



DIREITO À SAÚDE E POLÍTICAS PÚBLICAS: DESAFIOS E PERSPECTIVAS PARA A EFETIVIDADE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

RIGHT TO HEALTH AND PUBLIC POLICIES: CHALLENGES AND PERSPECTIVES FOR THE EFFECTIVENESS OF THE UNIFIED HEALTH SYSTEM

Anna Carolina Antunes Madureira¹

RESUMO

O presente artigo tem como objetivo analisar o direito à saúde no Brasil, enfatizando o papel do Sistema Único de Saúde (SUS) como política pública fundamental para a efetivação da cidadania. Parte-se da problemática em compreender de que modo o SUS, enquanto política pública estruturante, tem enfrentado as demandas e desafios contemporâneos para assegurar a efetividade do direito à saúde. Para tanto, abordamos a história e consolidação do direito à saúde no Brasil como expressão de direito social e a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). Em seguida, abordamos a estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS) e o reconhecimento como a mais importante política pública no país. Por fim, abordamos os desafios contemporâneos para a efetivação plena do direito à saúde e identificamos a necessidade de defesa da universalidade no acesso à saúde, sendo esta, um dos pilares para a efetividade do Sistema Único de Saúde (SUS). A pesquisa adota metodologia qualitativa, de caráter exploratório e analítico, fundamentada em revisão bibliográfica e análise documental de artigos acadêmicos e legislações que abordam a temática. Busca-se, assim, contribuir para o debate acerca da saúde como expressão da cidadania e como eixo central das políticas sociais, reafirmando o SUS como pilar da justiça social e da dignidade humana.

Palavras-chave: Saúde. SUS. Políticas Públicas. Direitos Sociais.

ABSTRACT

The present article aims to analyze the right to health in Brazil, emphasizing the role of the Unified Health System (SUS) as a fundamental public policy for the realization of citizenship. The discussion begins with the challenge of understanding how SUS, as a structuring public policy, has addressed contemporary demands and challenges to ensure the effectiveness of the right to health. To this end, we examine the history and consolidation of the right to health in Brazil as an expression of a social right and the implementation of the Unified Health System (SUS). Next, we discuss the structure of SUS and its recognition as the most important public policy in the country. Finally,

¹ Mestranda em Direito e Políticas Públicas. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Email: carolinaantunes@unirio.edu.br.



PPGD
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM DIREITO • UNESC



fapesc
Fundação de Amparo à
Pesquisa e Inovação do
Estado de Santa Catarina

we analyze the contemporary challenges to the full realization of the right to health and highlight the need to defend universality in access to healthcare, which constitutes one of the pillars for the effectiveness of SUS. The research adopts a qualitative methodology, exploratory and analytical in nature, based on bibliographic review and documentary analysis of academic articles and legislation addressing the theme. In doing so, the study seeks to contribute to the debate on health as an expression of citizenship and as a central axis of social policies, reaffirming SUS as a pillar of social justice and human dignity.

Keywords: Health. SUS. Public Policies. Social Rights.

1 INTRODUÇÃO

A saúde, como dimensão central da vida humana, ocupa lugar de destaque no ordenamento jurídico brasileiro e nas políticas públicas que visam assegurar o bem-estar social. No Brasil, a consagração da saúde como direito de todos e dever do Estado foi resultado de um longo processo histórico e político, marcado pela mobilização popular e pelo movimento da Reforma Sanitária.

Nesse contexto, a Constituição de 1988 representou um marco civilizatório ao reconhecer a saúde como direito fundamental e como expressão da cidadania, inaugurando uma nova perspectiva de universalidade e equidade no acesso aos serviços. Este artigo tem como objetivo analisar e apresentar a resposta para o seguinte problema: Como o Sistema Único de Saúde, concebido como política pública fundamental para a efetivação da cidadania, tem enfrentado os desafios históricos e contemporâneos que comprometem a plena realização do direito à saúde no Brasil?

Nossa análise se vale de três eixos principais. Assim, no primeiro tópico, apresentamos a construção histórica do Sistema Único de Saúde (SUS), abordando a complexidade do processo de consolidação da saúde como direito social no Brasil. Em seguida, no segundo tópico, abordamos o processo de inclusão e efetivação do direito à saúde como política pública universal, cuja trajetória é marcada por intensas disputas políticas, mobilizações sociais e iniciativas estatais de higienização. Destacamos que esse percurso histórico evidencia a construção do SUS de forma não linear, sendo fruto de negociações, resistências e conquistas sociais, culminando no



reconhecimento da saúde como expressão concreta da cidadania e direito social indispensável para a garantia da igualdade e do bem-estar da população.

Por fim, no terceiro e último tópico, destacam-se os desafios contemporâneos enfrentados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e as estratégias necessárias para garantir sua efetividade mínima. Entre os principais obstáculos apontamos o subfinanciamento crônico, as desigualdades regionais na oferta de serviços, a complexidade da gestão entre União, estados e municípios, bem como a crescente judicialização da saúde. Sinalizamos que para enfrentar esses desafios, é fundamental fortalecer a universalidade e integralidade do SUS, promovendo equidade e cidadania efetiva para toda a população.

A metodologia adotada neste trabalho é de caráter qualitativo, exploratório e analítico, baseada em revisão bibliográfica de livros, artigos acadêmicos e legislações que abordam a problemática estudada. O marco teórico, fundamenta-se no conceito de saúde, como direito social, cujas raízes estão nos estudos de seguridade social e nas discussões sobre Estado de bem-estar, destacando-se como elemento central para a garantia da cidadania. A literatura aponta que, para garantir efetividade mínima, é fundamental fortalecer mecanismos de governança, promover políticas de equidade e assegurar o protagonismo da sociedade civil na fiscalização e controle social.

Por fim, este trabalho tem como objetivo analisar a construção histórica do SUS e a consagração da saúde como direito fundamental, examinar sua estrutura institucional como política pública e discutir os desafios contemporâneos que ameaçam sua efetividade, destacando, ainda, as perspectivas de fortalecimento do sistema para o futuro.

2 A CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E O DIREITO À SAÚDE COMO EXPRESSÃO DE CIDADANIA

Muito embora a saúde figure como direito humano fundamental e esteja expressamente prevista na Constituição Federal de 1988, a sua consolidação como direito social no Brasil resultou de uma trajetória histórica marcada por disputas



políticas, lutas sociais, iniciativas de higienização e até mesmo pelo uso da força policial, até alcançar o reconhecimento enquanto política pública estruturante.

Fato é que, no Brasil, a saúde nem sempre foi concebida como um direito ou dever social. Até o início do século XX, era predominantemente tratada sob uma perspectiva filantrópica e assistencialista, vinculada à caridade. Essa herança, fruto da colonização e da ausência de políticas estruturadas, deixou marcas profundas que ainda acompanham os direitos hoje reconhecidos como sociais e coletivos².

Uma das consequências iniciais do Brasil-Colônia era a ausência de médicos, influenciando a propagação dos denominados boticários. Na época os boticários eram os farmacêuticos da época, cuja competência era a manipulação dos medicamentos receitados pelos médicos. Todavia, em razão da presença, por exemplo no Rio de Janeiro de apenas quatro médicos exercendo a profissão, os boticários faziam a função de diagnóstico da doença e confecção dos medicamentos manipulados.

Com forte influência do militarismo associado à chegada de Dom João VI, e uma preocupação com a saúde da corte, em 1808 cria-se a primeira organização nacional de saúde pública no Brasil. Fruto disto, também se inaugura a primeira Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro foi criada em 1808, vinculada ao Hospital Militar. Com a Proclamação da República, instaura-se um modelo estatal marcado pelo fortalecimento do capitalismo nascente e pelo controle político exercido pelo coronelismo.

A disputa por poder e terras tornou-se o cenário central no Brasil, em especial no Rio de Janeiro, trazendo reflexos em toda a população. Nesse contexto, a preocupação sanitária, como o combate às pragas e à disseminação de doenças, somente ganhou relevância na agenda política à medida que passou a ameaçar a ordem econômica, a produtividade da mão de obra e a própria estabilidade do poder vigente.

² POLIGNANO, Marcus Vinícius. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. *Cadernos do Internato Rural – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais*, v. 35, 2001, p. 3. Disponível em: www.medicina.ufmg.br/internatorural/arquivos/mimeo23p.pdf. Acesso em: 17 ago. 2025.



Em razão disto, no início do século XX, algumas cidades do Brasil, apresentavam cenários alarmantes. Todavia, a cidade do Rio de Janeiro tornou-se alvo de reformas sanitárias, justamente por ser na época a capital da República. As mudanças propostas eram contrárias aos interesses políticos e econômicos daquele tempo, mas para manter o crescimento econômico do país, era necessário manter uma população saudável e com capacidade produtiva.

Iniciou-se campanhas de saúde no Rio de Janeiro, que na época sofria com a epidemia da peste bubônica³. Conhecida como “febre do rato”, a doença bacteriana transmitida por pulgas de roedores ganhou proporções alarmantes em razão da expansão habitacional e do adensamento urbano. A entrada constante de embarcações pelos portos do Rio de Janeiro e de São Paulo favoreceu a proliferação dos ratos, deixando as cidades em estado de alerta diante da ameaça epidêmica. Somado a isso, casos de febre amarela assolavam o Rio de Janeiro.

O Presidente Rodrigues Alves, criou o Serviço de Saúde Pública, sob a liderança de Oswaldo Cruz, médico e sanitarista renomado. Em 1904, visando controlar a varíola, Oswaldo Cruz implementou campanhas de vacinação obrigatória, que incluíam visitas domiciliares forçadas e aplicação compulsória da vacina. Essas medidas, embora cientificamente corretas e voltadas à proteção da população, chocaram-se com a população pobre e ignorante das novas práticas sanitárias, que enxergava essas ações como invasivas, autoritárias e humilhantes⁴.

A resistência culminou na Revolta da Vacina, um movimento popular de revolta urbana, marcado por protestos, tumultos e confrontos com a polícia,

³ “(...) Em 21 de maio de 1900, há 115 anos, foi declarada uma epidemia de peste bubônica no Rio de Janeiro. Os primeiros casos foram observados em janeiro, principalmente entre moradores da zona portuária e trabalhadores de armazéns, ou seja, a população mais pobre da cidade. De acordo com Matheus Alves Duarte da Silva, mestrando em História Social na USP que desenvolve pesquisa sobre as epidemias de peste bubônica no Brasil, ocorreram diversas epidemias de peste bubônica no Rio. Elas geralmente começavam em maio e terminavam em março do ano seguinte. Na epidemia de 1900, foram contabilizados 295 mortos.” *Revista História, Ciência e Saúde – Manguinhos* (FIOCRUZ). Disponível em: <https://revistahcsm.coc.fiocruz.br/ha-115-anos-epidemia-de-pesto-no-rio/>. Acesso em: 17 ago. 2025.

⁴ POLIGNANO, Marcus Vinícius. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. *Cadernos do Internato Rural – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais*, v. 35, 2001, p. 4-5. Disponível em: www.medicina.ufmg.br/internatorural/arquivos/mimeo23p.pdf. Acesso em: 17 ago. 2025.



demonstrando o conflito entre as políticas de saúde pública emergentes e a percepção popular de autoridade e liberdade individual.

Apesar da insatisfação da população, o modelo hegemônico permitiu a intervenção na área de saúde pública durante décadas. Como fruto disto, foi possível organizar a diretoria geral de saúde pública e o instituto soroterápico federal, posteriormente transformado no Instituto Oswaldo Cruz⁵.

Em 1920, a política de saúde no Brasil passou por uma significativa reestruturação. Conforme Polignano (2001, p. 5), Carlos Chagas, sucessor de Oswaldo Cruz, reorganizou o Departamento Nacional de Saúde, que à época estava vinculado ao Ministério da Justiça, e incorporou a propaganda e a educação sanitária como práticas rotineiras de ação, superando o modelo anterior de caráter fiscal e policial.

Nesse período, foram criados órgãos especializados no combate à tuberculose, à lepra e às doenças venéreas; houve destaque para a assistência hospitalar, infantil e à higiene industrial; ampliaram-se as iniciativas de saneamento para além do Rio de Janeiro; e foi fundada a Escola de Enfermagem Anna Nery.

Muito além da preocupação com a saúde, o Brasil enfrentava problemas com as condições de trabalho que afetavam diretamente as condições de saúde e produtividade dos trabalhadores. A partir de então, a seguridade social começa a ganhar novos contornos diretamente ligadas à proteção da saúde do trabalhador. Paralelamente às questões sanitárias, surgiram os primeiros instrumentos de proteção social, embora limitados.

Fruto do movimento operário, em 1920 surge as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPS), criadas pelos trabalhadores para garantir proteção na velhice e na doença, por intermédio da Lei Eloi Chaves⁶.

A Lei Eloy Chaves⁷ (1923) criou o Instituto de Aposentadoria e Pensões para os Ferroviários, que é considerada a primeira experiência de previdência social

⁵ *Idem*, p.5-6.

⁶ WESTIN, Ricardo. Primeira lei da Previdência, de 1923, permitia aposentadoria aos 50 anos. Senado Notícias, Brasília, 3 jun. 2019. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/especiais/arquivo-s/primeira-lei-da-previdencia-de-1923-permitia-aposentadoria-aos-50-anos>. Acesso em: 17 ago. 2025.

⁷ BRASIL. Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923. Institui a Caixa de Aposentadorias e Pensões dos empregados das empresas ferroviárias. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 24 jan. 1923.



no Brasil. Ela não era universal; abrangia apenas ferroviários (funcionários das empresas ferroviárias privadas ou estatais). Posteriormente, alguns servidores públicos foram incluídos em regimes próprios de aposentadoria. Ou seja, não contemplava trabalhadores urbanos em geral nem setores privados fora das ferrovias, sendo uma previdência setorial e limitada.

Conforme menciona Polignano (2001, p. 7), a legislação previdenciária inicial apresentava algumas peculiaridades relevantes. Em primeiro lugar, sua aplicação destinava-se apenas ao operariado urbano, uma vez que, para aprovação no Congresso Nacional, dominado pela oligarquia rural, foi imposta a condição de exclusão dos trabalhadores rurais, situação que se manteve até a criação do FUNRURAL na década de 1960. Além disso, as caixas de aposentadoria e pensão deveriam ser organizadas por empresas, e não por categorias profissionais. Por fim, a instituição de uma CAP não ocorria de forma automática, dependendo da mobilização e organização dos trabalhadores de determinada empresa.

Diante do descontentamento social, resultante do fato de que a proteção previdenciária atendia apenas a determinados segmentos da população, e agravado pelos impactos da crise econômica de 1929, o governo de Getúlio Vargas adotou uma postura expansionista em relação às políticas sociais⁸.

Nesse contexto, promoveu a ampliação da cobertura previdenciária por meio da criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), contemplando diferentes categorias de trabalhadores urbanos e consolidando os primeiros mecanismos de previdência social no país. Esse movimento preparou o terreno para a instituição da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), em 1943, que estabeleceu direitos trabalhistas e previdenciários mais amplos, reforçando a ideia de proteção social vinculada à atividade laboral⁹.

Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1920-1929/D4682.htm. Acesso em: 17 ago. 2025.

⁸ POLIGNANO, Marcus Vinícius. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. *Cadernos do Internato Rural – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais*, v. 35, 2001, p. 9. Disponível em: www.medicina.ufmg.br/internatorural/arquivos/mimeo23p.pdf. Acesso em: 17 ago. 2025.

⁹ *Idem*, p.9-10.



Outro marco foi a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública em 1930, que centralizou e fortaleceu a atuação do Estado na área da saúde e da educação. Contudo, essa centralização acabou gerando efeitos perversos na alocação de recursos públicos. Verbas destinadas à saúde e à educação, muitas vezes, foram desviadas para setores estratégicos do governo, como obras de infraestrutura, controle político regional e setores militares, comprometendo a efetiva execução das políticas sociais. Essa redistribuição desigual de recursos provocou a ineficácia de programas de saúde pública, deixando diversas regiões urbanas e rurais vulneráveis a epidemias e carências sanitárias.

O desvio de recursos e a priorização de setores estratégicos resultaram em insatisfação popular e críticas à administração centralizada, evidenciando a tensão entre a ambição do Estado de controlar e expandir suas funções e a necessidade de atender adequadamente às demandas sociais. Ao mesmo tempo, o controle rígido sobre as finanças públicas limitou a autonomia dos municípios e reforçou desigualdades regionais, agravando problemas históricos de acesso à saúde e à previdência¹⁰.

Esse contexto culminou em uma crise financeira e social, na qual a centralização, em vez de promover eficiência, gerou congestionamento administrativo, desvio de recursos e atraso na implementação de políticas fundamentais.

Em 1953, separou-se a pasta da saúde e educação, criando-se o Ministério da Saúde, sendo marco na institucionalização da saúde pública no Brasil, com um órgão exclusivo para planejar, coordenar e implementar políticas de saúde em âmbito nacional, preparando o caminho para a consolidação do sistema de saúde que mais tarde se tornaria o SUS¹¹.

Fruto das falhas na prestação do Estado e no desvio do objetivo democrático, ocorre a queda de Getúlio Vargas em 1954. A partir de então, o Brasil entrou em um período marcado por sucessivos governos que tentaram expandir e consolidar políticas sociais, incluindo a saúde pública.

¹⁰ *Idem*, p.12-13.

¹¹ ARBOZA, Nilton Anderson Santos; RÊGO, Tatiane Dias de Moraes; BARROS, Thayane de Moraes Rêgo Ribeiro Pinto. A história do SUS no Brasil e a política de saúde. *Brazilian Journal of Development*, Curitiba, v. 6, n. 11, p. 84972-84973, nov. 2020. ISSN 2525-8761



PPGD
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM DIREITO • UNESC



fapesc
Fundação de Amparo à
Pesquisa e Inovação do
Estado de Santa Catarina

Durante esse período, houve esforços para melhorar a cobertura sanitária e implementar programas de assistência médica em áreas urbanas e rurais, refletindo uma preocupação crescente com a saúde como direito social. No entanto, essas iniciativas esbarravam em limitações orçamentárias, burocracia insuficiente e desigualdades regionais persistentes, mantendo parte significativa da população sem acesso adequado aos serviços de saúde.

Esse cenário de fragilidade institucional e de dificuldades na implementação das políticas públicas contribuiu, de forma indireta, para a instabilidade política que culminou no golpe militar de 1964, quando o Estado passou a reorganizar a gestão da saúde de maneira centralizada e autoritária, priorizando o controle técnico-administrativo sobre a universalização do atendimento, perpetuando desafios estruturais na área sanitária¹².

Conforme destacam Barboza, Rêgo e Barros (2020, p. 84973), em 1964, com a nomeação de Raymundo de Brito como ministro da Saúde e a ascensão dos militares ao poder, buscou-se estruturar um Plano Nacional de Saúde alinhado às diretrizes da III Conferência Nacional de Saúde. Posteriormente, com a Reforma Administrativa Federal de 1967, definiu-se que caberia ao Ministério da Saúde a formulação e coordenação da Política Nacional de Saúde, fixando-se como áreas de competência a política de saúde, as atividades médicas e paramédicas, a ação preventiva em geral, a vigilância sanitária de fronteiras, portos e aeroportos, o controle de drogas, medicamentos e alimentos, além da pesquisa médico-sanitária.

O período compreendido entre o golpe militar de 1964 e o início da redemocratização nos anos 1980 foi marcado por forte centralização do Estado e reorganização autoritária das políticas públicas no Brasil. No campo da saúde, as decisões eram fortemente controladas pelo governo federal, com prioridade à eficiência administrativa e à proteção de setores estratégicos, enquanto grande parte da população permanecia sem acesso adequado aos serviços de saúde.

As políticas sociais implementadas nesse período refletiam os interesses do regime militar, sendo caracterizadas por centralização, tecnocracia e limitações

¹² *Idem*, p. 84974.



orçamentárias, que dificultavam a universalização do atendimento e a ampliação de programas de saúde preventiva.¹³

No campo da previdência social, o Estado continuou a expandir gradualmente os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) para diferentes categorias de trabalhadores urbanos, mas o acesso permanecia restrito, evidenciando desigualdades estruturais. Apesar de algumas conquistas, como a Consolidação da Legislação Trabalhista (CLT), as classes trabalhadoras não conseguiam influenciar substancialmente a ordem econômica, obtendo avanços principalmente no campo da organização política, mas enfrentando limitações na redistribuição econômica e social¹⁴.

Durante a década de 1970, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), observou-se a redução progressiva da participação social na gestão da previdência. Conforme apontam Paiva e Teixeira (2014, p. 18), o órgão passou a priorizar a contratação de serviços privados para atender seus beneficiários e adotou o modelo de remuneração por unidade de serviço (US), que acabou estimulando práticas de corrupção, a realização excessiva de procedimentos médicos desnecessários e a inviabilização de um planejamento adequado das ações de saúde.

No início dos anos 1980, a pressão por democratização e participação social começou a se intensificar. Profissionais de saúde, entidades de classe e movimentos sociais começaram a articular-se em torno de propostas que buscavam maior inclusão da população na tomada de decisões sobre políticas públicas.

No início da década de 1980, surgiram novas iniciativas que deram maior visibilidade às questões de saúde. Paiva e Teixeira (2014, p. 24) destacam a realização do primeiro Simpósio sobre Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados e da sétima Conferência Nacional de Saúde em março de 1980, eventos que promoveram a troca de informações entre profissionais de saúde e fortaleceram a relação com as instâncias estaduais. O foco dessas iniciativas era a ampliação das

¹³ POLIGNANO, Marcus Vinícius. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. *Cadernos do Internato Rural – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais*, v. 35, 2001, p. 14. Disponível em: www.medicina.ufmg.br/internatorural/arquivos/mimeo23p.pdf. Acesso em: 17 ago. 2025.

¹⁴ *Idem*, p.14-15.



ações de saúde por meio de serviços básicos, refletindo a convergência entre os interesses dos sanitaristas, a expansão da cobertura promovida pelo governo e os princípios das agências internacionais

Esse movimento culminou na realização da sexta, sétima e oitava Conferência Nacional de Saúde, que abriu espaço para debates sobre a universalização do atendimento, a participação popular e a democratização da gestão em saúde, preparando o terreno para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) na década seguinte¹⁵.

Em específico em 1986 inicia-se o denominado movimento sanitário que antecipava a criação do Sistema Único de Saúde.

A promulgação da Constituição Federal de 1988 representou um marco histórico na institucionalização dos direitos sociais no Brasil, declarando que é dever do Estado garantir a saúde a toda a população. Esse dispositivo consolidou a saúde como um direito fundamental, colocando a proteção da vida e o bem-estar da população como prioridade do poder público. Ao reconhecer a saúde como direito universal, a Constituição abriu caminho para a criação de políticas estruturantes, destinadas a superar as desigualdades históricas de acesso aos serviços de saúde.

Paralelamente, as bases para a saúde pública começaram a se expandir, culminando, décadas depois, na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que institucionalizou o acesso universal e equitativo à saúde como direito social, transcendendo as limitações das políticas setoriais anteriores.

Em cumprimento aos princípios constitucionais, foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS), um modelo de gestão pública destinado a oferecer atenção integral, universal e equânime à população. Para regulamentar seu funcionamento, o Congresso Nacional aprovou, em 1990, a Lei nº 8.080, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, que detalha a organização, os objetivos e as competências do SUS, estabelecendo diretrizes claras para a gestão descentralizada e participativa da saúde pública no Brasil.

¹⁵ ARBOZA, Nilton Anderson Santos; RÉGO, Tatiane Dias de Moraes; BARROS, Thayane de Moraes Rêgo Ribeiro Pinto. *A história do SUS no Brasil e a política de saúde*. Brazilian Journal of Development, Curitiba, v. 6, n. 11, p. 84974, nov. 2020. ISSN 2525-8761.



Importante destacar que o SUS não surgiu de forma isolada, mas como resultado de um processo histórico de lutas, mobilização social e participação política, envolvendo profissionais de saúde, movimentos sociais, acadêmicos e diversas entidades de classe. A construção desse sistema evidencia a importância da articulação entre sociedade civil e Estado, destacando que a efetivação do direito à saúde depende de esforços coletivos e contínuos para assegurar a universalidade, a integralidade e a equidade na prestação de serviços públicos de saúde.

3 A ESTRUTURA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SUA CONSOLIDAÇÃO COMO POLÍTICA PÚBLICA NO BRASIL

A concepção de seguridade social delineada no Brasil, no contexto da Constituição de 1988, refletiu uma proposta inovadora de universalização da proteção social, alinhada aos princípios de um Estado de bem-estar social. Ao buscar integrar saúde, assistência social e previdência em um mesmo sistema, o projeto não apenas rompeu com a lógica fragmentada e excludente que vigorava até então, mas também estabeleceu novas bases de financiamento que permitiram a inclusão de toda a população residente no país. Esse desenho institucional representou, portanto, um marco no processo de redemocratização, ao consagrar a cidadania como critério de acesso às políticas sociais¹⁶.

De forma específica e em capítulo próprio na Constituição de 1988¹⁷, a saúde foi concebida expressamente como direito à cidadania. Muito mais do que expressão do direito coletivo, a saúde passou a ser um compromisso expresso do Estado com a vida e o respeito à dignidade da pessoa humana.

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).

¹⁶ BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. Seguridade Social no Brasil. *Revista do Serviço Público*, Brasília, ano 49, n. 3, p. 101, jul./set. 1998.

¹⁷ BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 17 ago. 2025.



Enquadrado como direito de 2ª Dimensão, indo além da mera prestação, mas também jurídicas adequadas à promoção e proteção da saúde, passa a compor o rol dos direitos fundamentais sociais que compõe o mínimo existencial¹⁸.

Segundo Novelino (2020, p. 894), a Constituição determina que os poderes públicos adotem políticas sociais e econômicas tanto preventivas quanto reparativas, como a redução de riscos de doenças e outros agravos. O princípio do acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, como desdobramento da isonomia prevista no art. 5º da Constituição Federal, impõe ao Estado o dever de garantir prestações materiais e jurídicas adequadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde de todos, independentemente da condição econômica do indivíduo.

De acordo com Sarlet (2009, p. 60), os direitos fundamentais devem ser compreendidos não apenas como instrumentos de defesa da liberdade individual, mas também como elementos integrantes da ordem jurídica objetiva, compondo um sistema de valores que fundamenta todo o ordenamento jurídico. Nessa perspectiva, a dimensão valorativa desses direitos está diretamente vinculada à sua função e relevância em um Estado de Direito que pretenda efetivamente se afirmar como tal.

Do mesmo modo, a Constituição de 1988 previu expressamente a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo que as ações e serviços públicos de saúde devem compor uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada a partir de diretrizes como a descentralização administrativa, o atendimento integral com prioridade para a prevenção e a participação da comunidade (CF, art. 198).

Todavia, a sua regulamentação somente ocorreu em 1990, por meio da lei Orgânica da Saúde, Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990¹⁹ e meses depois a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as

¹⁸ NOVELINO, Marcelo. Curso de Direito Constitucional. 15. ed. rev., ampl. e atual. Salvador: Juspodivm, 2020. p.894.

¹⁹ BRASIL. 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. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 set. 1990.



PPGD
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM DIREITO • UNESC



fapesc
Fundação de Amparo à
Pesquisa e Inovação do
Estado de Santa Catarina

transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde fora regulamentado pela lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990²⁰.

Segundo Polignano (2001, p. 22), o texto constitucional evidencia que a concepção do Sistema Único de Saúde foi construída a partir de um modelo voltado às necessidades da população, reafirmando o compromisso do Estado com o bem-estar social, em especial com a saúde coletiva, e consolidando-o como direito de cidadania. Essa formulação refletia o contexto político da época, marcado pela transição democrática após o regime militar e pelo movimento das Diretas Já, no qual a sociedade buscava assegurar na nova Constituição os direitos e valores da democracia e da cidadania.

Além de assegurar a proteção contra riscos sociais, a seguridade social assumiu um caráter distributivo, funcionando como instrumento de justiça social. O sistema passou a articular políticas que não se limitavam à compensação de vulnerabilidades, mas que também se propunham a reduzir desigualdades históricas, especialmente no campo da saúde, marcado por profundas disparidades regionais e socioeconômicas. Essa perspectiva, de forte inspiração na lógica de direitos, conferiu ao arranjo normativo um sentido gradual de reforma social, capaz de reconfigurar o papel do Estado frente às demandas da população²¹.

Sob a ótica político-institucional, a aceitação e consolidação do conceito de seguridade social possibilitou a construção de um espaço ampliado e legítimo dentro da estrutura estatal para as três áreas envolvidas. Tratados em conjunto, saúde, previdência e assistência social ganharam densidade normativa e institucionalidade, permitindo avanços significativos na elaboração de políticas públicas universais e integradas. Essa conformação demonstrou que a seguridade social, mais do que um conjunto de políticas setoriais, constituiu-se como um eixo estruturante de cidadania e inclusão social no Brasil.

²⁰ BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 31 dez. 1990.

²¹ BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. *Op. cit.*, p.101.



Em decorrência da lei do SUS, foi criada a Fundação Nacional de Saúde (Funasa), cujo foco principal era promover controle e prevenção de doenças, ter por base os princípios e diretrizes expressamente trazidos pela Lei Orgânica da Saúde, ampliando o controle das epidemias como fator primordial em todas as esferas do sistema, bem como incentivando a construção de políticas públicas em toda a rede do SUS²².

Com o arcabouço legislativo, a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), fruto da mobilização do movimento da Reforma Sanitária e consagrado pela Constituição Federal de 1988, consolidou a saúde como uma verdadeira política pública no Brasil. Todavia, apesar de muito bem estruturada a legislação, até os dias atuais o Estado encontra desafios para o efetivo implemento do SUS como uma política pública universal e estruturante.

4 DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS E PERSPECTIVAS PARA A EFETIVIDADE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O reconhecimento do SUS como política pública reformula a concepção do direito e acesso à saúde, ultrapassando a mera ausência de doenças, vinculando-se diretamente à noção de bem-estar físico, mental e social, indispensável para a construção de uma sociedade justa e democrática.

Neste sentido, não se trata apenas de oferecer tratamento para agravos já instalados, mas de garantir condições adequadas de vida que possibilitem a todos os indivíduos o exercício pleno da cidadania. A carência de saúde e de bem-estar compromete a autonomia e a capacidade de participação ativa dos sujeitos na vida social, política e econômica, gerando desigualdades que enfraquecem os próprios fundamentos da democracia²³.

²² TEIXEIRA, Maria Glória; COSTA, Maria da Conceição Nascimento; CARMO, Eduardo Hage; OLIVEIRA, Wanderson Kleber de; PENNA, Gerson Oliveira. Vigilância em Saúde no SUS: construção, efeitos e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1813, jun. 2018.

²³ LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; GIOVANELLA, Lígia. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho de; CARVALHO, Antonio Ivo (orgs.). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 93. DOI: <https://doi.org/10.7476/9788575413494>.



PPGD
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM DIREITO • UNESC



fapesc
Fundação de Amparo à
Pesquisa e Inovação do
Estado de Santa Catarina

Sob essa perspectiva, a saúde não pode ser reduzida à lógica mercantil, em que o acesso aos serviços e bens de cuidado seja condicionado à capacidade de pagamento individual. A adoção de uma visão mercadológica desvirtua o caráter universal do direito à saúde, transformando-o em privilégio restrito a determinados grupos sociais. Em contrapartida, a saúde deve ser compreendida como uma responsabilidade compartilhada entre Estado e sociedade, o que implica em políticas públicas solidárias, universais e equitativas. Trata-se, portanto, de um bem público que não deve se sujeitar à lógica do lucro, mas à efetivação do princípio da dignidade humana²⁴.

O direito à cidadania constitui-se como fundamento essencial da igualdade entre todos os membros de uma comunidade política. Nesse contexto, a universalidade expressa justamente a indistinção entre os cidadãos, garantindo que nenhum indivíduo seja excluído do acesso a direitos básicos, como a saúde. Essa perspectiva rompe com visões seletivas ou excludentes, reafirmando a saúde como um bem coletivo e inerente à condição humana.

A noção de prestação pública surge como consequência direta da cidadania, sustentando a ideia de que a saúde não pode ser tratada como mercadoria, sujeita a dinâmicas de mercado ou à capacidade individual de pagamento. Por essa razão, o Estado assume papel central na organização, regulação e provisão dos serviços de saúde, de modo a assegurar tanto o acesso universal quanto a proteção contra práticas que comprometam o bem-estar coletivo.

Não por acaso, os países que alcançaram melhores indicadores sanitários são aqueles que estruturaram sistemas de saúde universais, públicos e baseados em modelos de financiamento solidário. Esses sistemas, ao priorizarem a equidade e a responsabilidade compartilhada, demonstram que o fortalecimento da saúde pública é condição indispensável para a efetivação da cidadania e para a construção de sociedades mais justas e democráticas.²⁵

²⁴ *Idem*, p.93-94.

²⁵ *Idem*, p.95.



Fato que, mais de 30 anos de vigência da lei orgânica da saúde encontra lacunas entre a realidade formal e vivência prática, passando por desafios crescentes com a necessidade populacional.

Hogemann (2020, p. 107) destaca que o princípio do impedimento ao retrocesso estabelece que, uma vez concretizados legalmente os direitos sociais, o legislador não pode eliminá-los sem oferecer alternativas ou formas de compensação. Esse dever de proteção deve ser assegurado tanto pela administração pública quanto pelo poder judiciário. No contexto dos contratos privados de saúde, tal princípio implica que as operadoras de planos de saúde não podem restringir benefícios, direta ou indiretamente, de forma a prejudicar o usuário sem garantir o correspondente benefício.

Mesmo diante do discurso protecionista e de vedação ao retrocesso, o Sistema de Saúde enfrenta problemas, como falta de recursos adequados para atender à demanda crescente da população. O financiamento insuficiente compromete a qualidade do atendimento, a manutenção de equipamentos, a contratação de profissionais e a expansão de programas de prevenção e atenção básica.

Existem grandes diferenças na oferta e na qualidade dos serviços de saúde entre regiões, estados e municípios. Enquanto algumas capitais contam com hospitais e tecnologia de ponta, áreas rurais ou periferias urbanas sofrem com carência de médicos, leitos e equipamentos. Do mesmo modo, problemas de gestão e governança atrapalham a efetividade e acesso à universalidade do direito, desencadeando no aumento de processos judiciais para obtenção de medicamentos, tratamentos ou procedimentos específicos impacta o orçamento e altera prioridades do sistema. Embora represente a defesa de direitos individuais, a judicialização pode gerar desequilíbrios na gestão pública.

O aumento de doenças não transmissíveis (como diabetes, hipertensão e câncer) e o envelhecimento da população ampliam a demanda por serviços contínuos e especializados, exigindo reorganização do sistema e investimentos em atenção primária e prevenção. Como evidenciado pela COVID-19, o SUS precisa lidar com emergências sanitárias imprevisíveis, exigindo rápida mobilização de recursos,



PPGD
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM DIREITO • UNESC



fapesc
Fundação de Amparo à
Pesquisa e Inovação do
Estado de Santa Catarina

coordenação entre esferas de governo e estratégias de prevenção e contenção de surtos.

Diante disso, fica clara a importância da defesa da universalidade no acesso à saúde, constituindo um princípio central para a efetividade do Sistema Único de Saúde (SUS), pois se contrapõe às estratégias de focalização típicas das reformas neoliberais. Tais reformas, ao limitar a intervenção governamental apenas aos grupos mais vulneráveis, acabam por segmentar a cobertura e restringir o acesso a serviços essenciais, fragilizando o direito à saúde como um bem público e universal²⁶.

A universalidade promove a inclusão de todos os indivíduos, garantindo que cada cidadão tenha acesso aos serviços de saúde independentemente de sua condição socioeconômica. Sistemas de saúde construídos para toda a população tendem a ser mais equitativos, já que reduzem desigualdades estruturais e proporcionam condições semelhantes de atendimento em diferentes regiões e contextos sociais. A ampliação da cobertura universal permite, assim, que políticas preventivas e de promoção da saúde alcancem todos os grupos, evitando a concentração de investimentos apenas em casos de maior vulnerabilidade²⁷.

Dessa forma, a consolidação de sistemas universais e públicos oferece uma perspectiva positiva para a efetividade do SUS, pois fortalece a equidade e a justiça social. Ao priorizar a saúde como um direito de todos, o Estado se torna protagonista na promoção do bem-estar coletivo, garantindo mecanismos de proteção e prevenindo que políticas segmentadas aprofundem desigualdades. A universalidade, portanto, não apenas assegura acesso, mas também potencializa a qualidade e a integralidade dos serviços de saúde oferecidos à população.

²⁶ LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; GIOVANELLA, Lígia. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho de; CARVALHO, Antonio Ivo (orgs.). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 116-117. DOI: <https://doi.org/10.7476/9788575413494>.

²⁷ *Idem*, p.117.



5 CONCLUSÃO

O presente estudo evidencia que o Sistema Único de Saúde (SUS) constitui um dos pilares mais significativos da cidadania no Brasil, sendo essencial para garantir o direito à saúde como direito social. A análise histórica demonstra que a Reforma Sanitária e a Constituição de 1988 foram marcos fundamentais para consolidar o caráter universal, integral e equânime do sistema, estabelecendo responsabilidades claras do Estado na proteção da saúde da população.

Apesar de sua base constitucional sólida, o SUS enfrenta desafios concretos que comprometem a plena efetividade de seus objetivos. Limitações orçamentárias, desigualdades regionais e tensões políticas configuram barreiras estruturais que dificultam a implementação uniforme de políticas de saúde em todo o território nacional. Esses obstáculos evidenciam a necessidade de aperfeiçoamento contínuo do sistema, para que os princípios de universalidade e equidade deixem de ser apenas ideais normativos e se traduzam em práticas efetivas.

A pesquisa também aponta que, apesar das limitações, o SUS permanece como o principal instrumento de promoção da cidadania social no país. A articulação entre políticas públicas, participação social e gestão democrática é indispensável para fortalecer o sistema, garantindo que a população tenha acesso pleno a serviços de saúde de qualidade. Essa combinação de fatores representa um caminho estratégico para a consolidação de um modelo de saúde inclusivo e sustentável.

Reforçamos ainda, a compreensão sobre os impasses contemporâneos do SUS. Esses referenciais permitem interpretar criticamente tanto as fragilidades estruturais e gerenciais do sistema quanto as oportunidades de aprimoramento normativo, destacando a centralidade do direito à saúde como expressão da cidadania.

Desta forma, o estudo contribui para o debate sobre a saúde como expressão de cidadania, destacando que a proteção social em saúde deve ser entendida não apenas como prestação de serviços, mas como instrumento de justiça social e dignidade humana. A efetivação do direito à saúde depende, portanto, do



PPGD
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM DIREITO • UNESC



fapesc
Fundação de Amparo à
Pesquisa e Inovação do
Estado de Santa Catarina

fortalecimento institucional do SUS, do compromisso político e da participação ativa da sociedade civil.

Por fim, conclui-se que o SUS, mesmo diante de obstáculos contemporâneos, mantém seu papel central na promoção da equidade e na consolidação de políticas sociais inclusivas. O futuro do sistema dependerá da capacidade de enfrentar desafios estruturais, da implementação de estratégias inovadoras de gestão e da contínua valorização do direito à saúde como elemento inseparável da cidadania no Brasil.

REFERÊNCIAS

ARBOZA, Nilton Anderson Santos; RÊGO, Tatiane Dias de Moraes; BARROS, Thayane de Moraes Rêgo Ribeiro Pinto. A história do SUS no Brasil e a política de saúde. *Brazilian Journal of Development*, Curitiba, v. 6, n. 11, p. 84974, nov. 2020. ISSN 2525-8761.

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. Seguridade social no Brasil. *Revista do Serviço Público*, Brasília, ano 49, n. 3, p. 101, jul./set. 1998.

BRASIL. Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923. Institui a Caixa de Aposentadorias e Pensões dos empregados das empresas ferroviárias. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 24 jan. 1923. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1920-1929/D4682.htm. Acesso em: 17 ago. 2025.

BRASIL. 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. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 31 dez. 1990.

HOGEMANN, Edna Raquel. Repensando o direito à saúde no Brasil: aspectos críticos e desafios postos diante de um cenário de pandemia. *Revista Interdisciplinar de Direito*, v. 18, n. 1, p. 97–119, 2020. DOI: <https://doi.org/10.24859/fdv.2020.1.005>. Acesso em: 17 ago. 2025.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; GIOVANELLA, Lígia. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho de;



CARVALHO, Antonio Ivo (orgs.). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 116-117. DOI: <https://doi.org/10.7476/9788575413494>. Acesso em: 17 ago. 2025.

NOVELINO, Marcelo. *Curso de Direito Constitucional*. 15. ed. rev., ampl. e atual. Salvador: Juspodivm, 2020. p. 894.

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.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. *Cadernos do Internato Rural – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais*, v. 35, 2001, p. 3. Disponível em: www.medicina.ufmg.br/internatorural/arquivos/mimeo23p.pdf. Acesso em: 17 ago. 2025.

TEIXEIRA, Maria Glória; COSTA, Maria da Conceição Nascimento; CARMO, Eduardo Hage; OLIVEIRA, Wanderson Kleber de; PENNA, Gerson Oliveira. Vigilância em Saúde no SUS: construção, efeitos e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1811-1818, jun. 2018.

WESTIN, Ricardo. Primeira lei da Previdência, de 1923, permitia aposentadoria aos 50 anos. *Senado Notícias*, Brasília, 3 jun. 2019. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/especiais/arquivo-s/primeira-lei-da-previdencia-de-1923-permitia-aposentadoria-aos-50-anos>. Acesso em: 17 ago. 2025.

Revista História, Ciência e Saúde – Manguinhos (FIOCRUZ). Disponível em: <https://revistahcsm.coc.fiocruz.br/ha-115-anos-epidemia-de-pesto-no-rio/>. Acesso em: 17 ago. 2025.