



UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS
CURSO DE BACHARELADO EM DIREITO
DISCIPLINA DE DIREITO TRIBUTÁRIO 2018.1

ESTUDOS DOS ORÇAMENTOS DO BRASIL APÓS A CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988: INVESTIMENTOS DO BRASIL NA SAÚDE PÚBLICA E CONTRAPARTIDA DOS VALORES PAGOS AOS INVESTIDORES EM TÍTULOS DE JUROS DA DÍVIDA PÚBLICA¹

Paulo Cesar Fidelis Paulino²
Edonis Pereira Ribeiro³

Coordenador do artigo: Prof. Dr. Edival Braga⁴

RESUMO: O presente estudo tem como objetivo conhecer, através de pesquisas bibliográficas, o orçamento público brasileiro após a Constituição Federal de 1988 e compará-lo ao de outros países, detalhando as funções, modelos e conceitos fundamentais do orçamento na perspectiva do setor público. Inicialmente, busca-se conceituar o Orçamento Público, conhecendo suas características e seu uso para atender às funções do Estado, necessárias para o desenvolvimento harmonioso e fundamental da saúde no país.

A seguir, apresenta-se sua evolução histórica, expondo o desenvolvimento dos modelos orçamentários implementados após a Constituição de 1988, e tenta-se mostrar a acumulação de dívidas no Brasil e seus principais investimentos.

Palavras-Chave: Orçamento. Saúde Brasileira. Acessibilidade. Investimento. Dívida pública.

ABSTRACT: The purpose of this study is to know, through bibliographic research, the Brazilian public budget after the 1988 federal constitution and to compare it with other countries, and to detail the functions, models and fundamental concepts of the budget from the perspective of the public sector. Initially, it seeks to conceptualize the Public Budget, knowing its characteristics and its use in order to meet the functions of the State, necessary for

¹ O artigo passou por uma revisão gramatical realizada pelo ChatGPT em 2025, revisão somente gramatical, de modo que foi mantida a originalidade do conteúdo do artigo.

² Acadêmico do curso de Bacharelado em Direito da UFRR.

³ Acadêmico do curso de Bacharelado em Direito da UFRR.

⁴ Professor de Direito Tributário da Universidade Federal de Roraima – UFRR.



UFRR

the harmonious and well-founded development of health in the country.

Next, it presents its historical evolution, exposing the development of the budget models implemented after the constitution of 1988, and we will try to show the accumulation of debts in Brazil, and its main investments



UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS
CURSO DE BACHARELADO EM DIREITO

DISCIPLINA DE DIREITO TRIBUTÁRIO 2018.1

Key words: Budget, Brazilian Health, Accessibility, Investment, Public debt

Sumário: 1 Introdução, 2 Objetivos, 3 Referencial Teórico, 4 Resultado, 5 Valores Pagos aos investidores e Títulos de juros da dívida pública, 6 Conclusão

1. INTRODUÇÃO

O Orçamento Público é uma importante ferramenta de gestão da Administração Pública. Inicialmente concebido como um mecanismo de controle político dos órgãos de representação sobre o Poder Executivo, passou por diversas mudanças com o intuito de acompanhar a evolução das funções do Estado. Adaptando-se às novas realidades, em especial ao imperativo de a administração ser capaz de lidar com um novo modelo de gestão e, sobretudo, de responder às necessidades de seus cidadãos, o orçamento é um instrumento de fundamental importância para o desenvolvimento do país e para a implantação e manutenção das mais diversas políticas públicas no Brasil.

Até 1988, a saúde não era reconhecida como um direito público subjetivo, sendo tratada, nos textos constitucionais anteriores, apenas como mais um serviço público (SANTOS; ANDRADE, 2006). Na organização do Estado, a atenção à saúde individual estava organizada com uma lógica distinta daquela com a qual se estruturavam e executavam as ações de saúde coletiva e, assim, instituições diferentes eram responsáveis pelas políticas e ações de saúde coletiva e de atenção individual.

Nesse contexto, a assistência médica era entendida como um benefício previdenciário, ao qual tinham direito apenas aqueles trabalhadores que contribuía para a Previdência Social. O sistema público de saúde de que dispomos hoje – o Sistema Único de Saúde ou SUS – foi instituído pela Constituição Federal de 1988, e decorre dos seus artigos 6º – que reconhece a saúde como direito social; 196 – que estabelece ser dever do Estado garanti-lo, mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde; 197 – que declara serem de relevância pública essas ações e serviços, cabendo ao poder



UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS
CURSO DE BACHARELADO EM DIREITO

DISCIPLINA DE DIREITO TRIBUTÁRIO 2018.1

público dispor sobre sua regulamentação, execução e fiscalização; e 198 – que determina a organização das ações e serviços públicos de saúde por meio de uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único, sob diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade.

Esse sistema decorre de uma concepção de saúde como um direito fundamental e universal do ser humano e que atribui ao Estado o dever de prover as condições necessárias ao seu pleno exercício. Corresponde a uma visão de mundo que privilegia valores de cidadania e de solidariedade, em contraposição a concepções que valorizam o individualismo e o privado.

Exige, para sua realização, que transformações importantes ocorram no nível cultural, político, jurídico e institucional.

2. OBJETIVOS

Analisar os orçamentos do Brasil, após a Constituição Federal de 1988 e Fazer uma comparação com outros países na aplicabilidade do recurso orçamentário da união destinado a saúde nos anos de 1989 à 2002., analisar os investimentos na saúde nesse período e mensurar o tamanho da dívida pública, assim como esclarecer quais eram os principais investidores.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 As origens do nosso sistema de saúde.

Durante o período colonial, o País conviveu por mais de três séculos com precários serviços de saúde e uma quase absoluta ausência de atuação do Estado nesse campo. Nossas primeiras instituições de saúde foram criadas com a chegada da Corte Portuguesa no Rio de Janeiro, no início do século XIX, mas tivemos que esperar até o início do século seguinte para, por um lado, com a introdução e consolidação da medicina científica no País, obter os meios técnicos de intervenção e, por outro, encontrar, na esfera do Estado, interesses para a criação de instâncias permanentes para formulação e execução de políticas e de serviços técnicos de saúde. Só a partir de então passaram a ser criados e transformados, na estrutura do



UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS
CURSO DE BACHARELADO EM DIREITO

DISCIPLINA DE DIREITO TRIBUTÁRIO 2018.1

Estado, organismos com essas funções, enquanto se ampliavam em número e diversificação os serviços de saúde, mantidos tanto pelo Estado como pela iniciativa privada.

A atuação do Estado na área de assistência à saúde ocorreu por meio de alguns poucos hospitais especializados, além da ação da Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública – FSESP em regiões específicas do país. À época, tal ação era prestada à parcela da população definida como “indigente” por alguns Municípios e Estados e, principalmente, por instituições de caráter filantrópico. A população não tinha direito e a assistência que recebia era prestada na condição de caridade.

Nesse período, a assistência à saúde mantinha estreita vinculação com as atividades previdenciárias e o caráter contributivo do sistema existente gerava uma divisão da população brasileira em dois grandes grupos (além da pequena parcela da população que podia pagar os serviços de saúde por sua própria conta): previdenciários e não previdenciários. Essa divisão separava a população brasileira. Alguns, representados por contribuintes da previdência, tinham um acesso mais amplo à assistência à saúde dispondo de uma rede de serviços e de prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares providos pela previdência social por meio do INAMPS; outros, restante da população brasileira, com acesso bastante limitado à assistência à saúde.

Com a crise de financiamento da Previdência a partir de meados da década de 70, o INAMPS adota várias providências para racionalizar suas despesas e começa, na década de 80, a “comprar” serviços do setor público (redes de unidades das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde), inicialmente através de convênios. A assistência à saúde prestada pela rede pública, mesmo com o financiamento do INAMPS apenas para os seus beneficiários, preservava o seu caráter de universalidade da clientela. Porém, conforme discorrem Falleiros e Lima, tal período é marcado pela rearticulação das forças políticas nacionais e de discussão e mobilização popular pela democratização da saúde e do próprio regime político do país.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS
CURSO DE BACHARELADO EM DIREITO

DISCIPLINA DE DIREITO TRIBUTÁRIO 2018.1

De fato, a criação do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde e da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, em 1979, foram de grande importância na luta pela democratização da saúde e da sociedade brasileira. A luta pelo fim da ditadura militar levou a área da saúde a organizar os simpósios de Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados.

Nesse período de reorganização da sociedade civil, forças políticas ligadas à saúde pública passaram a discutir questões ligadas à redemocratização do país e ao acesso aos serviços de saúde junto ao Legislativo. Tal período foi de crise ideológica acerca do modelo de saúde a ser adotado, que colocou em confronto privatistas e publicistas. Na década de 80, o INAMPS adotou uma série de medidas que o aproximaram ainda mais de uma cobertura universal de clientela, dentre as quais se destaca o fim da exigência da Carteira de Segurado do INAMPS para o atendimento nos hospitais próprios e conveniados da rede pública. Esse processo culminou com a instituição do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS, implementado por meio da celebração de convênios entre o INAMPS e os Governos Estaduais.

Em meados da década de 80, começam a ser implementadas as Ações Integradas de Saúde (AIS), cujas principais diretrizes eram a universalização, a acessibilidade, a descentralização, a integralidade e a participação comunitária. Ainda segundo Falleiros e Lima, a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) foi um marco do processo de formulação de um novo modelo de saúde pública universal, visando romper com a cisão estrutural entre saúde pública e medicina curativa individual, e com a intensa privatização que então caracterizava o sistema de saúde brasileiro.

3.2 Saúde após a Constituição Federal de 1988.

Após a Constituição Federal de 1988, foi criado um novo Estado, uma nova organização político-administrativa, ou seja, surge o Estado Democrático de Direito, e consequentemente é idealizado o “Orçamento Público” dentro dessa nova estrutura, que se transforma numa importante ferramenta de gestão da Administração Pública. Inicialmente



UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS
CURSO DE BACHARELADO EM DIREITO

DISCIPLINA DE DIREITO TRIBUTÁRIO 2018.1

concebido como um mecanismo de controle político dos órgãos de representação sobre o Poder Executivo, passou por diversas mudanças no intuito de acompanhar a evolução das funções do Estado. Adaptando-se às novas realidades, em especial ao imperativo de a administração ser capaz de lidar com um novo modelo de gestão e, sobretudo, de responder às necessidades de seus cidadãos, o orçamento é um instrumento de fundamental importância para o desenvolvimento do país e para a implantação e manutenção das mais diversas políticas públicas no Brasil.

Nessa perspectiva foi criado um novo modelo de assistência a saúde que teve como o seu programa piloto o sistema público de saúde de que dispomos hoje – o Sistema Único de Saúde ou SUS – foi instituído pela Constituição Federal de 1988, e decorre dos seus artigos:

- 6º – que reconhece a saúde como direito social;
- 196 – que estabelece ser dever do Estado garanti-lo, mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde;
- 197 – que declara serem de relevância pública essas ações e serviços, cabendo ao poder público dispor sobre sua regulamentação, execução e fiscalização;

e 198 – que determina a organização das ações e serviços públicos de saúde por meio de uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único, sob diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade.

O nosso sistema de saúde é pluralista tanto em termos institucionais quanto de fontes de financiamento e de modalidades de atenção à saúde. Essa pluralidade se expressa em quatro vias básicas de acesso da população aos serviços de saúde: o Sistema Único de Saúde (SUS), de acesso universal, gratuito e financiado exclusivamente com recursos públicos (impostos e contribuições sociais); o segmento de planos e seguros privados de saúde, de vinculação eletiva, financiado com recursos das famílias e/ou dos empregadores, composto por milhares de operadoras de planos de assistência médico-hospitalar, o segmento de atenção aos servidores públicos, civis e militares e seus dependentes, de acesso restrito a essa clientela, financiado com recursos públicos.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS

CURSO DE BACHARELADO EM DIREITO

DISCIPLINA DE DIREITO TRIBUTÁRIO 2018.1

3.2.1 O padrão de financiamento público da saúde estabelecido após a Constituição de 1988

No início da década de 1990 há a influência dos novos preceitos constitucionais na determinação das políticas de saúde e das formas de financiamento adotadas para o setor. O período é marcado pela introdução de novas fontes de financiamento para o setor saúde, pela alteração na participação de recursos previdenciários, pelo início do processo de implementação do SUS.

Vários autores têm acompanhado as discussões sobre o financiamento das políticas sociais e do setor saúde, nos últimos anos, desenvolvendo análises que associam o comportamento das fontes que financiam a saúde e o comportamento do gasto social a condições externas, como o processo de estabilização da economia, a necessidade de ajuste fiscal, etc.

Para Médici, Soares e Marques (1995), o primeiro fator que deixa o setor saúde vulnerável é a dependência da disponibilidade de caixa do Tesouro Nacional, desde o ano de 1993, e da política de contenção de gastos do governo federal. Neste caso, o orçamento da seguridade social e a matriz de financiamento do setor saúde seriam parcialmente "virtuais", pois não se apropriariam de parcela significativa dos recursos devidos ao setor, influenciando diretamente o financiamento do setor saúde.

Uma questão levantada pelos autores é que as contribuições sociais criadas a partir da Constituição de 1988 para financiar gastos da Seguridade não têm sido alocadas de acordo com os preceitos constitucionais. De fato, eles entendem que os recursos potencialmente alocados às políticas sociais foram sendo progressivamente aprisionados pelas políticas de ajuste, dificultando o financiamento dos programas associados às conquistas sociais da Constituição de 1988.

O período teve um crescimento na arrecadação fiscal possibilitado pela maior arrecadação da COFINS e da CPMF, ambas "contribuições", não impostos. Este fator deixa a estrutura tributária brasileira em situação peculiar, porque foram as duas contribuições que obtiveram maior produtividade fiscal nestes anos e, na verdade, elas são tributos sobre bens e serviços, aprovadas como contribuições para facilitar a sua aplicação inicial (menor tempo por não seguir o princípio da anualidade) e a alteração de alíquotas pelo governo.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS
CURSO DE BACHARELADO EM DIREITO

DISCIPLINA DE DIREITO TRIBUTÁRIO 2018.1

A participação das contribuições sociais (a princípio financiadoras das políticas sociais no país) na receita fiscal tem aumentado nos anos 90, mas elas têm sido utilizadas para outras finalidades, não só para atender às questões sociais. Este grau de importância das contribuições sociais na arrecadação fiscal brasileira mostra uma recentralização dos recursos da União, viabilizada pelos preceitos da Constituição de 88, dado que as contribuições são geradas pelo poder central e permitem um maior controle deste sobre a administração de recursos.

Do ponto de vista de , em estudo sobre a capacidade de aumento da participação de cada nível de governo no financiamento do gasto social entre os anos 1980 e 1996, houve influência de uma "sucessão de fatores - econômicos, políticos, demográficos, etc. -, que se alternaram (às vezes se entrelaçaram) e produziram expressivas alterações em seu volume do gasto social juntamente com mudanças significativas em seu perfil, em sua estrutura de distribuição e repartição entre as esferas governamentais e na introdução de novas formas de gestão." (Oliveira, 1999:7)

Com a necessidade de atender às demandas para a descentralização trazidas com a Constituição de 1988, a solução que o governo federal encontrou para garantir o seu próprio financiamento foi ampliar as fontes tributárias, principalmente através da criação e/ou ampliação de alíquotas das contribuições sociais. Ou seja, as contribuições sociais, mais do que serem importantes para garantir o financiamento do setor social, significam uma grande fatia da arrecadação federal.

O Orçamento da Seguridade Social - OSS, estabelecido desde a Constituição de 1988, objetivando possibilitar uma gama maior de fontes para financiar o setor e reduzir assim a vulnerabilidade face aos ciclos econômicos recessivos, não tem solucionado o problema. De acordo com Lucchese (1996:105),

A implementação do OSS tem se caracterizado por uma grande instabilidade no que diz respeito à composição e à arrecadação anual de suas fontes de receita, e aos mecanismos e à regularidade dos repasses financeiros para as diferentes áreas".

Uma das fontes que compõem este OSS é o COFINS, que substituiu o FINSOCIAL e se caracterizou pela incidência sobre o faturamento das empresas, assim como já acontecia

UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS
CURSO DE BACHARELADO EM DIREITO

DISCIPLINA DE DIREITO TRIBUTÁRIO 2018.1

com a CSLL, gerando questionamentos e suspensão de pagamento em alguns períodos. Com isso, a arrecadação da contribuição ficou prejudica

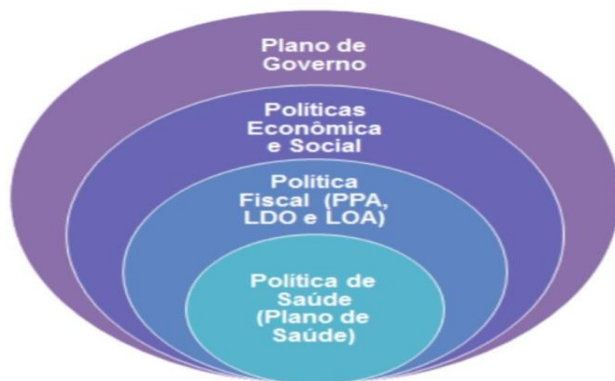
4. RESULTADOS

A partir dos levantamentos realizados nos textos utilizados podemos destacar os seguintes resultados.

4.1 Após a Constituição Federal de 1988 veremos um novo contexto na organização Estatal e na integração entre os Entes Federativos e o Orçamento direcionado a saúde publica .

A figura 3 ilustra o contexto do novo planejamento da saúde pública na perspectiva do processo de planejamento integrado existente nas três esferas de governo.(federal, estadual e municipal)

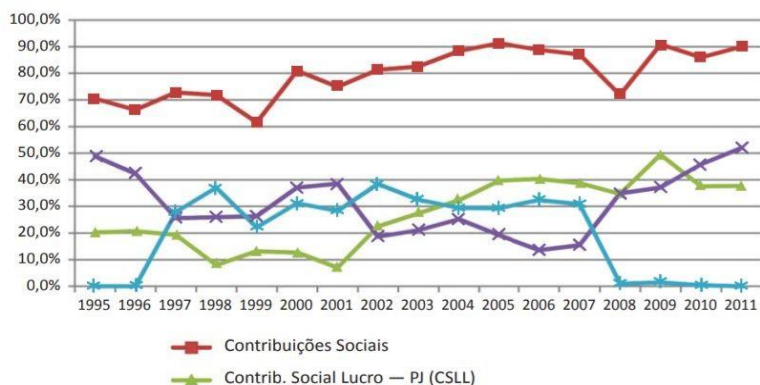
Figura 3 – Contextualização da Política de Saúde (Processo de Planejamento Integrado do Governo)



Fonte: Elaboração própria.

4.1 A figura 4 demonstra a evolução da Participação das contribuições no financiamento da Saúde

Gráfico 03. Evolução da participação das contribuições sociais no financiamento da saúde — 1995 a 2011



4.2 Assistência a saúde 1995-2002

De acordo com a figura 5 , podemos verificar que os recursos aplicados na assistência à saúde,

UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS
CURSO DE BACHARELADO EM DIREITO

DISCIPLINA DE DIREITO TRIBUTÁRIO 2018.1

precisamente com a Atenção Básica teve um aumento praticamente de 50% do ano de 1995 à 2002.

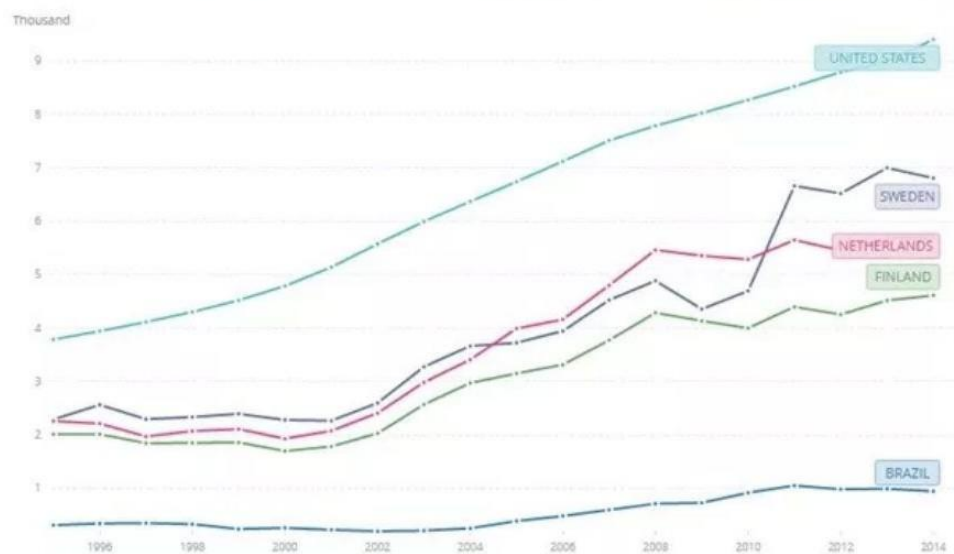
Ano	OCC – Outras Despesas de Custeio e de Capital							Demais Itens			Orçamento Global
	Assistência à Saúde				Saneamento Básico	Outros (Custeio/ Invest.)	Total	Pessoal e Encargos Sociais	Dívida Externa / Interna	Total	
	Atenção Básica	Média e Alta Complex.	Medicamentos	Total							
1995	2.681,7	11.417,0	724,8	14.823,5	110,5	1.730,2	16.664,2	6.421,4	2.337,9	8.759,3	25.423,5
1996	2.321,8	11.304,9	354,7	13.981,4	51,9	1.401,4	15.434,7	5.892,8	768,4	6.661,2	22.095,9
1997	3.217,2	12.673,4	811,8	16.702,4	129,2	1.719,4	18.551,0	5.695,3	2.552,1	8.247,4	26.798,4
1998	3.591,8	11.390,4	722,5	15.704,7	196,4	1.993,6	17.894,7	5.500,2	3.213,8	8.714,0	26.608,7
1999	3.932,5	12.005,4	1.034,1	16.972,0	248,3	2.381,2	19.601,5	5.355,7	191,9	5.547,6	25.149,2
2000	3.854,6	11.772,6	899,4	16.526,6	172,3	2.566,9	19.265,8	5.246,1	166,5	5.412,6	24.678,4
2001	4.207,7	12.064,8	858,3	17.130,8	1.199,2	2.672,3	21.002,3	4.898,1	235,5	5.133,6	26.135,9
2002*	5.063,0	12.953,3	998,7	19.015,0	1.003,2	3.188,4	23.206,6	4.878,9	465,9	5.344,8	28.551,4

Fonte: SPO/MS – Quadro Gerencial – valores médios de 2001

* Lei n.º 10.407 de 10/01/2002, R\$ milhões nominais

4.3 No gráfico 6, feita a comparação com outros países percebe-se uma grande diferença nos gastos per capita (Em mil dólares) especificamente na saúde.

Gasto em saúde per capita (Em mil dólares correntes) para países selecionados



Fonte: World Bank



4 VALORES PAGOS AOS INVESTIDORES E TÍTULOS DE JUROS DA DÍVIDA PÚBLICA .

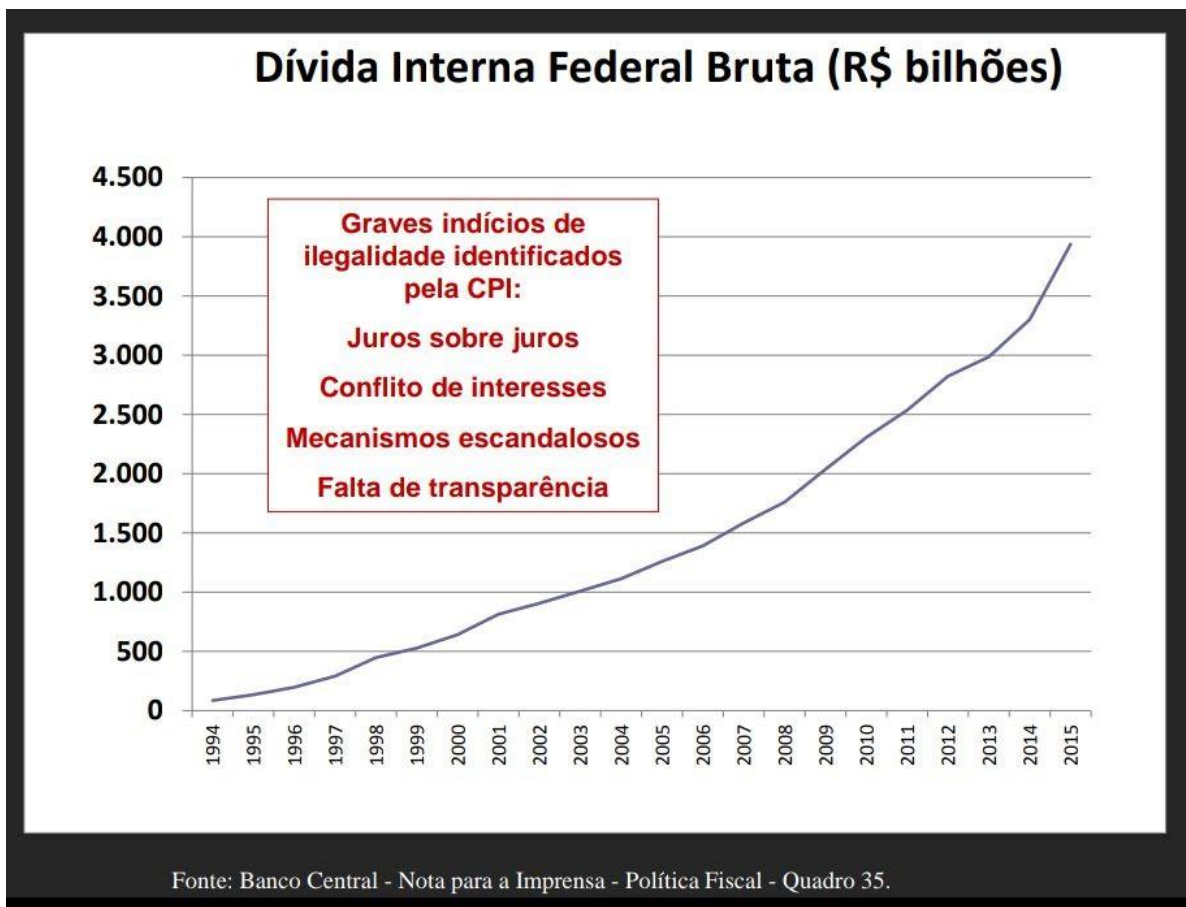
5.1 Dívida pública consome metade do orçamento destinado a saúde

A dívida pública brasileira tem caracterizado um processo de endividamento do Estado junto aos agentes privados, sejam bancos, empresas, indústrias ou fundos de pensão, significando a transferência do fundo público a esses agentes, gerando uma redução considerável dos recursos públicos para o financiamento das políticas sociais. Esse processo tem sido chamado de “Sistema da Dívida”.

Analisando quantitativamente, de acordo com dados pesquisados, percebemos o crescimento da dívida pública e esse crescimento vem alcançando números altos, nessa época a dívida correspondia a praticamente 78% do PIB. Quando comparado aos outros gastos orçamentários, a dívida tem absorvido a parcela mais relevante dos recursos (45,05%), enquanto para a saúde foram destinados 4,07%, para Educação 2,99%, para saneamento 0,02% e Segurança Pública apenas 0,41%. Portanto, observa-se que o sistema da dívida tem significado um comprometimento dos recursos sociais, pois absorve grande parte de recursos que poderiam ser utilizados para o desenvolvimento das políticas sociais, que se veem atualmente passando por um processo de subfinanciamento.



Gráfico 7, neste gráfico veremos o crescimento da dívida pública e seus principais causadores



A figura 7 demonstra algumas das engrenagens que aumenta o poder do sistema financeiro e alimenta esse modo de acumular capital, baseado no sistema de crédito, tem sido a dívida pública gerada sem contrapartida.

PRIVILÉGIOS FINANCEIROS DO "SISTEMA DA DÍVIDA"

- ✓ Juros elevadíssimos mensais e cumulativos
- ✓ Atualização monetária mensal e cumulativa
- ✓ Política de Superávit Primário: cortes de gastos e investimentos sociais, contingenciamentos, congelamentos salariais etc., para priorizar o pagamento dos juros da dívida pública
- ✓ Lucros das estatais
- ✓ Resultado de privatizações
- ✓ DRU – Desvinculação das Receitas da União
- ✓ Desvinculação de recursos específicos de outras áreas (MP 435 e 450)
- ✓ Pagamentos de dívidas de Estados e Municípios à União
- ✓ Emissão de títulos para pagar juros (Desp. Corrente. Fere art. 167 CF)
- ✓ Emissão de títulos para cobrir prejuízos do BC (Direitos sociais NÃO)
- ✓ Ausência de limites para custo da política monetária (LRF não limita)



CONCLUSÃO

O estudo realizado evidenciou que, com a Constituição Federal de 1988, o direito à saúde ganhou lugar de destaque no ordenamento jurídico brasileiro. Assegurado como direito fundamental comum a todos, sem qualquer tipo de distinção, tendo o Estado o dever de assegurá-lo por ser condição vital à existência da vida humana e considerando o princípio da dignidade da pessoa humana, alicerce do Estado Democrático de Direito.

Baseado na noção de justiça social e no combate às desigualdades sociais existentes no país, ao longo da história da saúde no Brasil, muitas lutas foram travadas a fim de implementar um sistema que abrangesse todos os cidadãos, sem discriminação, de forma integral, universal, gratuita e igualitária.

Neste contexto, surgiu em 1990 o Sistema Único de Saúde, considerado atualmente um dos maiores sistemas de saúde do mundo, modelo referenciado internacionalmente. Com isso, a saúde pública brasileira deu um passo muito importante, já que os direitos antes ausentes passaram a ser reconhecidos e cumpridos, abarcando toda a população, oferecendo serviços tanto de atenção primária como aqueles de maior complexidade e de alto custo.

Entretanto, um Estado que chama para si o dever de promover o direito fundamental à saúde a todos os cidadãos, garantindo constitucionalmente o acesso integral, gratuito, universal e igualitário às ações e serviços que visam à proteção, recuperação e promoção da saúde, mas que, por omissão estatal, deixa em desamparo os que mais padecem da prestação efetiva dos serviços de saúde, demonstra ser incoerente.

Por isso, torna-se imperioso exigir do Estado, entendido nas suas três esferas, que cumpra o seu papel constitucional de garantir o acesso ao direito à saúde conforme a ordem constitucional, não permitindo, desta feita, diferenciação de classes, aumentando cada vez mais as desigualdades sociais existentes. Isso depõe não só contra a Constituição Federal brasileira, mas também contra as Declarações, Pactos e Tratados Internacionais de direitos humanos assinados pelo Brasil, e, sobretudo, contra todos os esforços da cidadania brasileira de construir um país mais justo, democrático e com menos desigualdades sociais.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS
CURSO DE BACHARELADO EM DIREITO

DISCIPLINA DE DIREITO TRIBUTÁRIO 2018.1

No geral, podemos destacar que, apesar dos rígidos instrumentos de fiscalização e controle dos orçamentos públicos, percebemos claramente que os gastos com a saúde no Brasil são irrelevantes em relação aos de outros países. Portanto, podemos afirmar que ainda temos muito o que melhorar, pois o Brasil tem todas as possibilidades de ainda ser um país mais equilibrado, mais justo e menos corrupto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

OPAS/OMS (1998) A Saúde no Brasil. OPAS/OMS, Brasília.

MÉDICI, André César (1995) O crescimento dos gastos com saúde e as formas de racionalização. In Economia e financiamento do Setor Saúde no Brasil. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública/USP.

OLIVEIRA, J. ; FLEURY, S.T. (Im) Previdência Social. Petrópolis: Vozes, 1986.

RODRIGUES NETO, Eleutério. A Via do Parlamento. In: FLEURY, Sonia (Ed.). Saúde e Democracia – A luta do Cebes. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.