

**Emenda Constitucional nº95 de 2016: Os Impactos no direito humano
fundamental à saúde do Brasil**

"Trabajo preparado para su presentación en el X Congreso Internacional de la Asociación Mexicana de Ciencia Política (Amecip), organizado en colaboración con la Universidad Tecnológica de Monterrey, los días 31 de julho, 1,2 e 3 de agosto de 2019"

Estéfani Sandmann de Deus_ correo electrónico: estefanideus@gmail.com –
Universidade Estadual do Rio Grande do Sul.

Aragon Erico Dasso Junior_ correo electrónico: aragon.dasso@ufrgs.br –
Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Alessandro Maia Castilho_ correo electrónico: alessandroamcdp@hotmail.com -
Universidade Estadual do Rio Grande do Sul.

Resumo

Este trabalho faz uma análise acerca da saúde pública hoje no Brasil, compreendida como direito humano fundamental e política pública, fundamentando estes elementos de acordo com o entendimento de diversos autores e também com a legislação brasileira. O objetivo deste trabalho é verificar e analisar quais mudanças aconteceram na legislação brasileira, e suas consequências para o direito humano fundamental à saúde pública no Brasil após EC 95/2006. Para tanto fora efetuada uma pesquisa exploratória, em papéis de trabalho coletados em diversos sítios de internet governamentais. É feita uma análise dos impactos causados pelas EC no país nos últimos anos.

Introdução

“PEC do Teto é aprovada em votação final e congela gastos por 20 anos” (AMORIM, Felipe; 2016); “Com gastos congelados, saúde no Brasil volta a preocupar - Por causa do teto de gastos, orçamento está congelado no momento em que aumenta a necessidade de investimentos no SUS” (ESTADÃO CONTEÚDO, 2018). Taís notícias divulgadas em jornais e revistas de grande circulação, no Brasil, dão a dimensão das mudanças feitas por constituintes com a Emenda Constitucional (EC) nº 95 de 2016 e seu impacto direto no direito humano fundamental à saúde no Brasil.

Considerando que Políticas Públicas (LUCCHESI, 2002; DI GIOVANNI, 2009; DWORKIN, 2002; e MATIAS-PEREIRA, 2007) são as interações Estado – Sociedade, com intuito de beneficiar aos cidadãos de maneira geral, sendo de natureza política ou não. Fitando a Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016 no Brasil que limita os gastos públicos, inclusive relacionados às Políticas Públicas. Tratando saúde por direito fundamental (BOBBIO, 2004; MORAES, 2006; DIMITRI, MARTINS, 2007) e o Sistema único de Saúde (SUS) como garantidor de tal direito à população, e tal como uma Política Pública deve ser, através da normativa registrada na Constituição federal (CF). O objetivo deste trabalho é verificar e analisar quais mudanças aconteceram na legislação brasileira, e suas consequências para o direito humano fundamental à saúde pública no Brasil após EC 95/2006.

O texto encontra-se dividido em uma revisão teórica acerca da constituição dos direitos fundamentais do cidadão, através das cartas e declarações ao longo dos séculos e, posteriormente, como se dá na área da saúde. Após é abordado o direito à saúde no Brasil. Como forma de corroborar aos preceitos de saúde como direito fundamental é abordada a questão das políticas públicas de saúde brasileira e as modificações ocorridas a partir da PEC 95/2006 2016. E, por fim, foram analisados dados coletados no Portal da Transparência, do Governo federal Brasileiro e sítios de internet oficiais do Governo Federal Brasileiro, no intuito de

analisar a garantia do direito fundamental à saúde no Brasil após a promulgação desta EC.

Para alcançar tal objetivo foi efetuada uma pesquisa qualitativa e exploratória (BAUER; GASKELL, 2002; GIL, 2008). Tal pesquisa foi efetuada em papéis de trabalho coletados em sítios de internet governamentais, tais como o Ministério da Saúde e Planalto Central, além de divulgações efetuadas em revistas eletrônicas. Entre os achados da pesquisa, se destaca uma diminuição do orçamento anual para a saúde, ocasionando o desfinanciamento federal do SUS e gerando um efeito cascata, prejudicando as ações desenvolvidas pelos estados e municípios, afetando negativamente o atendimento da população. Num possível cenário os recursos investidos em saúde poderão cair de 1,7% do PIB para 1,0% até 2036 (FUNCIA, 2018).

1. Direitos Humanos Fundamentais

Os direitos fundamentais e suas características são objeto de controvérsia entre doutrinadores, porém, a historicidade destes é um consenso. Robert Alexy (2002), José Joaquim Gomes Canotilho e Norberto Bobbio (2004), no entanto, convergem com relação as gerações de direitos. Bobbio (2004, p. 2) afirma que “os direitos do homem, por mais fundamentais que sejam, são direitos históricos, ou seja, nascidos de certas circunstâncias”, são caracterizados “por lutas em defesa de novas liberdades contra velhos poderes, e nascidos de modo gradual, não todos de uma vez e nem de uma vez por todas”.

Os direitos fundamentais são historicamente divididos em 3 gerações. A 1ª Geração dispõe sobre os direitos de liberdade dos indivíduos no que tange aos direitos civis e políticos. Segundo Lobato (1998, p. 156) a primeira geração data da metade do século XIX, e é relacionada aos direitos e liberdades individuais, “por exemplo, a liberdade de religião e consciência, a liberdade de circulação e de expressão, o direito de propriedade e de inviolabilidade do domicílio”.

Esta geração foi fortemente influenciada pelos ideais iluministas e por filósofos como Jean-Jacques Rousseau. Rousseau (1991, p.5) afirma que vida social é considerada sobre a base de um contrato em que cada contratante

condiciona sua liberdade ao bem da comunidade, procurando proceder sempre de acordo com as aspirações da maioria. Este pensamento orientou os autores da *Declaração de Direitos do Bom Povo de Virgínia*¹ de 1776, que antecipa a Revolução de Independência Americana. Os três primeiros artigos expressam o acima citado:

Artigo 1º Todos os homens nascem igualmente livres e independentes, têm direitos certos, essenciais e naturais dos quais não podem, pôr nenhum contrato, privar nem despojar sua posteridade: tais são o direito de gozar a vida e a liberdade com os meios de adquirir e possuir propriedades, de procurar obter a felicidade e a segurança.

Artigo 2º Toda a autoridade pertence ao povo e por conseqüência dela se emana; os magistrados são os seus mandatários, seus servidores, responsáveis perante ele em qualquer tempo.

Artigo 3º O governo é ou deve ser instituído para o bem comum, para a proteção e segurança do povo, da nação ou da comunidade. Dos métodos ou formas, o melhor será que se possa garantir, no mais alto grau, a felicidade e a segurança e o que mais realmente resguarde contra o perigo de má administração.

Na França de 1789, também com suporte nas ideias iluministas, onde a razão era invocada para os debates e discussões que sucediam, elaborou-se a *Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão*². A mesma reitera os direitos individuais (civis e políticos) de forma ecumênica, segue a seguir alguns que clarificam a ideia:

I Os homens nascem e são livres e iguais em direitos. As distinções sociais só podem ser fundamentadas na utilidade comum.

III O princípio de toda a Soberania reside essencialmente na Nação; nenhuma corporação, nenhum indivíduo pode exercer autoridade que não emane diretamente dela.

IV A liberdade consiste em poder fazer tudo quanto não incomode o próximo; assim o exercício dos direitos naturais de cada homem não tem limites senão nos que asseguram o gozo destes direitos. Estes limites não podem ser determinados senão pela lei.

A 2ª Geração marca o surgimento dos direitos sociais, culturais, econômicos e coletivos; estes ofertados aos indivíduos mediante normas constitucionais para

1 Declaração de Direitos do Bom Povo de Virgínia, 16 de junho de 1776. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/direitos/anthist/dec1776.htm>. Acesso em 07 de agosto de 2009.

2 Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/direitos/anthist/dec1793.htm>. Acesso em 07 de agosto de 2009.

preservar a igualdade material entre os mesmos. De acordo com Lobato (1998, p.146) marca o reconhecimento de direitos coletivos, “por exemplo, o direito de reunião, de associação, de greve, ou ainda os direitos relativos à participação política do cidadão: o sufrágio universal e o direito de criação dos partidos políticos”. Estes estão ligados aos direitos prestacionais por parte do Estado, como trabalho, educação e saúde. Direitos esses entendidos por Robert Alexy³ como:

Todo derecho a un acto positivo, es decir, a una acción del Estado, es un derecho a prestaciones. De esta manera, el derecho a prestaciones es la contrapartida exacta del concepto de derecho de defensa, bajo el que cae todo derecho a un acción negativa, es decir, a una omisión por parte del Estado.

Canotilho (2004, 0. 102) afirma que “os direitos econômicos, sociais e culturais concebem-se, na esteira da intersecção socialista/keynesiana, como *direitos a prestações* cujo titular passivo é o Estado”. Além disso, o autor destaca que tais direitos implicam em dever do estado em fornecer aos cidadãos a contrapartida necessária à garantia destes.

Sendo assim, direitos sociais exigem uma interferência do Estado na vida dos cidadãos. Na área da saúde, significa, no Brasil, a obrigação de fornecer o serviço de forma gratuita. Segundo Gilmar Mendes (2002) os direitos a prestações, implicam em uma postura ativa do Estado, neste sentido, o mesmo se encontra obrigado a colocar à disposição dos indivíduos prestações de natureza jurídica e material, a fim de que tais direitos sejam efetivamente oferecidos aos cidadãos. Nesse sentido Dallari (2004, p.78) afirma que:

... o direito à saúde é um dos direitos fundamentais dos seres humanos, porque sem esse direito ninguém consegue viver com bem-estar e realizar tudo o que é necessário para que uma pessoa seja feliz. Além disso, a pessoa sem saúde não pode ajudar as outras pessoas a conquistarem o seu bem-estar. Por todos esses motivos, uma sociedade só poderá ser considerada justa se todas as pessoas, sem nenhuma exceção, tiverem efetivamente assegurado seu direito à saúde desde o primeiro instante de vida.

Na 3ª Geração são incorporados os direitos relativos à fraternidade e solidariedade, de maneira que toda a sociedade seja incorporada. São estes, direito

3 ALEXY, Robert. **Teoría de los Derechos Fundamentales**. Madrid: Solana e Hijos, 2002, p. 427.

à paz, ao desenvolvimento, ao meio ambiente, de propriedade sobre o patrimônio comum da humanidade e de comunicação.

Com o final da Segunda Guerra Mundial a preocupação era a de assegurar a paz mundial, o equilíbrio ambiental e o progresso. Diante desta situação e dos fatos decorrentes da própria guerra, a Comissão de Direitos Humanos das Nações Unidas em 1948 elabora a *Declaração Universal dos Direitos Humanos*⁴. Segue alguns dos artigos que defendem as ideias de manter, estabelecer e ratificar os direitos humanos conquistados ao longo do período:

Artigo III Todo ser humano tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal.

Artigo VII Todos são iguais perante a lei e têm direito, sem qualquer distinção, a igual proteção da lei. Todos têm direito a igual proteção contra qualquer discriminação que viole a presente Declaração e contra qualquer incitamento a tal discriminação.

Artigo XXV 1. Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe, e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle.

Em suma, se ressalta neste trabalho que as gerações de direitos fundamentais conquistados pelos cidadãos e ratificadas pelas Organizações responsáveis pela fiscalização com relação as garantias dadas pelos países, apontam a saúde como direito fundamental de 2ª Geração. Tal fato, no Brasil, será evidenciado através da Constituição Federal de 1988 e posteriores legislações, que corroboram ao afirmar que se trata de direito garantido e dever prestacional por parte do Estado.

2. O direito Humano fundamental à saúde no Brasil

4 ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. Disponível em: http://www.onu-brasil.org.br/documentos_direitoshumanos.php. Acesso em 06 de agosto de 2009.

O conceito de saúde fundamentado pela OMS⁵ diz que saúde não é apenas a ausência de doença, e sim “um estado de completo bem-estar físico, mental e social”. Este conceito de saúde foi inspirado a partir dos resultados das primeiras Conferências Internacionais de Saúde (Rússia e Canadá). A *Carta de Ottawa*⁶ e a *Declaração de Alma-Ata*⁷ sempre serão lembradas como as mais importantes no contexto de direito à saúde, pois foram elas que definiram o conceito de saúde e a questão da promoção da saúde em todo o mundo como direito universal.

A Declaração de Alma-Ata⁸ define saúde como “o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade”. Já a Carta de Ottawa⁹ diz que “a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas”. Se pode concluir que a saúde é um direito humano fundamental, que para ser realizada, requer a participação de outros setores sociais e econômicos, na direção de um bem-estar global.

A saúde está assegurada pela Constituição Federal brasileira de 1988 pelo artigo 6º como um direito social e pelo artigo 196, copiado em seguida. Além de garantir a saúde como direito universal e igualitário aos cidadãos brasileiros, a CF de 1988 cria o instrumento que possibilitará a oferta de serviços e ações de saúde - o sistema único de saúde “**As ações e serviços públicos de saúde** integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes” (EC nº 29/2000).

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante **políticas sociais e econômicas** que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao **acesso universal e igualitário** às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (grifos nossos).

5 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Disponível em: <http://www.who.int/>. Acesso em 12 de junho de 2009.

6 Carta de Otawa. Disponível em: www.opas.org.br/coletiva/uploadarq/ottawa.pdf. Acesso em 10 de julho de 2009.

7 Declaração de Alma-Ata. Disponível em: www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf. Acesso em 10 de julho de 2009.

8 Idem.

9 Carta de Otawa. Disponível em: www.opas.org.br/coletiva/uploadarq/ottawa.pdf. Acesso em 10 de julho de 2009.

Com relação às diretrizes do SUS, Natalini (2001) ressalta a importância de o sistema atender a todos, de acordo com suas necessidades, independente de pagamento; ser racional, organizando-se de maneira que sejam oferecidas ações e serviços de acordo com as necessidades da população; deve ser eficaz e eficiente, produzindo resultados com qualidades e ser equânime, que difere de igualdade.

A fim de conceituar o sistema único de saúde com base no acima exposto e proporcionar um melhor entendimento do quão importante e abrangente é o sistema, faz-se uso da definição de Vasconcelos e Pasche:

O Sistema Único de Saúde (SUS) é o arranjo organizacional do Estado brasileiro que dá suporte à efetivação da política de saúde no Brasil, e traduz em ação os princípios e diretrizes desta política. Compreende um conjunto organizado e articulado de serviços e ações de saúde, e aglutina o conjunto das organizações públicas de saúde existentes nos âmbitos municipal, estadual e nacional, e ainda os serviços privados de saúde que o integram funcionalmente para a prestação de serviços aos usuários do sistema, de forma complementar, quando contratados ou conveniados para tal fim. (VASCONCELOS E PASCHE 2007, p.531)

Ainda segundo Vasconcelos e Pasche (2007) o SUS foi instituído com os objetivos de coordenar e integrar as ações de saúde nas três esferas de governo e pressupõe a articulação de subsistemas verticais (de vigilância e de assistência à saúde) e de base territorial – estaduais, regionais e municipais -, para atender de maneira funcional às demandas por cuidados de saúde. Para tal, foram elaboradas as Leis Orgânicas da Saúde.

O arcabouço legal do sistema de saúde está explicitado no texto da Constituição Federal de 1988, nas constituições estaduais e nas leis orgânicas dos municípios que incorporaram e detalharam os princípios da Lei Magna do Brasil. As Leis Orgânicas da Saúde (LOS) são as responsáveis pela regulamentação do SUS, onde explicitam a organização e o funcionamento do sistema. São um conjunto de duas leis editadas, a Lei nº 8.080 e a Lei nº 8.142, ambas sancionadas em 1990, com o objetivo de, segundo Natalini:

Dar cumprimento ao mandamento constitucional de disciplinar legalmente a proteção e a defesa da saúde. [...] contém diretrizes e os limites que devem ser respeitados pela União, pelos Estados e pelos municípios ao elaborarem suas próprias normas. São

destinadas, portanto, a esclarecer o papel das esferas de governo na proteção e na defesa da saúde, orientando suas respectivas atuações para garantir o cuidado da saúde. (NATALINI, 2001, p.28)

A Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as “condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” (BRASIL, 1990). Em seu artigo 1º é possível perceber a abrangência e importância da mesma:

Esta Lei regula, em todo território nacional, as ações e serviços de saúde, executados, isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado. (LEI Nº 8.080/1990)

Esta Lei constitui o SUS através do conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, além de prever a participação da iniciativa privada em caráter complementar, priorizando as entidades filantrópicas em detrimento das privadas com fins lucrativos, na prestação dos serviços. Outro ponto importante é que esta Lei define as áreas de atuação do sistema único de saúde, dentre as quais se destacam: assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica; participação na área do saneamento; saúde do trabalhador; vigilância epidemiológica e sanitária.

Conforme Brasil (2003) a implantação e a consolidação do SUS vêm desafiando profissionais e gestores na condução e no aperfeiçoamento do sistema como um todo. O momento de consolidação do mesmo apresenta uma série de oportunidades para a concretização de um salto qualitativo no tocante à atenção à saúde. Insere-se neste contexto a preocupação em efetivar uma maior descentralização no sistema de saúde, outorgando aos municípios maiores responsabilidades e meios de ofertar os serviços de saúde.

Para tanto, faz-se necessário a criação de instrumentos que contribuam para o melhor aproveitamento das oportunidades e para auxiliar na solução dos problemas. E é nesse sentido que a prática do planejamento torna-se necessária. O planejamento é um instrumento de racionalização da ação humana, ação esta orientada por um propósito, na busca por mudança de uma situação.

O planejamento dentro do SUS atua tanto indicando processos e métodos de formulação, quanto como requisito para fins de repasse e de controle e auditoria. No âmbito do Ministério da Saúde este responde às exigências constitucionais e legais, dentre as quais está a elaboração do Plano Plurianual (PPA), das Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e da Lei Orçamentária Anual (LOA).

3. Políticas Públicas e o SUS

Uma política pública geralmente envolve mais do que uma decisão e requer diversas ações estrategicamente selecionadas para implementar as decisões já tomadas. E uma decisão política corresponde a uma escolha dentre diversas alternativas, conforme a preferência dos atores envolvidos, expressando certa adequação entre os fins pretendidos e os meios disponíveis. Segundo Matias - Pereira (2007), em que pese uma política pública implicar numa decisão política, nem toda decisão política chega a constituir uma política pública.

Para Dworkin (2002) as políticas estão comprometidas com a busca por alcançar alguns objetivos de interesse da comunidade, mesmo que não haja um aprofundamento quanto ao que vem a ser uma política. Ainda o mesmo autor afirma que política é:

Aquele tipo de padrão que estabelece um objetivo a ser alcançado, em geral, uma melhoria em algum aspecto econômico, político ou social da comunidade (ainda que certos objetivos sejam negativos pelo fato de estipularem que algum estado atual deva ser protegido contra mudanças adversas) (DWORKIN, 2002, p.37).

No Brasil, o interesse pelo estudo das políticas públicas começou nas últimas décadas devido ao surgimento de alguns fatores que contribuíram para dar maior visibilidade ao estudo destas no país, que foram, conforme Souza (2007): a adoção de políticas restritivas de gasto, priorizando assim o conhecimento do desenho, da implementação e do processo decisório das políticas públicas; essas políticas restritivas de gastos, de certa maneira diminuíram a intervenção do Estado na economia e transformaram as políticas sociais de universais a focalizadas e o fato dos países em desenvolvimento e de democracia recente ou recém-democratizados, terem dificuldade em formar coalizões políticas capazes de

equacionar o desenho das políticas públicas, de maneira a impulsionar o desenvolvimento econômico e promover a inclusão social.

Dado o contexto do surgimento dos estudos, é possível compreender as políticas públicas como:

[...] conjuntos de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público. Variam de acordo com o grau de diversificação da economia e da sociedade, com a natureza do **regime político** e com o nível de atuação e participação dos diferentes **atores sociais**. (LUCCHESI, 2002, p.03).

Nesta mesma linha, Di Giovanni (2009) acredita que as políticas públicas vão além de uma simples intervenção do Estado numa situação social considerada como problemática. Para este é:

Uma forma contemporânea de exercício do poder nas sociedades democráticas, resultante de uma complexa interação entre o Estado e a sociedade, entendida aqui num sentido amplo, que inclui as relações sociais travadas também no campo da economia. Penso, também, que é exatamente nessa interação que se definem as situações sociais consideradas problemáticas, bem como as formas, os conteúdos, os meios, os sentidos e as modalidades de intervenção estatal. (DI GIOVANNI, 2009, p. 4-5).

Portanto, pode-se considerar, de maneira resumida, que as políticas públicas estão interligadas com o Estado, através de seus governantes e de suas escolhas políticas. De fato, esta relação entre a formulação da política e sua efetiva implementação, dependerá da vontade dos atores sociais envolvidos. Por isso a importância de avaliar acerca da implementação e do impacto das políticas, pois como afirma Lucchese (2002, p.04) “estas se materializam através da ação concreta de **sujeitos sociais** e de atividades institucionais que as realizam em cada contexto e condicionam seus resultados”. Independente da área que for direcionada determinada política, a ideia central permanece a mesma – interação social do Estado com a sociedade, na busca por melhores condições de vida dos cidadãos.

Percebe-se tal interesse no tocante à área da saúde, que de acordo com Lucchese, as políticas públicas de saúde são aquelas que:

Integram o campo de ação social do Estado orientado para a melhoria das condições de saúde da população e dos ambientes natural, social e do trabalho. Sua tarefa específica em relação às outras políticas públicas da área social consiste em organizar as funções públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade. (Lucchese, 2002, p.03).

No caso da saúde brasileira, o Sistema Único de Saúde é considerado por alguns autores como Elias (2008) a maior política pública da área. Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, este e as demais políticas de saúde orientam-se pelos princípios de universalidade e equidade no acesso às ações e serviços e pelas diretrizes de descentralização da gestão, de integralidade do atendimento e de participação da comunidade. Além do texto constitucional, a aprovação da Lei Orgânica da Saúde – as leis número 8.080 e 8.142 de 1990, proporcionaram algumas mudanças, desde o desenho e formulação da política, até estruturais e decisórias (LUCCHESE, 2002).

No entanto, no final de 2016, uma Emenda Constitucional (EC), de número 95, instituí “o Novo Regime Fiscal no âmbito dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União, que vigorará por vinte exercícios financeiros, nos termos dos arts. 107 a 114 deste Ato das Disposições Constitucionais Transitórias” (BRASIL, 2016).

Tal medida institui limites de gastos, por isso a denominação desta em “PEC DO TETO DOS GASTOS” na mídia pública brasileira, pelo prazo de 20 anos. A EC institui que para os exercícios posteriores ao ano de 2017, será limitado para as despesas primárias (aqui se incluem gastos com saúde pública, através do repasse federal realizado para o SUS) ao exercício imediatamente anterior, corrigido pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA, publicado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, ou de outro índice que vier a substituí-lo, para o período de doze meses encerrado em junho do exercício anterior a que se refere a lei orçamentária.

Mariano (2017, p. 261) alerta que as regras instituídas neste regime “não permitem, assim, o crescimento das despesas totais e reais do governo acima da

inflação, nem mesmo se a economia estiver bem”, tal medida diferencia o caso brasileiro de experiências efetuadas em outros países. Além disso, a autora alerta que:

As novas regras desconsideram portanto, as taxas de crescimento econômico, como também as demográficas pelos próximos 20 (vinte anos), o que (e aqui já antecipando a nossa crítica a respeito), poderá levar ao sucateamento das políticas sociais, especialmente nas áreas **da saúde** e educação, pondo em risco por completo a qualidade de vida da população brasileira (Mariano, 2017, p.261, grifo nosso).

Se discute ainda que tal medida fiscal suspende, por consequência, inclusive, o projeto constituinte de 1988, considerando que o mesmo retira dos próximos governantes a “autonomia sobre o orçamento, salvo se houver, no futuro, em uma nova gestão, outra proposta de emenda constitucional em sentido contrário” (MARIANO, 2017, p.261). Além disso, ele retira também do cidadão brasileiro o direito de escolher o programa de governo que, a cada eleição decidi quais políticas públicas serão prioritárias para o desenvolvimento econômico. De forma sucinta, engessa o orçamento público e dificulta os investimentos, aliás, coíbe a existência de investimentos, já que se trata apenas de manter minimamente as políticas públicas.

4. PEC 95/16 no Brasil e as mudanças nas políticas públicas de saúde brasileira: minimizando o direito fundamental à saúde?

A fim de efetuar uma análise do impacto da PEC 95 na saúde pública brasileira, se buscou no Portal da Transparência brasileiro os dados relativos ao repasse efetuado para a saúde. Analisando os dados a partir de 2016, é possível perceber uma estagnação no valor dos recursos destinados para a saúde. Além disso, é importante observar o valor da inflação em cada ano, ou seja, embora os números apresentem um aumento no valor repassado, se for considerada a inflação percebe-se que praticamente não há aumento real no valor. A Tabela abaixo condensa tais resultados:

Tabela 1. Resumo Orçamentário Saúde 2015/2019

| Tabela Resumo Orçamento Saúde 2015/2019 – Valores em Bilhões de reais | | | |
|---|------------------|------------|----------|
| Ano | Valor Autorizado | Valor Pago | Inflação |
| 2015 | 113,01 | 93,86 | 10,67% |
| 2016 | 112,33 | 100,19 | 6,29% |
| 2017 | 120,36 | 102,71 | 2,95% |
| 2018 | 121,86 | 108,18 | 3,75% |
| 2019 | 122,6 | 43,42* | 4,04%** |

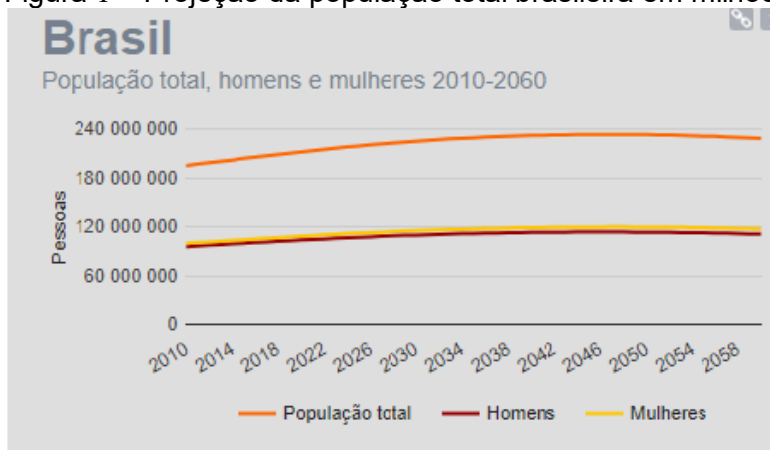
Fonte: Elaborado pelos Autores

*valor em 06/06. Como se trata do orçamento atual, o valor ainda está vigente e portanto pode ser maior que o apresentado até o final do ano

**Projeção.

Aufere-se verificando a tabela 1 que o repasse à saúde pública brasileira, mantém-se estável. Neste sentido, não há propositivas relacionadas à investimentos novos na área. O que ocorre é, apenas, a continuidade dos serviços prestados. Tal fator, por si, pode não representar o que, de fato são as consequências graves ao futuro. Por contata disso, A fim de ampliar tal análise se buscou a evolução de dois fatores importantes a serem analisados conjuntamente: o aumento da expectativa de vida no Brasil neste período, e o aumento da população. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2000 éramos 169.590.693 milhões brasileiros, e, no ano de 2010 190.755.799 milhões de brasileiros. Abaixo uma projeção retirada do sítio de internet do IBGE acerca da população total. Se pode constatar que até o ano de 2036, período em que os gastos relacionados à saúde pública brasileira serão congelados, o número de brasileiros a serem atendidos pela Política Pública de Saúde, o SUS, aumentará. Fica o questionamento relacionado a como atender tal demanda com os mesmos recursos?

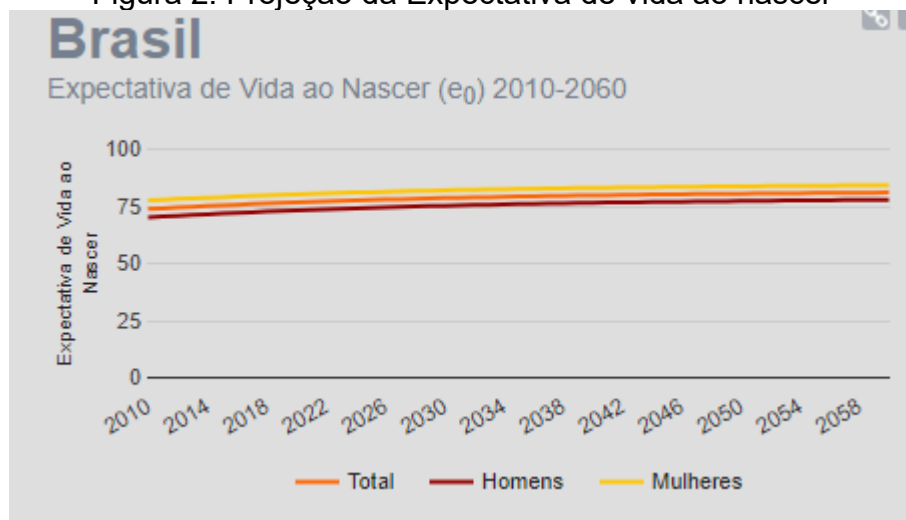
Figura 1 – Projeção da população total brasileira em milhões de pessoas



Fonte: IBGE (2019)

Ademais, é interessante, ainda, cruzar os dados já relatados acima, na tabela 1 que mostram pequenos ajustes, relacionados à inflação, dos gastos públicos federais em saúde com a figura 2 abaixo acerca da expectativa de vida da população brasileira. Dados atuais mostram que a mesma é de 76,2 anos de idade no ano de 2018. Já, no ano de 2036, a expectativa é que alcance os 80 anos de idade. Este, considerado, portanto, um segundo fator impactante se pensar a questão do congelamento dos valores relacionados ao repasse para a saúde pública brasileira.

Figura 2. Projeção da Expectativa de vida ao nascer



Fonte: IBGE (2019)

A análise das despesas compreendida entre o período de 2016 a 2019 efetuada na tabela 2 a seguir aponta para outro fator preocupante. Embora a maior parte das subáreas ou subfunções não tenham sofrido cortes importantes, ou seja, mantiveram seu orçamento de forma muito parecida ao longo do período analisado. Desconsiderando as questões já expostas acima. Chama atenção que suporte profilático e terapêutico teve uma diminuição drástica em seu orçamento. Em 2016 equivaleria a 11,52% do orçamento, enquanto em 2019 passa a equivaler apenas 6,43% do mesmo. Corroboram a esta questão notícias veiculadas em sítios de internet de grande circulação, tais como o que segue:

Com gastos 27% menores desde 2015, o programa Farmácia Popular **deixou de atender cerca de 7 milhões** de pessoas nos últimos dois anos, segundo levantamento da Repórter Brasil junto ao Ministério da Saúde e a Fiocruz. Os números refletem o fechamento, em 2017, de 400 farmácias públicas administradas pelo governo federal, além da queda na distribuição dos medicamentos pelas farmácias privadas conveniadas. Com o menor orçamento em seis anos, o programa está sem coordenador desde setembro e não tem perspectiva de ser ampliado pela atual gestão. Fonte: JUNQUEIRA (2019) (grifo nosso)

O programa Farmácia Popular foi implementado em 13 de abril de 2004 pela Lei nº 10.858 e ao longo dos anos foi expandido, recebendo o nome de Aqui Tem Farmácia Popular, num sistema de copagamento junto ao comércio varejista. Este programa teve seu crescimento evidenciado a partir do momento que uma quantidade maior de medicamentos e anticoncepcionais são inclusos e disponibilizados à população. Para ter acesso ao programa, a população necessita apenas um documento com foto que conste o CPF e uma receita médica. Evidencia-se, portanto, um importante instrumento para a consolidação de uma política pública para a saúde, quando as classes mais necessitadas garantem o acesso ao programa.

Entretanto, se evidencia na notícia o fato de que cerca de 7 milhões de pessoas deixaram de ser atendidas pelo programa no Brasil nos últimos dois anos. Uma clara e evidente diminuição e despreocupação com o direito fundamental à saúde e suas políticas públicas. Se ressalta ainda que o desmonte à saúde continua, quando este programa, importante por fornecer diversos medicamentos de forma gratuita à população brasileira, continua sem coordenador, o que preocupa, pois ressalta a vontade do governo atual de simplesmente retirar tal benefício assistencial ao brasileiro.

Tabela 2. Despesas por totalidade das subáreas do governo

| SUBÁREA (SUBFUNÇÃO) | (%) 2019 | (%) 2018 | (%) 2017 | (%) 2016 |
|--|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Assistência hospitalar e ambulatorial | 55.46% | 46.44% | 47.21% | 46.52% |
| Atenção básica | 20.32% | 18.77% | 18.56% | 19.59% |
| Administração geral | 7.68% | 13.38% | 12.34% | 13.01% |
| Suporte profilático e terapêutico | 6.43% | 10.32% | 11.09% | 11.52% |
| Vigilância epidemiológica | 5.11% | 4.82% | 4.91% | 4.81% |
| Outros | 5.00% | 6.27% | 5.90% | 4.54% |
| Total | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

Fonte: Elaborado pelos autores

Quando se analisa os dados por subfunção nota-se um decréscimo anual no que tange aos Direitos individuais, coletivos e difusos, visto na Tabela 3 abaixo, grifado pelos autores. Em compensação se verifica um gasto crescente com comunicação social. Além disso, chama atenção outros encargos especiais, que surge e, a primeira vista, não é especificado o motivo deste valor. Da mesma forma ocorre com outras transferências. Por fim, se verifica que normatização e fiscalização é um pagamento que sofre cortes importantes no período averiguado.

Tabela 3. Saúde - Evolução histórica do pagamento efetuado as subfunções

| SUBFUNÇÃO | PAGO 2018 | PAGO 2017 | PAGO 2016 | VALOR PAGO 2015 | VALOR PAGO 2014 |
|--|----------------------------------|----------------------------------|---------------------------|---------------------------|--------------------------------|
| Direitos individuais, coletivos e difusos | R\$ 27.687.101,25 | R\$ 37.217.096,70 | R\$ 53.751.779,58 | R\$ 61.912.858,50 | R\$ 62.049.283,46 |
| Administração geral | R\$ 14.472.862,25 5,87 | R\$ 12.672.124.832, 36 | R\$ 11.545.634.486,18 | R\$ 10.390.181.017, 92 | R\$ 10.124.127.5 49,10 |
| Assistência hospitalar e ambulatorial | R\$ 50.235.170.84 6,26 | R\$ 48.488.456.340, 79 | R\$ 46.612.107.283,45 | R\$ 46.211.901.789,2 9 | R\$ 42.098.168.6 59,54 |
| Vigilância epidemiológica | R\$ 5.217.577.289, 09 | R\$ 5.039.983.152,5 0 | R\$ 4.818.031.580,97 | R\$ 3.693.594.704,7 4 | R\$ 3.504.327.06 9,62 |
| Comunicação social | R\$ 224.959.218,2 1 | R\$ 213.710.830,46 | R\$ 145.622.423,84 | R\$ 145.622.423,84 | R\$ 162.850.011, 37 |
| Atenção básica | R\$ 20.308.072.87 8,50 | R\$ 19.061.256.820, 41 | R\$ 19.631.718.927,85 | R\$ 18.341.120.308, 26 | R\$ 17.470.522.1 33,32 |
| Alimentação e nutrição | R\$ 26.097.611,86 | R\$ 53.056.641,01 | R\$ 22.130.545,08 | R\$ 28.881.091,48 | R\$ 9.364.291,79 |
| Patrimônio histórico, artístico e arqueológico | R\$ 7.348.422,21 | R\$ 5.930.677,65 | R\$ 7.525.486,05 | R\$ 7.792.280,48 | R\$ 6.713.571,98 |
| Difusão do conhecimento científico e tecnológico | R\$ 23.706.835,05 | R\$ 23.407.274,00 | R\$ 27.011.402,79 | R\$ 33.568.033,31 | R\$ 22.700.592,3 0 |
| Proteção e benefícios ao trabalhador | R\$ 543.749.868,5 1 | R\$ 611.505.529,42 | R\$ 634.592.413,77 | R\$ 505.717.070,30 | R\$ 497.558.357, 07 |
| Saneamento básico urbano | R\$ 204.983.386,7 3 | R\$ 312.417.189,44 | R\$ 291.898.368,75 | R\$ 131.866.523,71 | R\$ 134.243.938, 15 |
| Vigilância sanitária | R\$ 318.046.181,3 0 | R\$ 272.624.727,97 | R\$ 295.917.078,81 | R\$ 307.628.234,38 | R\$ 319.934.166, 96 |
| Controle interno | R\$ 1.361.568,57 | R\$ 1.864.826,14 | R\$ 810.114,69 | R\$ 69.676,19 | R\$ 2.526.206,34 |
| Saneamento básico rural | R\$ 55.689.030,45 | R\$ 33.912.352,29 | R\$ 24.707.412,13 | R\$ 22.645.407,54 | R\$ 16.068.099,4 1 |
| Desenvolvimento tecnológico e engenharia | R\$ 62.643.434,88 | R\$ 147.652.688,20 | R\$ 219.240.048,68 | R\$ 123.328.530,28 | R\$ 48.391.647,4 0 |
| Assistência aos povos indígenas | R\$ 1.370.885.068, 32 | R\$ 1.422.342.941,2 0 | R\$ 1.160.600.558,11 | R\$ 1.212.363.823,3 2 | R\$ 1.047.067.32 3,30 |
| Outros encargos especiais | R\$ 1.315.196.724, 08 | R\$ 1.407.568.678,6 9 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| Preservação e conservação ambiental | R\$ 1.283.594,70 | R\$ 2.467.378,16 | R\$ 234.245,73 | R\$ 670.775,10 | R\$ 436.104,18 |
| Tecnologia da informação | R\$ 291.969.059,1 6 | R\$ 260.347.620,77 | R\$ 472.275.389,11 | R\$ 333.518.991,69 | R\$ 336.806.356, 44 |
| Planejamento e orçamento | R\$ 8.014.963,39 | R\$ 12.611.978,90 | R\$ 18.462.549,07 | R\$ 6.851.490,42 | R\$ 12.241.378,1 1 |
| Outras transferências | R\$ 1.033.830.665, 00 | R\$ 30.000.000,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| Desenvolvimento científico | R\$ 340.545.904,0 8 | R\$ 338.788.470,71 | R\$ 340.404.619,20 | R\$ 311.785.243,34 | R\$ 307.017.895, 75 |
| Normatização e fiscalização | R\$ 19.017.517,54 | R\$ 21.546.759,64 | R\$ 31.131.801,16 | R\$ 32.176.240,86 | R\$ 45.055.251,2 7 |
| Suporte profilático e terapêutico | R\$ 11.163.083.32 1,14 | R\$ 11.395.437.377,7 8 | R\$ 13.031.582.576,29 | R\$ 11.015.827.973,4 8 | R\$ 9.034.405.69 4,93 |

| | | | | | |
|------------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|----------------------|
| Formação de recursos humanos | R\$ 905.373.792,02 | R\$ 847.595.505,49 | R\$ 805.214.216,54 | R\$ 987.385.922,13 | R\$ 1.064.965.094,34 |
|------------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|----------------------|

Fonte: Elaborado pelos autores

Por fim, se verificou a necessidade de ampliar a busca pelo orçamento de saúde anual. Na tentativa de melhor compreender a evolução e o real significado dos cortes efetuados nesta política pública. Na figura 3, abaixo, é possível analisar os dados obtidos através do site do Ministério da Saúde, onde se evidencia a evolução histórica nos valores destinados para a saúde brasileira nos orçamentos de 2003 à 2014. Percebe-se que de 2003 até 2014 o orçamento destinado para a saúde mais que triplicou. O que deixa claro a retomada de investimentos para assegurar o direito fundamental à saúde, previsto na CF. Ainda é possível perceber que de 2011 para 2014 houve um aumento de 31% no valor repassado. Atrelado a tal informação, preocupa, deverás, o fato de que, desde 2005 o orçamento se mantém. Configurando claro desrespeito às diretrizes fundamentais relacionadas ao direito humano fundamental à saúde. Além de alarmar ao fato de uma possível precarização dos serviços. Uma falta de recursos sérios que implicam de forma contundente e direta a saúde da população brasileira.

Figura 3. Evolução do Orçamento anual de saúde

| Ano | Orçamento (R\$, bilhões) |
|------|--------------------------|
| 2003 | 31,2 |
| 2004 | 38,2 |
| 2005 | 42,9 |
| 2006 | 46,2 |
| 2007 | 53,0 |
| 2008 | 56,7 |
| 2009 | 64,3 |
| 2010 | 69,8 |
| 2011 | 80,9 |
| 2012 | 95,9 |
| 2013 | 100,5 |
| 2014 | 106 |

De pronto, este trabalho efetua um alerta acerca dos perigos desta franca estagnação e congelamento dos investimentos em saúde. Além de alertar para os cortes efetuados em determinadas políticas públicas (tal qual o programa Farmácia Popular aqui mostrado) que afetam diretamente o cidadão. Portanto, a PEC 95 de 2016 ao efetuar um congelamento dos gastos em saúde, que até o momento estavam em franca expansão, provoca uma dinâmica diferente para questões relacionadas a políticas públicas relacionadas ao direito fundamental à saúde no Brasil.

Considerações Finais

Através da verificação e análise das mudanças que aconteceram na legislação brasileira, por meio de uma pesquisa qualitativa e exploratória em diversos sites governamentais e de referência pôde-se evidenciar as consequências para o direito humano fundamental à saúde pública no Brasil após EC 95/2006.

Esta pesquisa também levou em conta a obra de diversos autores que tratam sobre a temática de políticas públicas, saúde e direitos fundamentais.

Desta forma, foi possível, através de dados oficiais, concluir que o orçamento destinado à saúde no Brasil sofreu uma estagnação nos últimos 3 anos, comprometendo diretamente a continuidade dos serviços oferecidos e a qualidade de vida da população brasileira.

Referências

ALEXY, Robert. (2002), **Teoría de los Derechos Fundamentales**. Madrid: Solana e Hijos.

AMORIM, Felipe. (2018), **PEC do Teto é aprovada em votação final e congela gastos por 20 anos**. Disponível em <<https://noticias.uol.com.br/politica/ultimas-noticias/2016/12/13/pec-que-congela-gastos-do-governo-por-20-anos-e-aprovada-em-votacao-final.htm?cmpid=copiaecola>> Acesso em 16 de novembro de 2018.

BAUER, Martim, W e GASKELL, George. (2002), **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes.

BOBBIO, Norberto. (2004), **A Era dos Direitos Fundamentais**. Rio de Janeiro: Campus.

BRASIL, (2003), **O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL. (2004), **Constituição de 1988**. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de edições técnicas.

BRASIL. (2014), **Saúde terá orçamento de R\$ 106 bilhões em 2014**, disponível em: <www.brasil.gov.br/noticias/saude/2014/01/saude-tera-orcamento-de-r-106-bilhoes-em-2014> (acesso em 25/06/2019).

BRASIL. (2018), **Ministério da Saúde**. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em 20 de novembro de 2018.

BRASIL. (2019), **PORTAL DA TRANSPARÊNCIA**, disponível em <www.portaltransparencia.gov.br>, acessado em 15 de junho de 2019.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes. (2004), **Estudos sobre direitos fundamentais**. Coimbra: Ed. Coimbra.

Carta de Otawa. (2009), Disponível em: www.opas.org.br/coletiva/uploadarq/ottawa.pdf. Acesso em 10 de julho de 2009.

DALLARI, Dalmo de Abreu. (2004), **Direitos humanos e Cidadania**. São Paulo: Moderna.

Declaração de Alma-Ata. (2009), Disponível em: www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf. Acesso em 10 de julho de 2009.

Declaração de Direitos do Bom Povo de Virgínia, 16 de junho de 1776. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/direitos/anthist/dec1776.htm>. Acesso em 07 de agosto de 2009.

Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/direitos/anthist/dec1793.htm>. Acesso em 07 de agosto de 2009.

Declaração Universal dos Direitos Humanos. Disponível em: http://www.onu-brasil.org.br/documentos_direitoshumanos.php. Acesso em 06 de agosto de 2009.

DI GIOVANNI, Geraldo. (2009), As estruturas elementares das políticas públicas.

Caderno de Pesquisa n. 82, NEPP. Disponível em: <www.nepp.unicamp.br/d.php?f=117>. Acesso em 11/07/2012.

DIMITRI, Dimoulis e MARTINS, Leonardo. (2007), **Teoria geral dos direitos fundamentais**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais.

DWORKIN, Ronald. (2002) **Levando o direito a sério**. São Paulo: Martins Fontes.

ELIAS, Paulo Eduardo. (2008), **Política pública de saúde no Brasil: as ciladas da sociedade brasileira e a construção da universalidade no sistema de saúde**. Rev. Ciência & Saúde Coletiva, 13 (sup2): 2019-2028.

ESTADÃO CONTEÚDO. (2018), **Com gastos congelados, saúde no Brasil volta a preocupar**. Disponível em: <<https://exame.abril.com.br/brasil/com-gastos->

[congelados-saude-no-brasil-volta-a-preocupar/](#)>. Acesso em 16 de novembro de 2018.

FUNCIA, Francisco R. (2018), **Efeitos negativos da emenda constitucional 95/2016 sobre a execução orçamentária e financeira de 2017 do Ministério da Saúde**. Disponível em: <www.cmb.org.br/cmb/index.php/noticias/2347-efeitos-negativos-da-emenda-constitucional-95-2016-sobre-a-execucao-orcamentaria-e-financeira-de-2017-do-ministerio-da-saude> . Acesso em 29 de novembro de 2018.

GIL, Antônio Carlos. (2008), **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. Atlas: São Paulo.

JUNQUEIRA, Diego. (2019), **Com menos recursos e sem coordenador, Farmácia Popular deixa de atender 7 milhões em 2 anos**. Disponível em <<https://reporterbrasil.org.br/2019/04/com-menos-recursos-e-sem-coordenador-farmacia-popular-deixa-de-atender-7-milhoes-em-2-anos/>>. Acesso em 14/06/2019.

LOBATO, Anderson Cavalcante. (1998), **O reconhecimento e as garantias constitucionais dos direitos fundamentais**, In Cadernos de Direito Constitucional e Ciência Política. Revista de Direito Constitucional e Internacional vol. 22. Editora: Revista dos tribunais.

LUCHESE, Patrícia T. R. (2002), **Políticas Públicas em Saúde Pública**. (coord.) São Paulo: BIREME/OPAS/OMS.

MATIAS-PEREIRA, José. (2007), **Manual de Gestão Pública Contemporânea**. São Paulo: Atlas.

MARIANO, Cynara Monteiro. (2017), **Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômica e ao capitalismo do desastre**. Revista de Investigações Constitucionais, Curitiba, vol. 4, n. 1, p. 259-281, jan./abr. 2017. DOI:10.5380/rinc.v4i1.50289.

MENDES, Gilmar. (2002), **Os direitos fundamentais e seus múltiplos significados na ordem constitucional**. Revista Diálogo Jurídico, Salvador, CAJ - Centro de Atualização Jurídica, nº. 10, janeiro.

MORAES, Alexandre de. (2006), **Direitos Humanos Fundamentais**. São Paulo: Atlas, p.22.

NATALINI, Gilberto.(2001), **Princípios básicos do SUS**. In: SUS – o que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde, v. II, pg. 21 – 34, São Paulo: Associação Paulista de Medicina.

ROUSSEAU, Jean-Jacques. (1991), **Do contrato social; Ensaio sobre a origem das línguas; Discurso sobre a origem e os fundamentos da desigualdade entre os homens**. 5. Ed. São Paulo: Nova Cultural.

SOUZA, Celina. (2007), Estado da arte da pesquisa em políticas públicas. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M. & MARQUES, E. **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

VASCONCELOS, Cipriano M. e PASCHE, Dário F. (2007), **O Sistema Único de Saúde**. In: SUS passo a passo: história, regulamentação, financiamento e políticas nacionais, pg. 531 – 562. São Paulo: Hucitec.

Sítios Consultados

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Disponível em: www.ans.gov.br. Acesso em 12 de julho de 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: [/www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/22827-censo-2020-censo4.html?=&t=series-historicas](http://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/22827-censo-2020-censo4.html?=&t=series-historicas). Acesso em 15 de junho de 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Disponível em: <http://www.who.int/>. Acesso em 12 de junho de 2009.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Disponível em: <http://www.opas.org.br/>. Acesso em 11 de agosto de 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível em: www.saude.gov.br/. Acesso em 20 de junho de 2019.

Legislação Consultada

BRASIL. **Constituição de 1988**. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de edições técnicas, 2004.

BRASIL. (2016), **EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 95, DE 15 DE DEZEMBRO DE 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasil, 2016**. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em 28 de novembro de 2018.

BRASIL. **Lei nº 8.080/90**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, 1990.

BRASIL. **Lei nº 8.142/90**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e dá outras providências, 1990.

Regulamento Sanitário Internacional. Disponível em: <http://www.opas.org.br/>. Acesso em 11 de agosto de 2009.