



## O DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE: UM PANORAMA DA CONSTITUIÇÃO DE 1988 ATÉ OS DIAS ATUAIS

Alanna Cultz<sup>1</sup>

Lislei Teresinha Preuss<sup>2</sup>

**RESUMO:** Este trabalho tem por objetivo traçar um panorama da política social de saúde a partir da Constituição Federal de 1988 até os dias atuais. Inicialmente, discorre brevemente sobre o histórico da saúde pública no Brasil. Em seguida, é realizada discussão a respeito da saúde como direito, a partir da Constituição Federal de 1988, e por fim, o panorama atual da saúde, perspectivas e desafios encontrados. Identificou-se que, no atual contexto capitalista, há por parte do Estado a diminuição de direitos sociais, especificamente na área da saúde, havendo intensificação de mecanismos de mercantilização e privatização no seu interior. Um exemplo disto é a Proposta de Emenda Constitucional 241/2016 (PEC nº 241), que também é destacada neste trabalho. A metodologia utilizada é a pesquisa bibliográfica e documental.  
**Palavras-chave:** Saúde pública. Panorama atual. Avanços e desafios.

### 1 INTRODUÇÃO

A saúde no Brasil passou por várias fases e transformações até chegar ao momento em que é reconhecida como direito social. Antes da promulgação da Constituição Federal de 1988 e conseqüentemente a implementação do Sistema Único de Saúde - SUS, o sistema público de saúde atendia apenas quem contribuía para a Previdência Social, ou seja, quem não possuía boas condições financeiras, dependia da caridade e da filantropia.

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 há a instauração de um sistema denominado de Seguridade Social que assegura os direitos relativos à Assistência Social, Saúde e Previdência Social. No que se refere à saúde, foi criado o Sistema Único de Saúde - SUS e, assim, o sistema público de saúde passa a ser universal, ou seja, todo o cidadão brasileiro, sem nenhum tipo de discriminação, tem direito de usufruir dos serviços da saúde pública, materializados através do SUS.

O SUS tem como princípios a universalidade (saúde é direito de todos e cabe ao Estado assegurar esses direitos), equidade (garantia a todas as pessoas, em igualdade de condições, ao acesso às ações e serviços dos diferentes níveis de complexidade do sistema), e integralidade

<sup>1</sup> Bacharel em Serviço Social, Mestranda em Ciências Sociais pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Estadual de Ponta Grossa – UEPG. alana96\_@hotmail.com

<sup>2</sup> Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS); Professora Efetiva do curso de graduação em Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas na Universidade Estadual de Ponta Grossa – UEPG. lispreuss@terra.com.br



(conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema). (BRASIL, 2018)

O SUS é um sistema descentralizado, municipalizado e participativo, visando a promoção, proteção, recuperação e reabilitação, tem por objetivo assegurar a qualidade de vida. Dentre os serviços que o SUS oferece, tem-se a vigilância em saúde, sanitária e ambiental, assistência farmacêutica, bancos de sangue, dentre outros.

Em contrapartida, a saúde não está imune ao contexto neoliberal atual e a mais evidente das restrições tem sido a financeira, que vem reduzindo de forma significativa o gasto *per capita* em saúde no Brasil. Atualmente, houve uma reconcentração de recursos nas mãos do governo federal, que vai contra os princípios do SUS. Deixou-se de lado o que está preconizado na Constituição Federal a respeito da Seguridade Social, que determina orçamento único e com diversidade de fontes de financiamento.

Uma das medidas mais austeras dos últimos tempos foi a Proposta de Emenda Constitucional 241/2016 (PEC nº 241), em que os gastos federais, a não ser o pagamento de juros sobre a dívida pública, ficaram limitados. Esta limitação será referente ao montante de gastos do ano anterior, reajustados pela inflação acumulada. Ou seja, com essa medida, haverá um congelamento das despesas totais do Governo Federal no que se refere à serviços de saúde, com a redução do gasto público relativo ao Produto Interno Bruto (PIB) e ao número de habitantes, não acompanhando o crescimento da renda e da população.

Desta forma, neste trabalho, inicialmente, apresenta-se uma breve linha do tempo sobre a saúde pública no Brasil, seguido da discussão da política de saúde após a Constituição Federal de 1988, integrando o tripé da Seguridade Social que contempla Assistência Social, Saúde e Previdência Social e a implementação do Sistema Único de Saúde - SUS. Para finalizar, faz-se uma discussão sobre o panorama atual da Saúde Pública no Brasil, mais especificamente, sobre a Emenda Constitucional 241/2016) (PEC nº 241) e a aprovação da Nova Política de Atenção Básica (PNAB) de setembro de 2017. Para a realização deste trabalho foi utilizada a pesquisa bibliográfica e a pesquisa documental.

## 2. LINHA DO TEMPO: BREVE RESUMO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

A saúde no Brasil passou por várias fases e transformações até chegar ao momento em que é reconhecida como direito social. Num breve resgate histórico, a época que compreende



os anos de 1890 a 1930, a saúde encontrava-se inserida no Ministério da Justiça e Negócios Interiores e as ações desenvolvidas eram voltadas ao saneamento básico e controle de endemias, como por exemplo, a peste, a cólera e a varíola. Neste período, desenvolveu-se, o modelo sanitarismo-campanhista, que permaneceu até a década de 1940. É importante salientar que, em 1930, com a criação do Ministério da Educação e Saúde, as atenções governamentais passam a atuar também em caráter da medicina individual e cresce a chamada “medicina de grupo” e a privatização dos serviços em saúde. (CARVALHO, 2018)

Na década de 1970, a atenção à saúde no Brasil estava em condições precárias, com críticas censuradas pela ditadura militar. Nesta época, iniciou-se o Movimento pela Reforma Sanitária, que defendia a saúde como direito de cidadania, devendo haver um fortalecimento do setor público nesta área. A Reforma Sanitária Brasileira pretendeu ser mais do que apenas uma reforma setorial, tendo por objetivo consolidar a democracia e a cidadania no país. Ainda, o movimento de Reforma Sanitária tinha proposições concretas:

A primeira delas, a saúde como direito de todo o cidadão, independente de ter contribuído, ser trabalhador rural ou não trabalhador. Não se poderia excluir ou discriminar qualquer cidadão brasileiro do acesso à assistência pública de saúde. A segunda delas é a de que as ações de saúde deveriam garantir o acesso da população às ações de cunho preventivo e/ou curativo e, para tal, deveriam estar integradas em um único sistema. A terceira, a descentralização da gestão, tanto administrativa, como financeira, de forma que se estivesse mais próximo da quarta proposição que era a do controle social das ações de saúde. (A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA)

Em 1978, percebe-se a necessidade de oferecer uma atenção primária em saúde e neste mesmo contexto, em 1979 foi criada a Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO.

Em setembro de 1979, criava-se a Abrasco como forma de organização dos programas de pós-graduação no campo da saúde pública, da medicina social e da saúde coletiva. No mês seguinte, realizou-se o primeiro Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, da Câmara dos Deputados, um evento que reuniu as principais lideranças das várias tendências do movimento. As principais discussões ocorridas nesse encontro tomaram como base um texto produzido pelo Cebes e por pesquisadores do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, que buscava sintetizar as principais reivindicações do movimento sanitário. (PAIVA e TEIXEIRA, 2014, p. 22)

Na década de 1980, o modelo curativo começa a ser abalado e em 1986, com a VIII Conferência Nacional de Saúde, de acordo com Rosa, Saes e Abuleac (2012, p. 38), “se



formalizou o ensejo de mudanças baseadas no direito universal à saúde, acesso igualitário, descentralização acelerada e ampla participação da sociedade”, que foram as bases para a elaboração do SUS na Constituição Federal de 1988.

Art. 196. 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. (BRASIL, 1988)

A saúde passa a ser reconhecida como direito social de cidadania a partir da Constituição Federal de 1988 (CF-88), tendo o Sistema Único de Saúde - SUS como modelo de atenção, modificando a concepção social de saúde e fomentando ações voltadas à prevenção e a cura.

## A CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988 E O DIREITO A SAÚDE ATÉ OS PRIMEIROS ANOS DO NOVO SÉCULO

No Brasil, a Constituição Federal, promulgada em 1988, reconhece e institui o acesso aos serviços de consumo coletivo na área social como um direito de cidadania.

Considera-se que os direitos têm como objetivo explícito regular as práticas sociais e os vínculos que se estabelecem entre indivíduos, grupos e classes e entre estes e o poder constituído. Enquanto princípio regulador se submetem às alterações estruturais e conjunturais, perpassado pelas contradições e movimentos da sociedade civil, o que determina, por sua vez, mudanças nas relações entre esta e o Estado. Tais alterações podem ser identificadas de várias maneiras, sendo uma delas nas Constituições. Através dos textos constitucionais pode-se apreender as novas contratualidades entre os diferentes segmentos de classe, parametradas pelas exigências do movimento (SIMIONATTO; NOGUEIRA; GOMEZ, 2004, p. 81).

A Constituição Federal foi um ponto de partida para as novas relações entre Estado e Sociedade, um marco significativo, principal da discussão de políticas sociais públicas enquanto direito, recebendo a denominação de “Constituição Cidadã”. Nela consolidaram-se os conceitos norteadores da constituição de novo padrão de direito social e política social adotado no Brasil, conforme destaca Pereira (2002, p.152):



Graças à mobilização da sociedade, as políticas sociais tornaram-se centrais, nessa década, na agenda de reformas institucionais que culminou com a promulgação da Constituição Federal de 1988. Nesta Constituição, a reformulação formal do sistema de proteção social incorporou valores e critérios que, não obstante antigos no estrangeiro, soaram, no Brasil, como inovação semântica, conceitual e política. Os conceitos de “direitos sociais”, “seguridade social”, “universalização”, “equidade”, “descentralização político-administrativa”, “controle democrático”, “mínimos sociais”, dentre outros, passaram, de fato a constituir categorias-chave norteadoras da constituição de um novo padrão de política social a ser adotado no país.

A Constituição instala um sistema público de Seguridade Social que objetiva prover o mínimo de proteção ao indivíduo. A Seguridade Social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à Assistência Social, à Saúde e à Previdência Social, tornando-se assim partes integrantes da rede de proteção social pública. Como discutido anteriormente, a partir da Constituição a saúde é vista como direito social e tem o SUS como modelo de atenção. No que se refere ao SUS:

Art. 200. Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho. (BRASIL, 1988)

Com a Constituição Federal de 1988 e a implementação do SUS, o poder público passa a ser responsável pelas políticas públicas em saúde vigentes, no que se refere à elaboração, implantação e avaliação.

Saúde e Assistência Social possuem caráter distributivo e a Previdência Social de caráter contributivo. Os primeiros são financiados com recursos do tesouro nacional e o último



com uma base ampliada de contribuições, sobressaindo-se a contribuição dos empregados e empregadores.

O reconhecimento dos direitos sociais veio acompanhado de novos princípios políticos pertinentes a uma formulação mais estruturada: universalidade da cobertura e do atendimento; uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços a populações urbanas e rurais; seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; irredutibilidade do valor dos benefícios; equidade na forma de participação no custeio; dentre outros (BRASIL, 1988). Os princípios acima apontam por um lado para a democratização dos recursos e das políticas sociais, no entanto o seu cumprimento não tem sido alcançado na íntegra.

O direito à saúde faz parte dos direitos sociais constitucionalmente garantidos. Percebe-se em seu Artigo. 196 da Constituição Federal de 1988:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução dos riscos de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. ( BRASIL, 1988)

Além disso, é complementado pela lei 8.080/90 em seu artigo 2º: “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”.

A partir da Constituição Federal de 1988 o Estado passa a se responsabilizar juridicamente pelas ações e serviços de saúde, respaldado por leis, portarias e ações de âmbito administrativo, bem como a própria Constituição.

Na época que compreende os anos de 1990 a 2000, houve um crescimento progressivo de mandatos judiciais com reivindicações relativas ao direito à saúde, principalmente no que se refere a inconsistências e contradições no âmbito do SUS, bem como problemas que não foram equacionados pela política de saúde.

Entre 1990 e 1994 foi definida a base institucional da Seguridade Social e do SUS, porém não houve a construção de uma lei reguladora que agregasse a previdência social, a saúde e a assistência social. Pelo contrário, cada área acabou por estabelecer a sua própria legislação, que, de acordo com Baptista; Machado e Lima (2009, p. 831) “num cenário de disputa de recursos, refletindo as contradições do modelo de Seguridade Social desenhado em 1988 e os conflitos de interesse das três áreas envolvidas”.

A produção legislativa em saúde desta época foi marcada por leis, tais como: Lei 8.080



– Lei Orgânica da Saúde; Lei 9.142 – Lei complementar; Lei 8.212 – Lei da Seguridade Social; Lei 8.246 – Instituição da Associação Pioneiras Sociais e Lei 6.689 – Extinção INAMPS, bem como outras leis e decretos relacionados às ações da saúde daquela época.

Já em meados de 1995 a 2002, houve uma reconfiguração de interesses, marcada por demandas específicas e novos problemas a serem enfrentados. No que se refere à produção legal desta época, identifica-se dois subperíodos. De 1995 a 1997, período de expansão de políticas específicas de saúde e de 1998 a 2002, de ênfase na regulação do mercado em saúde. Com isso, percebe-se que algumas tendências de abordagem do direito à saúde no âmbito da legislação se firmaram neste período, e vieram a expressar contradições e dilemas na garantia do direito à saúde. Sobre isto:

Leis que reafirmam o direito à saúde compreendido na sua abrangência, como previsto na CF/88. É o caso das leis que avançam no controle sanitário e na produção de ambientes saudáveis (iodação do sal, controle do asbesto/amianto, uso e propaganda de fumíferos, sistema de vigilância sanitária); promovem a regulamentação de áreas estratégicas da atenção à saúde (controle das infecções hospitalares, remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano); atendem a demandas de áreas específicas da atenção (planejamento familiar, subsistema indígena, modelo de atenção psiquiátrico), na maior parte das vezes fruto do debate com o movimento social e em atenção às demandas deste; - Leis que segmentam o direito à saúde, discriminando direitos para alguns grupos, como no caso da lei que garante o medicamento para a aids; - Leis que introduzem mudanças na concepção do direito, abarcando outras visões como a lógica do direito do consumidor. É o caso da lei de regulamentação dos planos de saúde, a lei de criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e a lei de medicamentos genéricos. (BAPTISTA; MACHADO E LIMA, 2009, p. 834)

Todas as leis avançaram significativamente no que se refere à constituição do direito à saúde, porém há certa mudança de ênfase naquilo que se passa a legislar, refletindo o papel do Ministério da Saúde na definição de políticas neste período. Ainda nesta época, ficaram-se evidentes alguns limites em dois campos de atuação importantes no que se refere ao direito à saúde: recursos humanos, no que diz respeito aos conflitos de interesses dos profissionais de saúde, pois na época era indefinida a questão de plano de carreira, cargos e salários no SUS, sendo esta questão ainda presente na atualidade. Além disso, medidas contencionistas, e como consequência, baixas contratações e condições de trabalho e remuneração inadequadas.

As restrições se manifestaram de forma intensa, principalmente em cinco âmbitos, que são:



Os obstáculos à consolidação da Seguridade Social; o instável aporte de recursos financeiros; a insuficiente provisão de insumos relevantes para a saúde, como medicamentos; a fragilidade das políticas de recursos humanos em saúde e a persistência de distorções nas relações entre público e privado na saúde. (BAPTISTA; MACHADO E LIMA, 2009, p. 831)

No que se refere a insuficiente provisão de insumos relevantes para a saúde, isto ficou evidente principalmente na assistência farmacêutica, persistindo problemas de acesso a medicamentos. Destaca-se, a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em 1999, que, de acordo com Baptista; Machado e Lima (2009, p. 835) “teve por objetivo controlar a produção, comercialização e consumo de produtos e insumos que afetem a saúde humana”.

Em 2003, com a mudança de governo e conseqüentemente a do papel do Estado, este momento foi marcado pela consolidação da política de saúde, com ênfase em políticas de longo prazo e redução da desigualdade. Houve certa preocupação com a estabilização econômica. No que se refere ao âmbito social, prevaleceram políticas voltadas aos grupos prejudicados pela desigualdade social, interferindo assim nas questões de saúde. Percebem-se alguns avanços, tais como:

Na condução da política de saúde, verificam-se algumas inflexões importantes, como o início da construção de uma política de recursos humanos para o SUS; os primórdios de uma política para orientar a produção de insumos conforme as necessidades de saúde e a busca de maior integração com outras políticas públicas. (BAPTISTA; MACHADO E LIMA, 2009, p. 835).

Desta forma, em 2004 foi implantado o programa Farmácia Popular voltado à oferta de medicamentos a preços baixos, em farmácias estatais ou conveniadas. Além disso, foram aprovadas leis voltadas à inclusão de grupos marginalizados e/ou minorias, tais como: estatuto do idoso, auxílio reabilitação social e bolsa-família.

Em seguida, no ano de 2006, foi implementado o Pacto pela Saúde, conjunto de reformas do SUS pactuada entre as três esferas de gestão (União, Estados e Município), visando promover inovações nos processos de gestão para alcançar maior eficiência e qualidade das respostas dos serviços do SUS. (SAÚDE, 2018)



## PANORAMA ATUAL DA SAÚDE - DESAFIOS E PERSPECTIVAS

No atual contexto capitalista há por parte do Estado a diminuição de direitos sociais, especialmente na área da saúde, intensificam-se mecanismos de mercantilização, bem como privatização no seu interior.

Destacamos: as crescentes transferências dos recursos públicos às Organizações Sociais de Saúde (OSSs) – de gestão privada –, por meio da implementação da Lei de Responsabilidade Fiscal (em vigor há 17 anos) que limita o aumento do gasto com pessoal, favorecendo o incremento das despesas com serviços de terceiros; o aumento das renúncias fiscais decorrentes da dedução dos gastos com planos de saúde e símiles no imposto de renda e das concessões fiscais às entidades privadas sem fins lucrativos (hospitais) e à indústria químico-farmacêuticas; a permissão à entrada do capital estrangeiro na saúde por meio da aprovação da Lei 13.097/2015; a instituição da EC 86/2015 que reduz o financiamento do SUS; e a aprovação da EC 95/2016 que congela o gasto público por 20 anos aniquilando a saúde, na medida em que não limita os juros e outras despesas financeiras. Para se ter uma ideia, em 2015, o Brasil gastou 8,5% do PIB, cerca de R\$ 500 bilhões, com o pagamento de juros da dívida pública (indexado à maior taxa de juros do mundo, 14,25%), isto é, cinco vezes a mais que o gasto do Ministério da Saúde nesse ano (LACERDA, 2016 *apud* MENDES, p. 3).

Desta forma, parte-se da concepção que a crise econômica não se restringe apenas a visão de uma crise do Estado, mas sim uma crise estrutural do capitalismo. Mais recentemente, observa-se uma das maiores medidas defendida pelo capital financeiro, a Emenda Constitucional 95/2016, a qual, segundo Mendes (2018, p. 5) “impõe a saúde pública sua desestruturação e privatização crescente”.

Ainda, a Proposta de Emenda Constitucional 241/2016 (PEC 241) ao instituir um novo regime fiscal, limita a expansão dos gastos públicos, a partir de 2017, pelos próximos 20 anos, corrigidos apenas pela inflação (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA).(MENDES, 2016).

De acordo com Mendes (2016),

“com a PEC 241, os trabalhadores brasileiros serão arrancados súbita e violentamente de suas já precárias condições sociais e de saúde, e lançados num futuro de condições ainda piores de preservação da vida e da dignidade humana, num quadro de intenso processo de transição demográfica, com crescimento populacional e aumento do envelhecimento, com o avanço permanente da inovação tecnológica no setor saúde e aumento das doenças



crônicas não transmissíveis. Essa PEC remete a saúde pública a esse universo capitalista “sem mundo”.”

A PEC 241 constitui a política mais austera desses anos, na medida em que não limita os juros, mas apenas as despesas primárias por duas décadas.

Nessa regra, os gastos federais, menos o pagamento de juros sobre a dívida pública, ficarão limitados a um teto definido pelo montante gasto do ano anterior reajustados pela inflação acumulada, medida pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). Em síntese, o Novo Regime Fiscal implica um congelamento real das despesas totais do Governo Federal que pressupõe uma redução do gasto público relativamente ao Produto Interno Bruto (PIB) e ao número de habitantes. Ou seja, de acordo com a regra proposta, os gastos públicos não vão acompanhar o crescimento da renda e da população. (ROSSI e DWECK, 2016, p. 1)

A Saúde Pública no Brasil alcançou resultados positivos desde que o SUS foi implementado, porém ainda enfrenta diversas dificuldades, fazendo com que a qualidade do atendimento da população seja comprometida.

Quando se fala em saúde, é preciso ter o entendimento de que, no Brasil, este direito é reproduzido através de serviços, que podem se caracterizar como públicos e/ou privados. A saúde pública está estruturada dentro do SUS, e a saúde privada compreende os planos de saúde. Atualmente, 75% da população brasileira é atendida pelo SUS, sendo que o restante utiliza a saúde privada.

É importante ressaltar que, mesmo o cidadão tendo condições e opte por utilizar a saúde privada, ele não perde o direito de utilizar o SUS, afinal, um dos princípios deste sistema é a integralidade, que significa que todos os cidadãos têm direito aos serviços de saúde.

As políticas direcionadas para o fortalecimento da atenção básica no Brasil foram as que mais favoreceram a implantação e os princípios e diretrizes do SUS, e as Políticas Nacionais de Atenção Básica (PNAB) tiveram papel fundamental neste processo. (MOROSINI; FONSECA e LIMA, 2018)

Em setembro de 2017 foi publicada uma nova PNAB, alvo de críticas vindas de organizações historicamente vinculadas a defesa do SUS. Tais organizações são as seguintes:

“A Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e a Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp). Em



nota conjunta, as três instituições denunciaram, entre outras coisas, a revogação da prioridade dada à Estratégia Saúde da Família (ESF) na organização do SUS com a provável perda de recursos para outras configurações da Atenção Básica (AB), em um contexto de retração do financiamento da saúde.” (MOROSINI; FONSECA e LIMA, 2018, p. 12)

Dentre as proposições desta nova política, tem-se a questão da ampliação da liberdade de escolha dos gestores do SUS, porém isso só aconteceria de fato se houvesse a transferência de recursos necessários à autonomia de gestão pelos municípios, com os mecanismos de controle social e participação popular. (MOROSINI; FONSECA e LIMA, 2018)

Outra questão a ser modificada se refere ao papel da Estratégia Saúde da Família - ESF, que deixa de ser prioritária e passa a ser opcional, e são criados dois tipos de equipes: a de Saúde da Família (ESF) e a de Atenção Básica (AB). (PREUSS, 2018)

Além disso, há certa imprecisão na questão de verbos utilizados nesta PNAB, tais como: “sugerir” e “recomendar”, expressando assim o caráter propositivo da política, e como consequência a desconstrução do compromisso com a saúde. (MOROSINI; FONSECA e LIMA, 2018)

Nesta lógica de dismantling dos direitos sociais, é preciso que haja o enfrentamento do desequilíbrio fiscal e descontrole de contas públicas decorrentes de políticas paternalistas, têm-se dois fatos importantes que vão contra o que está estabelecido na Constituição referente à saúde e os princípios do SUS: a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) nº 241, de 2016 e a Nova Política Nacional de Atenção Básica de setembro de 2017.

A saúde no Brasil ainda passa por diversos problemas a serem enfrentados. De acordo com uma pesquisa da UOL, foram eleitos alguns dos principais problemas enfrentados pela saúde pública e privada no Brasil.

Dentre os problemas a serem enfrentados, destacam-se a falta de médicos, além de estarem mal distribuídos pelo país; longa espera para marcar consulta, pois, infelizmente, a demanda é maior do que a oferta; faltam leitos; precário atendimento na emergência; falta de recursos para a saúde, sendo que muito pouco do orçamento do governo federal é destinado à saúde, lembrando também que o SUS está subfinanciado, situação agravada pela crise econômica e política do país. (SOBRINHO, 2018)



### 3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O SUS constitui-se como sendo um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo. Mesmo com inúmeras conquistas e avanços, a saúde pública no Brasil continua enfrentando diversos problemas. Em meio à crise econômica e política que o Brasil está passando, o SUS é confrontado com a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) nº 241, de 2016, que instituiu novo Regime Fiscal e levou a diminuição das despesas em relação aos gastos com saúde, colocando em dúvida um dos princípios do SUS, que é a universalidade: todos os cidadãos brasileiros, sem qualquer tipo de discriminação, têm direito ao acesso às ações e serviços de saúde, e também a aprovação da nova Política Nacional de Atenção Básica – PNAB, de setembro de 2017, que representa mais um ataque de sucateamento na saúde pública.

É importante ressaltar também que o congelamento de recursos ocorre em um momento em que o orçamento vem sofrendo cortes, por conta da crise financeira do país. Outra questão a ser destacada é que a demanda do SUS aumentará nos próximos anos, visto que a população brasileira deve aumentar e envelhecer.

O direito a saúde pública no momento atual vem sendo atingida pelo contexto capitalista em que vivemos que tem como características principais a propriedade privada, que consiste no sistema produtivo vinculado à propriedade privada; o lucro, principal objetivo do sistema capitalista, que provém do resultado da acumulação de capital; economia de mercado, livre iniciativa da regulação do mercado, com mínima intervenção do Estado e a divisão de classes, caracterizada pelos donos dos meios de produção e capitais e os proletários. (FREITAS, 2018).

Ainda, o congelamento proposto pela PEC nº. 241 vai contra a regra constitucional que define o direito de todos à saúde, bem como os princípios instituídos pelo SUS e, como consequência, a população estará exposta a um elevado risco, visto que o sistema terá menos recursos para atender as necessidades de prevenção, promoção e recuperação da saúde da população brasileira.

Os efeitos de tal medida atingiram a população e também Estados e municípios pois se hoje já gastam parte de suas receitas com a saúde, com a PEC, terão que investir mais recursos próprios. Assim, municípios mais pobres, que tem menos receitas e dependem mais do orçamento federal, serão mais prejudicados.

Constatou-se que ainda há muito a ser aprimorado no que se refere à saúde pública no Brasil. O SUS carece de medicamentos, sendo o subfinanciamento algo grave a ser discutido.



No que se refere à saúde privada, a mensalidade é alta e não há cobertura para todas as doenças e exames,

Portanto, neste trabalho foi discutido sobre dois fatos que geram preocupação pela perspectiva restritiva que representam: a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) n° 241, de 2016 e a aprovação da Nova Política de Atenção Básica – PNAB de setembro de 2017. É importante que estes temas continuem a ser discutidos, a fim de que todos compreendam que é necessário o compromisso, por parte do Estado, com o atendimento das necessidades de saúde da população, bem como a responsabilidade da preservação dos princípios do SUS.

## REFERÊNCIAS

- A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA. **Ensp/Fiocruz**, Rio de Janeiro. **Disponível em:** [www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/introducao.pdf](http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/introducao.pdf). Acesso em: 29 ago. 2018
- BAPTISTA, T. W. F. de; MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. de; Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil: um balanço da atuação dos Poderes. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, p. 829-839, 2009
- BEDINELLI, T. **PEC 241**: o que vai mudar na saúde dos brasileiros. Disponível em: [https://brasil.elpais.com/brasil/2016/10/14/politica/1476478906\\_158199.html](https://brasil.elpais.com/brasil/2016/10/14/politica/1476478906_158199.html). Acesso em: 21 set. 2018.
- BRASIL. **Constituição** (1988). **Constituição** da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado **Federal**: Centro Gráfico, 1988. 292 p.
- BRASIL, Lei n° 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. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm). Acesso em: 25 set. 2017
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Princípios do SUS**. Brasília, DF, 2018.
- CARVALHO, T. de. **Saúde Pública: um panorama do Brasil**. Disponível em: <http://www.politize.com.br/panorama-da-saude/#toggle-id-1>. Acesso em: 21 set. 2018
- FREITAS, E. de. **Algumas características do capitalismo**. Disponível em: <https://mundoeducacao.bol.uol.com.br/geografia/algumas-caracteristicas-capitalismo.htm>. Acesso em: 02 out. 2018
- MENDES, A. **A saúde no capitalismo financeirizado em crise: o financiamento do SUS em disputa**. Disponível em: [www.cee.fiocruz.br/sites/default/files/Artigo\\_Aquilas\\_Mendes\\_.pdf](http://www.cee.fiocruz.br/sites/default/files/Artigo_Aquilas_Mendes_.pdf). Acesso em: 30 ago. 2018
- MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. de.; Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, jan-mar. 2018, p. 11-24
- PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p. 15-35.



PEREIRA, Potyara Pereira. **Necessidades Humanas**: Subsídios à crítica dos mínimos sociais. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2002.

PREUSS, L. T. A gestão do Sistema Único de Assistência Social no Brasil e as regiões de fronteira em pauta. **Revista Katálysis**., Florianópolis, v. 21, n. 2, maio-ago. 2018 p. 324-335.

ROSA, T. C. S; SAES, S. G; ABULEAC, F. L; A Constituição de 1988 e as políticas públicas em saúde no Brasil. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde - RGSS**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 35-49, jan./jun. 2012

ROSSI, P. DWECK, E. Impactos do Novo Regime Fiscal na saúde e educação. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2016.

SAÚDE, C. N. de. **Pactos pela Saúde**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/webpacto/index.htm>. Acesso em: 02 out. 2018

SIMIONATTO, Ivete; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; GOMEZ, Marcela Beatriz. Aspectos legais do direito à saúde no Mercosul. In: SIMIONATTO, Ivete; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro (orgs). **Dilemas do Mercosul**: reforma do Estado, direito à saúde e perspectivas da agenda social. 1 ed. Florianópolis: Editora Lagoa, 2004, v. 1, p. 102-111.

SOARES, L. T. As atuais políticas de saúde: os riscos do desmonte neoliberal. **R. Bras. Enferm.** Brasília, v. 53, n. especial, p. 17-24, dez. 2000.

SOBRINHO, W. P. **Falta de médicos e de remédios: 10 grandes problemas da saúde brasileira**. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/listas/falta-medico-e-dinheiro-10-grandes-problemas-da-saude-no-brasil.htm>. Acesso em: 29 set. 2018