uma teoria da justiça*. São Paulo: Martins Fontes, 2008.
- ROSAS, João Cardoso. *Concepções da justiça*. Coimbra: Almedina, 2017.
- SANTOS, Isabela Soares; VIEIRA, Fabiola Sulpino. Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, [on-line], v. 23, n. 7, p. 2.303-2.314M, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.09192018>. Acesso em: 24 jan. 2022.
- SARLET, Ingo Wolfgang; MARINONI, Luiz Guilherme; MITIDIERO, Daniel. *Curso de direito constitucional*. 8. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2019.
- SCAFF, Fernando Facury. Direitos humanos e a desvinculação das receitas da união. In: FISCHER, Octavio Campos (coord.). *Tributos e direitos fundamentais*. São Paulo: Dialética, 2004. p. 63-79.
- SEN, Amartya. *Desigualdade reexaminada*. Rio de Janeiro: Record, 2012.
- SEN, Amartya. *Identidade e violência: a ilusão do destino*. Tradução José Antonio Arantes. 1. ed. São Paulo: Iluminuras: Itaú Cultural, 2015.
- SILVA, Maria Stela Campos da. *Incentivos tributários como política extrafiscal afirmativa do acesso à saúde*. Belo Horizonte: Fórum, 2016.
- TEIXEIRA, Eliana Maria de Souza Franco. Ensaio sobre o liberalismo político igualitário. In: TEIXEIRA, Eliana Maria de Souza Franco; FERREIRA, Vanessa Rocha (org.). *A aplicabilidade das teorias da justiça: uma homenagem a José Claudio Monteiro de Brito Filho*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2020. p. 1-23.
- VARGAS, Mateus. Brasil perdeu 34,5 mil leitos de internação entre 2009 e 2020. *O Estado de São Paulo*, Saúde, 22 mar. 2020. Disponível em: <https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,brasil-perdeu-34-5-mil-leitos-de-internacao-entre-2009-e-2020,70003243158>. Acesso em: 10 maio 2022.
- VIEIRA, Fabiola Sulpino; BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá. Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do sistema único de saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil. *Nota Técnica n° 28*, Brasília: Ipea, setembro de 2016. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7270/1/NT_n28_Disoc.pdf. Acesso em: 8 abr. 2022.

Todo conteúdo da Revista Direitos Humanos e Democracia
está sob Licença Creative Commons CC – By 4.0