

# **IV ENCONTRO VIRTUAL DO CONPEDI**

**DIREITO E SAÚDE**

**JANAÍNA MACHADO STURZA**

**SANDRA MARA MACIEL DE LIMA**

**SIMONE LETÍCIA SEVERO E SOUSA DABÉS LEÃO**

Todos os direitos reservados e protegidos. Nenhuma parte deste anal poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados sem prévia autorização dos editores.

#### **Diretoria - CONPEDI**

**Presidente** - Prof. Dr. Orides Mezzaroba - UFSC - Santa Catarina

**Diretora Executiva** - Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Napolini - UNIVEM/FMU - São Paulo

**Vice-presidente Norte** - Prof. Dr. Jean Carlos Dias - Cesupa - Pará

**Vice-presidente Centro-Oeste** - Prof. Dr. José Querino Tavares Neto - UFG - Goiás

**Vice-presidente Sul** - Prof. Dr. Leonel Severo Rocha - Unisinos - Rio Grande do Sul

**Vice-presidente Sudeste** - Profa. Dra. Rosângela Lunardelli Cavallazzi - UFRJ/PUCRio - Rio de Janeiro

**Vice-presidente Nordeste** - Profa. Dra. Gina Vidal Marcilio Pompeu - UNIFOR - Ceará

**Representante Discente:** Prof. Dra. Sinara Lacerda Andrade - UNIMAR/FEPODI - São Paulo

#### **Conselho Fiscal:**

Prof. Dr. Caio Augusto Souza Lara - ESDHC - Minas Gerais

Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim - UCAM - Rio de Janeiro

Prof. Dr. José Filomeno de Moraes Filho - Ceará

Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva - UFS - Sergipe

Prof. Dr. Valter Moura do Carmo - UNIMAR - São Paulo

#### **Secretarias**

#### **Relações Institucionais:**

Prof. Dra. Daniela Marques De Moraes - UNB - Distrito Federal

Prof. Dr. Horácio Wanderlei Rodrigues - UNIVEM - São Paulo

Prof. Dr. Yuri Nathan da Costa Lannes - Mackenzie - São Paulo

#### **Comunicação:**

Prof. Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho - UPF/Univali - Rio Grande do Sul

Profa. Dra. Maria Creusa De Araújo Borges - UFPB - Paraíba

Prof. Dr. Matheus Felipe de Castro - UNOESC - Santa Catarina

#### **Relações Internacionais para o Continente Americano:**

Prof. Dr. Heron José de Santana Gordilho - UFBA - Bahia

Prof. Dr. Jerônimo Siqueira Tybusch - UFSM - Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Paulo Roberto Barbosa Ramos - UFMA - Maranhão

#### **Relações Internacionais para os demais Continentes:**

Prof. Dr. José Barroso Filho - ENAJUM

Prof. Dr. Rubens Beçak - USP - São Paulo

Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr - Unicuritiba - Paraná

#### **Eventos:**

Prof. Dr. Antônio Carlos Diniz Murta - Fumec - Minas Gerais

Profa. Dra. Cinthia Obladen de Almendra Freitas - PUC - Paraná

Profa. Dra. Livia Gaigher Bosio Campello - UFMS - Mato Grosso do Sul

**Membro Nato** - Presidência anterior Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa - UMICAP - Pernambuco

---

D597

Direito e saúde [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI

Coordenadores: Janaína Machado Sturza; Sandra Mara Maciel de Lima; Simone Letícia Severo e Sousa Dabés Leão – Florianópolis: CONPEDI, 2021.

Inclui bibliografia

ISBN: 978-65-5648-423-5

Modo de acesso: [www.conpedi.org.br](http://www.conpedi.org.br) em publicações

Tema: Constitucionalismo, desenvolvimento, sustentabilidade e smart cities.

1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Encontros Nacionais. 2. Direito. 3. Saúde. IV Encontro Virtual do CONPEDI (1: 2021 : Florianópolis, Brasil).

CDU: 34



## **IV ENCONTRO VIRTUAL DO CONPEDI**

### **DIREITO E SAÚDE**

---

#### **Apresentação**

O IV Encontro Virtual do CONPEDI cujo tema é “Constitucionalismo, desenvolvimento, sustentabilidade e smart cities” contou pela primeira vez com a participação do Grupo de Trabalho - Direito e Saúde.

A saúde, a priori, configura-se como o bem mais precioso do ser humano, protegido tanto pela ONU como pela Constituição Federal de 1988 (CF/88), representando um dos maiores desafios do século. E mais,

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde deve ser compreendida não somente quanto à ausência de doenças, mas ao completo bem-estar físico, mental e social do indivíduo.

Visando a efetivação do Direito à Saúde, as garantias foram estabelecidas e criadas, principalmente nos arts. 196 a 200 da CF/88, Lei n. 8.080 de 1990 (Lei Orgânica da Saúde) e Lei n. 9.656 de 1998 (que definiu as regras para funcionamento da saúde suplementar).

Para que haja um sistema de saúde eficaz, cabe ao Estado definir políticas públicas adequadas, principalmente no tocante ao direcionamento do orçamento destinado à saúde. Todavia, no Brasil há uma disparidade entre a realidade e o que é garantido constitucionalmente em matéria de saúde.

Sabe-se que o Direito à Saúde por vezes esbarra na escassez de recursos e na escolha de prioridades do administrador público e que, por consequência, a judicialização gera impacto no orçamento.

No atual contexto da pandemia COVID-19 não há uniformidade na política pública de enfrentamento à crise sanitária, pois Estados e Municípios têm adotado medidas mais restritivas que a própria União, fazendo-se necessária a intervenção do Judiciário, para defender o direito fundamental à saúde.

Sendo assim, em tempos de pandemia, o Poder Judiciário vem intervindo bastante na solução de demandas judiciais atinentes à saúde, para defender os direitos fundamentais dos cidadãos, em respeito ao princípio da dignidade humana.

A preocupação maior é a preservação da vida e da segurança. Nesse sentido, o interesse coletivo deve se sobrepor ao interesse individual.

A partir da leitura minuciosa dos 23 (vinte e três) artigos selecionados para o GT Direito e Saúde extraem-se questionamentos e debates de assuntos extremamente relevantes nesse atual contexto de pandemia COVID-19, destacando-se esforços do mundo inteiro para a proteção da vida.

O primeiro artigo apresentado por Ana Clara Cunha Peixoto Reis, Célio Marcos Lopes Machado e Simone Letícia Severo e Sousa Dabés Leão discorre sobre “A contribuição da Telemedicina no Atual Contexto Brasileiro: inovações e perspectivas”. Destaca a telemedicina como uma tendência irremediável, que contribui para a redução dos custos, melhoria na qualidade dos serviços e atendimentos médicos (aumento da produtividade), diminuição de filas de espera. A telemedicina figura como um complemento para o tratamento convencional, com benefícios desejáveis, e se destaca como uma inovação tecnológica em matéria de saúde no contexto da pandemia COVID-19.

O segundo artigo de autoria de Hamanda de Nazaré Freitas Matos, Raimundo Wilson Gama Raiol e Letícia Vitória Nascimento Magalhães, intitulado “O Direito das pessoas com deficiência à saúde em época de pandemia viral no Brasil: uma análise bioética”, descreve os pressupostos referentes ao direito das pessoas com deficiência à saúde no Brasil no contexto da pandemia COVID-19. Analisam a tutela destes direitos no ordenamento jurídico brasileiro e as medidas que visam assegurar o direito destas pessoas consideradas vulneráveis, preocupando-se com os enormes desafios enfrentados por elas, no que tange à prevenção, tratamento ou reabilitação.

O terceiro artigo também de autoria de Hamanda de Nazaré Freitas Matos, Raimundo Wilson Gama Raiol e Letícia Vitória Nascimento Magalhães trata das “Mulheres com deficiência na busca por saúde: realidade e legislações”, e retrata as experiências de mulheres com deficiência no acesso à saúde, suas dificuldades e obstáculos, diante da disparidade existente na legislação pertinente ao tema, necessitando que Poder Público adote medidas para solucionar o problema.

No quarto artigo, os/as autores/as Camila Giovana Xavier de Oliveira Frazão, Ricardo Alexandre Lopes Assunção e Thainá Penha Pádua intitulado “Ação Popular como proteção da moralidade administrativa em face dos atos lesivos praticados em tempos de pandemia”, abordam a evolução da ação popular e a importância da participação do cidadão na proteção

contra os atos lesivos à moralidade administrativa, assim como, destacam o aumento de atos e decretos para conter a pandemia, que relegam tal princípio norteador da Administração Pública, sendo necessário o aperfeiçoamento da Ação Popular.

No quinto artigo, as autoras Janaina Machado Souza e Gabrielle Scola Dutra apresentam o artigo intitulado “O Direito à Saúde e as “escolhas trágicas” no cenário transpandêmico brasileiro: da crise sanitária à crise Humanitária”. O objetivo do artigo é refletir sobre o Direito à Saúde diante da realidade transpandêmica brasileira em tempos de COVID-2019, uma vez que há incongruência entre a escassez de recursos públicos e o garantido pela CF/88 de garantia à saúde. Abordam a “Teoria das Escolhas Trágicas” de Guido Calabresi e Philip Bobbitt e a Metateoria do Direito Fraternal de Eligio Restá e destacam o estado de emergência sanitária e humanitária do país.

Em seguida, as mesmas autoras Janaina Machado Souza e Gabrielle Scola Dutra apresentam o artigo intitulado “Saúde, gênero e inclusão social no contexto da transpandemia COVID-19: a pluralidade bibliográfica do “ser migrante” no Estado do Rio Grande do Sul”. As autoras apresentam interseções entre saúde, gênero e inclusão social a partir da pluralidade dos imigrantes no Estado do Rio Grande do Sul no contexto da pandemia COVID-19. Concluem pela necessidade de políticas públicas de acolhimento do “ser migrante” de forma a garantir uma vida digna a todos/as.

O sétimo artigo de autoria de André Luís Ribeiro, Jamile Gonçalves Calissi e Renato Zanolla Montefusco apresentam o trabalho intitulado “A vacinação como medida obrigatória em tempos de pandemia: uma análise sob a perspectiva do Direito Constitucional”, com o objetivo de discutir a obrigatoriedade ou não da vacinação no contexto da pandemia COVID-19. Avaliam a possibilidade de se estabelecer restrições às liberdades individuais em razão da coletividade e analisam o conflito existente entre a autonomia individual e a proteção dos direitos coletivos, com destaque para a posição do Supremo Tribunal Federal no que tange à obrigatoriedade da vacinação.

A autoras Elda Coelho de Azevedo Bussinguer e Shayene Machado Salles no oitavo artigo, apresentam o trabalho intitulado “Direito à Saúde na relação público-privado: análise das Organizações Sociais de Saúde sob a ótica do envolvimento empresarial na economia (componente do complexo econômico industrial da saúde)”. Sustentam que o sistema de saúde no Brasil tornou-se uma indústria e que o envolvimento empresarial no cenário político e econômico foi decisivo para a reforma do Estado dos anos 1990 e para a implantação de novas estruturas organizacionais.

No nono artigo intitulado “Estudo comparativo de normas de saúde pública quanto ao uso de máscaras e vacinas da COVID-19 sob a ótica comparada do federalismo para o Século XXI de Chemerinsky”, o autor Carlos Alberto Rohrmann ressalta que a pandemia COVID-19 demandou novas regulamentações que muito rapidamente impactaram a vida em sociedade, sendo necessária a análise da adoção de políticas públicas de incentivo ao uso de máscaras e vacinação, destacando a adoção de normas próximas das necessidades locais e os impactos negativos nacionais.

O décimo artigo “O Direito à Saúde no atendimento às pessoas vítimas de violência” de autoria de Joice Cristina de Paula e Edilene Aparecida Araújo da Silveira versa sobre o tratamento das pessoas que são vítimas de violência e seu impacto na saúde pública. Destacam a necessidade de ações que visem atendimentos específicos, inclusive com efetiva prevenção da violência.

As autoras Andrea Abrahão e Anna Carolina Miranda Bastos do Valle tratam no décimo primeiro artigo, das “Organizações Sociais e a política pública de gestão de saúde em Goiás”. O objetivo é analisar a legislação do Estado de Goiás pertinente ao tema, bem como as medidas adotadas para garantir o efetivo comprometimento das organizações sociais de saúde com transparência, ética e uso dos recursos públicos. As autoras salientando que tais organizações têm sido utilizadas como uma opção de prestação de serviços públicos de qualidade para a sociedade.

No décimo segundo artigo, os/as autores/as Claudine Freira Rodembusch e Henrique Alexander Grazi Keske exploram “A judicialização da saúde no Brasil pelo viés do impacto federativo: a competência concorrente e comum na pandemia e o Programa Assistir-RS”. Discutem acerca de gestão estadual, municipal e hospitalar pelo Programa Assistir-RS, diante de seu potencial de judicializar questões relativas às dotações orçamentárias e prestações de serviços de saúde. O texto expõe questões sobre a judicialização da saúde no país e as ações dissonantes entre União e Estados no enfrentamento da pandemia.

Em seguida, no décimo terceiro artigo, “Necropolítica no Brasil: um olhar sobre os desastres ambientais e seus impactos na saúde humana”, a autora Emmanuelle de Araujo Malgarim reflete sobre a sociedade pós-colonial da realidade brasileira, diante da população vulnerável e por fim, conclui que a precariedade da saúde humana e os desastres ambientais podem estar relacionados a uma estratégia de “limpeza social”.

A autora Lara Ferreira Lorenzoni, no décimo quarto artigo, explora o “Estado de exceção epidemiológico e direito fundamental à saúde: entre ação e omissão nas políticas sanitárias

brasileiras de 1904 e 2020”. Discute a teoria do estado de exceção de Giorgio Agamben, com base no direito à saúde, analisando os fatores que levaram à Revolta da Vacina e a crise sanitária no Brasil, ação esta que tomou proporções alarmantes diante das inações do governo federal.

No décimo quinto artigo, os autores Daniel Jacomelli Hudler e Alexandre Lagoa Locatelli apresentam o trabalho intitulado “Direito à Saúde: desequilíbrio econômico-financeiro e o limite da negativa por parte dos planos de saúde”. O objetivo do texto é averiguar a validade da negativa de cobertura sobre procedimentos e medicamentos não previstos no rol da ANS. Concluem que o sistema de saúde híbrido acaba por favorecer o lucro do setor privado, não se justificando a negativa sob argumento econômico-financeiro, pois tal negativa é abusiva.

No décimo sexto artigo, a autora Fabiane Aparecida Soares da Silva Lucena apresenta o trabalho intitulado “Judicialização da Saúde: um fenômeno legítimo e ainda necessário”. O objetivo da autora é identificar as consequências que a judicialização da saúde traz para o Estado e para a sociedade. Conclui, por fim, que este socorro é legítimo e atende aos princípios constitucionais, pois a saúde é direito de todos e dever do Estado.

O autor Jarbas Paula de Souza Júnior, no décimo sétimo artigo, apresenta o trabalho intitulado “O capitalismo de vigilância e a medicina preditiva – dos benefícios dos riscos”. Visa analisar a problemática da aplicação da inteligência artificial em relação a eventuais benefícios e riscos decorrentes da extração, armazenamento e processamento de dados através do Big Data. Identifica avanços em razão da capacidade de processamento de dados de saúde, dentre eles a formação de diagnósticos médicos precoces mais precisos.

No décimo oitavo artigo, as autoras Ana Maria Carvalho Castro Capucho e Viviany Yamaki apresentam o trabalho intitulado “O Direito Humano à Saúde da pessoa idosa e a pandemia de COVID-19”. O objetivo é avaliar a (in)adequação do critério etário como condicionante para admissão em leitos de unidade de terapia intensiva. Nesse sentido, concluem que as normas de direitos humanos, políticas públicas e a democracia sanitária são fundamentais para combater o preconceito e a discriminação e para garantir a efetivação do direito humano à saúde da pessoa idosa, garantindo-lhe condições dignas e igualitárias.

O autor Tiago Miranda Soares, no décimo nono artigo, apresenta o trabalho intitulado “A dimensão biopolítica do poder de polícia administrativo: biopoder e vigilância sanitária em tempos de pandemia”. Relaciona o poder de polícia administrativo exercido pela vigilância

sanitária com conceitos de biopoder, política médica e economia política, na busca de identificar como o Estado age perante a vida do indivíduos no contexto da pandemia COVID-19.

No vigésimo artigo, os autores Sérgio Felipe de Melo Silva e Felipe Costa Camarão apresentam o trabalho intitulado “O Ministério Público na efetivação do Direito à Saúde”. Visam tratar dos limites e possibilidades de atuação do Ministério Público na defesa do direito à saúde, principalmente no que tange ao direito de exigir em face da administração Pública prestações essenciais à proteção, garantia e recuperação da saúde.

Os mesmos autores Sérgio Felipe de Melo Silva e Felipe Costa Camarão, no vigésimo primeiro artigo, apresentam o trabalho intitulado “Diagnóstico literário do direito à saúde pública no Brasil após os primeiros trinta anos do Sistema Público de Saúde”. Apresentam o conteúdo do direito fundamental à saúde, para amparo teórico aos operadores do direito envolvidos com as lides atinentes ao direito à saúde, tendo o seu titular a faculdade de opor em face do estado e do particular obrigações pertinentes à preservação e recuperação do completo bem-estar físico, mental e social.

No vigésimo segundo artigo, as autoras Eliana Lima Melo Rodrigues e Sandra Mara Maciel de Lima, apresentam o trabalho intitulado “A teoria da perda de uma chance na seara médica: uma análise sob a égide do ordenamento jurídico brasileiro”. O objetivo é analisar a teoria da perda de uma chance no âmbito da responsabilidade civil dos profissionais de saúde, concluindo que a oportunidade de obtenção de vantagem ou expectativa de não sofrer danos jamais poderão ser desprezadas pelo julgador, sob pena de injustiça.

E por fim, no vigésimo terceiro artigo, as autoras Edith Maria Barbosa Ramos, Laisse Lima Silva Costa e Rafaela Santos Lima apresentam o trabalho intitulado “O Sistema Único de Saúde no Brasil: trajetórias e desafios”. O objetivo é analisar a criação do Sistema Único de Saúde no Brasil, a inserção do direito à saúde na Constituição Federal, sua regulamentação e os desafios para a sua efetiva concretização.

Nesse peculiar momento histórico, no qual a humanidade enfrenta a pandemia COVID-19, percebe-se as fragilidades do sistema de público de saúde, a precariedade da colaboração entre os entes da federação em busca de soluções para evitar a propagação do vírus, assim como, que o trabalho de pesquisa dos/as autores/es acima mencionados representa o resultado das demandas sociais em matéria de direito e saúde.

Nas palavras de Assafim :



a missão do pesquisador é melhorar o mundo. Especialmente, obrigação de melhorar nosso país... Uma questão de combate à pobreza, a fome e a bem da defesa da saúde: pugna pela vida. Assim, por a pesquisa a serviço das grandes causas nacionais é uma obrigação inalienável de cada professor brasileiro.

Honradas em coordenar este primeiro GT de Direito e Saúde, na esperança de que a pandemia passe logo e possamos nos encontrar presencialmente.

Janaína Machado Sturza - UNIJUI

Sandra Mara Maciel de Lima - Centro Universitário Curitiba

Simone Letícia Severo e Sousa Dabés Leão - Fundação Getúlio Vargas

**O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL: TRAJETÓRIA E DESAFIOS**  
**THE UNIFIED HEALTH SYSTEM IN BRAZIL: TRAJECTORY AND CHALLENGES**

**Edith Maria Barbosa Ramos**  
**Laise Lima Silva Costa**  
**Rafaela Santos Lima**

**Resumo**

O presente artigo teve como finalidade analisar a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, a inserção do direito à saúde na Constituição Federal de 1988 e sua posterior regulamentação, assim como identificar alguns dos desafios da contemporaneidade para a sua efetiva concretização. Para isso, algumas considerações gerais sobre os sistemas de saúde foram realizadas, bem como sobre a dinâmica do Sistema Único de Saúde no Brasil. Quanto à metodologia utilizada, trata-se de uma pesquisa sistemática de revisão de literatura, com a adoção do método dedutivo e de técnicas de pesquisa bibliográfica e documental.

**Palavras-chave:** Sistema único de saúde (sus), Constituição federal de 1988, Sistemas de proteção social, Sistemas de saúde

**Abstract/Resumen/Résumé**

The purpose of this article was to analyze the creation of the Unified Health System (SUS) in Brazil, the insertion of the right to health in the Federal Constitution of 1988 and its subsequent regulation, as well as to identify some of the contemporary challenges for its effective implementation. For this, some general considerations about the health systems were made, as well as about the dynamics of the Unified Health System in Brazil. As for the methodology used, it is a systematic literature review research, with the adoption of the deductive method and bibliographic and documentary research techniques.

**Keywords/Palabras-claves/Mots-clés:** Unified health system (uhs), Federal constitution of 1988, Social protection systems, Health systems

## INTRODUÇÃO

O presente artigo tem como finalidade analisar a trajetória de criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, desde o Movimento de Reforma Sanitária, a inserção do direito à saúde na Constituição Federal de 1988 e sua posterior regulamentação, assim como identificar alguns dos desafios da contemporaneidade para a sua efetiva concretização.

O legislador constituinte originário insculpiu no texto constitucional, de maneira inédita, uma estrutura que visa proporcionar o acesso à saúde a todos aqueles que se encontrem no território brasileiro, em razão do princípio da universalidade da cobertura e do atendimento.

Além disso, destaca-se que a Carta Magna de 1988 adotou uma concepção ampla do direito à saúde, competindo ao Estado garanti-lo em sua plenitude, através de políticas públicas voltadas a sua promoção, proteção e recuperação. Nesse sentido, esta pesquisa teve como principais objetivos investigar os elementos conceituais e as características dos sistemas de saúde em geral e as relações existentes entre os sistemas de proteção social e os sistemas de saúde.

Serão analisados, também, o processo de formação e estruturação do Sistema Único de Saúde, a partir dos fatos históricos ocorridos, sobretudo, na década de 1970 e seguintes, nas quais os interesses na área da saúde de determinados segmentos da sociedade começaram a ser colocados na pauta governamental, culminando na elaboração do texto constitucional de 1988.

Ademais, algumas questões relevantes sobre o funcionamento do SUS foram objeto de investigação, uma vez que há uma nítida diferença entre o prescrito na Constituição de 1988 e na legislação infraconstitucional que o regulamenta, não se perdendo de vista, entretanto, a magnitude do SUS e a vontade do legislador em torná-lo um serviço público de saúde de excelência.

No que diz respeito à metodologia empregada, trata-se de uma pesquisa sistemática de revisão de literatura, com a adoção do método, bem como das técnicas de pesquisa bibliográfica e documental, a coleta, leitura, seleção de artigos científicos, livros e outros documentos considerados indispensáveis à compreensão da temática proposta.

Esta pesquisa foi dividida em dois capítulos. No primeiro, algumas considerações gerais sobre os sistemas de saúde foram abordadas. Por sua vez, o segundo capítulo referiu-se à dinâmica do Sistema Único de Saúde no Brasil.

## **1. CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE OS SISTEMAS DE SAÚDE**

No que diz respeito aos sistemas de saúde, faz-se necessário compreender de que maneira eles, em regra, encontram-se estruturados na sociedade, uma vez que contribuem, de forma relevante, para a proteção, promoção e recuperação da saúde da população. Para isso, serão abordados, a seguir, os elementos conceituais dos sistemas de saúde e a relação entre estes e os sistemas de proteção social.

### **1.1 Elementos conceituais**

Preliminarmente, afirma-se que a maioria dos países ocidentais e democráticos possuem um sistema de saúde, que reflete sua história, seu desenvolvimento econômico e sua ideologia política dominante. Por causa dessas circunstâncias diferenciadas, há vários tipos de sistemas de saúde (ROEMER, 1993).

O tipo de sistema de saúde em um determinado país depende das características de cada uma das partes que integram esse sistema (ROEMER, 1993). Aduz-se, assim, que um sistema de saúde vincula-se a um conjunto de relações políticas, econômicas e institucionais, que são responsáveis por conduzir os processos relativos à saúde de determinada população (LOBATO; GIOVANELLA, 2012).

Esses sistemas concretizam-se por intermédio de organizações, regras e serviços cujo objetivo consiste em alcançar resultados que atendam à concepção de saúde prevalecente em determinada sociedade (LOBATO; GIOVANELLA, 2012).

Por sua vez, a Organização Mundial de Saúde (OMS) assevera que, diante da complexidade existente na sociedade, não seria fácil dizer, de maneira precisa, o que é um sistema de saúde, em que ele consiste e onde ele começa e termina. Mesmo ante essa dificuldade, a OMS considera que um sistema de saúde abrange todas as atividades cujo objetivo principal é promover, restaurar ou manter a saúde (WHO, 2000).

Ressalta-se que, consoante Lobato e Giovanella (2012), os sistemas de saúde, tais como hoje são conhecidos, isto é, estruturas públicas e privadas de atenção à saúde, são instituições recentes na história e que apenas se consolidaram assim em meados do século XX.

Dessa maneira, o desenvolvimento dos sistemas de saúde é atribuído, principalmente, ao aumento da participação dos Estados no controle dos diferentes mecanismos que influenciam a saúde e o bem-estar das populações, capazes de assegurar a prevenção de doenças, a oferta direta de serviços de cura e reabilitação, inclusive o controle e a definição de regras para a

produção de alimentos, medicamentos, proteção do meio ambiente, entre outros (LOBATO; GIOVANELLA, 2012).

A análise dos sistemas de saúde, de acordo com Lobato e Giovanella (2012), tem o condão de possibilitar conhecer em que medida suas estruturas são ou não bem-sucedidas em relação aos objetivos estabelecidos para alcançar, entre outras coisas, a promoção da saúde e a garantia da melhoria das condições de saúde da população.

Observe-se que, além disso, a maneira pela qual ocorre o financiamento das ações, o tipo e o alcance da regulamentação do setor privado e a relação deste com o setor público constam como exemplos de mecanismos capazes de interferir na qualidade da assistência à saúde (LOBATO; GIOVANELLA, 2012).

Segundo Lobato e Giovanella (2012), um determinado sistema de saúde não funciona de maneira ordenada, necessariamente, uma vez que, muito embora os seus componentes se relacionem, isso não significa que tal processo seja organizado, muito menos que todos eles sempre atendam a objetivos similares. Pelo contrário, o ambiente dos sistemas seria mais caótico que ordenado e, assim, mais conflituoso que consensual, o que ensejaria a sua complexidade e a suscetibilidade a mudanças periódicas.

De acordo com Roemer (1993), qualquer sistema nacional de saúde em um país, independentemente do estágio de desenvolvimento econômico, pode ser analisado tendo-se em conta cinco componentes principais: recursos, organização, gestão, apoio econômico e prestação de serviços.

A combinação desses componentes permitem a designação de cada sistema nacional de saúde de acordo com determinados tipos. Embora a história, o nível econômico e a ideologia política determinem esses tipos, seus atributos podem ser classificados de acordo com o grau de intervenção no mercado pelo governo (ROEMER, 1993).

Os sistemas de saúde representam um importante setor da atividade econômica, capazes de mobilizar vultosas quantias financeiras, envolver os produtores de insumos e de serviços e gerar expressivo número de empregos. Em outra via, também constituem arena política, na qual há a disputa por poder e recursos (LOBATO; GIOVANELLA, 2012).

Explica Lobato e Giovanella (2012) que a relação entre o sistema de saúde e a dinâmica social tem o poder de ensejar, no decorrer do tempo, a construção dos valores sociais sobre a proteção à saúde, isto é, a maneira pela qual a sociedade compreende o que é saúde e o risco de adoecer, assim como ela trata os problemas relativos ao processo saúde-enfermidade.

Nesse sentido, a proteção dispensada à saúde será mais expressiva à medida em que a sociedade concebe a saúde como uma questão coletiva, de todos os cidadãos, e não apenas

individual ou familiar. Assim, na contemporaneidade, a maior proteção à saúde relaciona-se a sistemas de saúde universais, públicos e que a assimilam como direito de cidadania (LOBATO; GIOVANELLA, 2012).

## **1.2 Sistemas de proteção social e os sistemas de saúde**

Os sistemas de proteção social são definidos como arranjos por intermédio dos quais as diferentes sociedades buscam garantir a proteção de seus integrantes contra determinadas circunstâncias que podem limitar a sua capacidade de atender as suas necessidades fundamentais (WOLF; OLIVEIRA, 2017).

Diversos autores afirmam que as políticas de proteção social foram uma resposta ao processo de desenvolvimento e as suas consequências das sociedades capitalistas industrializadas, com o fim de assegurar uma nova estabilidade e segurança, produzindo um novo tipo de solidariedade, em um contexto de expressiva mobilização social (FLEURY; OUVRENEY, 2012).

Nesse sentido, asseveram Marques, Piola e Roa (2016) que a formação da sociedade capitalista fez surgir a garantia de acesso a ações e serviços de uma parte da população dos países.

No antigo regime, tanto a aristocracia quanto a população de mais alta renda eram cuidados por médicos particulares. Por sua vez, a população em geral, principalmente os habitantes de áreas rurais, recebia cuidados oriundos do saber acumulado pela comunidade local e as pessoas mais pobres eram atendidas por hospitais criados por organizações religiosas católicas (MARQUES, PIOLA; ROA, 2016).

Assim, a construção histórica dos sistemas de proteção social confunde-se com a própria formação da sociedade capitalista, uma vez que, em suas origens, encontram-se mecanismos criados pelos trabalhadores assalariados da indústria, que constituíam amparo do tipo ajuda mútua (MARQUES, PIOLA; ROA, 2016). Nesse período, a única ação realizada pelo Estado, com o apoio da iniciativa privada, referia-se às casas de trabalho, que não constituíam instrumento de integração ou de assistência social, mas sim uma ferramenta importante para a obtenção do disciplinamento da força de trabalho (CASTEL, 2012).

Portanto, os modernos sistemas de proteção social desenvolvidos no século XX foram criados para diminuir as diferenças sociais oriundas do livre funcionamento do mercado, principalmente as decorrentes de diferenças salariais, renda e consumo (VIANA; MACHADO, 2008).

Afirma-se, nesse sentido, que o Estado só passou a ser responsável pela organização e gestão da proteção social no momento em que foi impulsionado e pressionado pelo crescimento da organização independente dos trabalhadores (ESPING-ANDERSEN, 1991).

O segundo período considerado relevante para a construção dos sistemas de proteção social iniciou-se com o final da II Guerra Mundial, quando o regime fordista de acumulação tornou-se hegemônico mundialmente. Apesar de algumas diferenças em relação aos países da Europa Ocidental, as características fundamentais desse período são a ampliação da cobertura para novos segmentos de trabalhadores ou da população, bem como a incorporação de novos riscos e problemas sociais como objeto de intervenção estatal (MARQUES, PIOLA; ROA, 2016).

Esse momento foi considerado o ápice do princípio da proteção social, tendo em vista que o capitalismo, confrontado pelo ambiente de instabilidade política, social e econômica mundial, foi compelido a se reinventar, para buscar a sua própria sobrevivência, acolhendo “demandas por maior igualdade e reconhecimento dos direitos sociais e segurança econômica, forjando-se um novo modelo de organização estatal – o Estado de Bem-Estar Social”, que, com fulcro nos conceitos de seguridade e cidadania social, passou a assumir o papel de provedor de serviços sociais, “enquanto direito assegurado pelo Estado e de dimensões quase universais” (RAMOS; DINIZ, 2019, p. 63).

Nessa mesma senda, afirmam Viana e Machado (2008) que a maneira criada para efetivar a proteção dos cidadãos dos movimentos de produção de desigualdades e de insegurança social foi a assunção, pelo Estado, principalmente após a II Guerra Mundial, do financiamento e provisão de um quantitativo expressivo de bens e serviços que os cidadãos não poderiam ter acesso única e exclusivamente através da renda proveniente do trabalho, ou quando, sem exercerem uma atividade laboral, necessitassem desses bens, tal como a saúde.

Dessa feita, esse período ficou conhecido como *Welfare State*, no qual houve a universalização da cobertura para o conjunto populacional e a ampliação do próprio conceito de proteção para além da assistência à saúde e das rendas de substituição oriundas da velhice, da doença e da invalidez (MARQUES; PIOLA; ROA, 2016).

A criação de estruturas e subsistemas de proteção social e sua atuação de maneira conjunta e sinérgica foi considerada uma grande conquista do século XX, uma vez que o social e o econômico foram conjugados em benefício de uma maior igualdade e integração social, com o fim de neutralizar os riscos sociais criados pelos processos de industrialização e urbanização e decorrentes do ciclo econômico em diversos períodos do século passado (VIANA; MACHADO, 2008).

A política de saúde foi inserida, pois, de maneira marcante, no movimento de subtração do acesso aos bens e serviços de saúde da esfera mercantil, quando a responsabilidade pela saúde uma certa população começa a ser responsabilidade de todos, coletiva e um direito do cidadão (VIANA; MACHADO, 2008).

Assim, de acordo com Viana e Machado (2008), a proteção social passa a ser regida por estruturas que vão além das leis de mercado, e passam pela extensão e profundidade alcançada pelo sistema de políticas sociais inerentes ao Estado Social ou ao *Welfare State*.

Foi, então, a partir da Segunda Guerra Mundial que diversos países iniciaram o desenvolvimento de seus sistemas de proteção, através de modelos mais ou menos abrangentes. Assim, os chamados Estados de Bem-Estar Social ou *Welfare State* expandiram-se durante, aproximadamente, trinta anos, o que teria sido acompanhado por um desenvolvimento real dos sistemas de saúde (VIANA; MACHADO, 2008).

Os sistemas de saúde hoje existentes estão relacionados aos modelos de proteção social, quais sejam a seguridade social, o seguro social e a assistência social. Esses modelos de proteção social dizem respeito às formas de organização e intervenção do Estado para toda a área social, incluindo as áreas da saúde, previdência e assistência social (LOBATO; GIOVANELLA, 2012).

No que diz respeito especificamente à aplicação desses modelos à área da saúde, objeto deste estudo, correspondem a modalidades de intervenção governamental no financiamento, condução, regulação dos vários setores assistenciais e prestação de serviços de saúde, ensejando diferentes condições tanto no acesso quanto no direito à saúde (LOBATO; GIOVANELLA, 2012).

Nesse contexto, segundo Lobato e Giovanella (2012), na atenção à saúde, os modelos de proteção social mais adotados nos países de industrialização avançada são os de seguro social e o de seguridade social. O modelo de assistência social, residual, com ênfase no mercado estaria situado apenas nos Estados Unidos.

Em relação à saúde, a modalidade de proteção social do tipo seguridade social, com inspiração em princípios de justiça social, concretiza-se em sistemas universais de saúde, denominados de sistemas nacionais de saúde, a exemplo do sistema inglês *National Health Service*, cujo financiamento ocorre com recursos públicos decorrentes de impostos gerais (LOBATO; GIOVANELLA, 2012).

Consoante Lobato e Giovanella (2012), esses sistemas são denominados de *beveridgianos*, em razão da sua referência histórica ao Relatório Beveridge, de 1942, elaborado na Inglaterra, que propôs, de maneira inédita, um novo modelo de proteção social fundamentado



na cidadania, de acordo com o qual os cidadãos passariam a ter seus direitos sociais assegurados pelo Estado.

Dessa maneira, nos sistemas universais compete ao Estado, em regra, prestar diretamente os serviços de saúde, sendo toda ou apenas parte da rede de serviços hospitalares e ambulatoriais pertencentes ao ente estatal e os profissionais de saúde, em sua grande maioria, são empregados públicos (LOBATO; GIOVANELLA, 2012).

Mesmo em situações nas quais os serviços são contratados pelo setor privado, ao Estado compete regular os serviços e controlar os custos, uma vez que ele é o principal adquirente e definidor dos serviços a serem prestados (LOBATO; GIOVANELLA, 2012).

Por sua vez, de acordo com Lobato e Giovanella (2012), nos sistemas de seguro social em saúde do tipo bismarckiano, correspondente a outra modalidade de proteção social, o financiamento fundamenta-se em contribuições de empregados e empregadores e que, inicialmente, foram divididos por categoria funcional de trabalhadores, a exemplo dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP).

Essa segmentação é alvo de muitas críticas, porque acarretaria muitas iniquidades, uma vez que os benefícios seriam diferenciados por categorias profissionais, a depender da sua relevância na economia, além de deixar de fora do sistema as pessoas que estão excluídas do mercado formal de trabalho (LOBATO; GIOVANELLA, 2012).

Por fim, no que diz respeito ao modelo de proteção social residual ou de assistência social, não cabe ao Estado a responsabilidade pela garantia da proteção universal à saúde, mas apenas de alguns grupos considerados mais necessitados, devendo cada indivíduo adquirir serviços no mercado, consoante sua capacidade de pagamento, o que produziria, assim, iniquidades (LOBATO; GIOVANELLA, 2012).

Nas décadas de 70 e 80 do século XX, a crise dos sistemas de proteção social resultou em um processo de discussão dos modelos adotados, acarretando propostas para a reforma dos sistemas, principalmente relacionados ao ajuste fiscal, à globalização dos mercados e à política para diminuição dos custos (VIANA; MACHADO, 2008).

Assevera-se que os países centrais apresentaram uma forte expansão da despesa pública com proteção social após a Segunda Grande Guerra, resultante, inicialmente, da incorporação de segmentos populacionais até então não assistidos e da ampliação da cobertura, através do tratamento de novos riscos e problemas sociais (universalização) e, em seguida, como expressão da dinâmica inerente aos riscos que o Estado se propôs cobrir e/ou como resultado da atuação de certos atores no âmbito dos arranjos institucionais (MARQUES, PIOLA; ROA, 2016).

Nesse viés, conforme dispõem Viana e Machado (2008), o setor de saúde passou a ser considerado, dentro do modelo de proteção, como ineficiente na gestão dos recursos. Isso porque, na segunda metade do XX, os sistemas de saúde tornaram-se cada vez mais complexos, dentro de um contexto de transformações nos perfis de saúde e doença, de alteração da população e o aumento da tecnologia.

No mesmo sentido, Marques, Piola e Roa (2016) sustentam que a literatura especializada elenca como fatores responsáveis pelo crescimento da despesa a extensão e a melhoria da cobertura, a maior exigência do usuário, o envelhecimento da população, a alta dos preços de bens e serviços e a introdução e desenvolvimento de tecnologias mais sofisticadas.

Assim, o setor de saúde passou a representar uma área crítica, em decorrência de sua rápida expansão nesse período ou em razão da perspectiva de manutenção desse mesmo padrão nos anos seguintes (VIANA; MACHADO, 2008).

Durante a década de 1980, juntamente com uma avaliação negativa do gasto em saúde, acrescentou-se a discussão sobre o uso ineficiente dos recursos, iniquidade do acesso e qualidade dos serviços de saúde. Nesse sentido, propostas de reforma dos sistemas de saúde ganharam visibilidade em diversos países, a partir do ingresso do Banco Mundial no debate da política de saúde (VIANA; MACHADO, 2008).

Diante disso, o grande desafio, atualmente, em se tratando de assistência à saúde, seria encontrar alternativas de gestão que possibilitem o não recrudescimento no que se refere à universalização do direito à saúde nos países que a adotam e, naqueles que assim ainda não procedem, o desafio seria levar a assistência à saúde para toda a população (MARQUES, PIOLA; ROA, 2016).

## **2. A DINÂMICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO**

Neste capítulo, analisar-se-á o contexto histórico no qual o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil desenvolveu-se, a maneira como ele foi estruturado no âmbito da Constituição Federal de 1988 e na legislação infraconstitucional e a identificação de alguns desafios enfrentados na contemporaneidade por esse sistema de saúde.

### **2.1 Contexto histórico**

Os sistemas universais de saúde representaram relevantes conquistas da civilização no século XX (PAIM, 2019). Assim, os denominados “30 anos de ouro” do capitalismo, segundo

Paim (2019), foram acompanhados do desenvolvimento do *Welfare State*, assim como do reconhecimento dos direitos sociais, através da expansão dos sistemas de proteção social dos tipos bismarkiano e beveridgiano, permitindo a implantação desses sistemas universais de saúde.

Em meados da década de 70, Buss (1995) afirma que o Brasil alcançou duas décadas de crescimento econômico e melhorou, progressivamente, as condições de vida e de saúde da população. Em que pese isso, teria havido uma distribuição desigual desses benefícios, o que resultou na ampliação das diferenças entre os diversos segmentos sociais.

A alta concentração de renda verificada nesse período demandou do Estado, em sequência, relevantes investimentos sociais de natureza compensatória, possíveis em razão do crescimento econômico e da modernização do Estado verificada naquele momento (BUSS, 1995).

Dessa maneira, os serviços públicos de saúde foram expandidos nas décadas de 60 e 70, observando-se, também com financiamento estatal, a ampliação da rede privada de serviços de saúde (BUSS, 1995).

Ocorre que, a partir da metade dos anos 1970, ocorreu uma inflexão dos serviços prestados pelo Estado, diante do contexto de crise econômica deste, fazendo emergir a preocupação com a sustentabilidade política e econômica do próprio *Welfare State* (VIANA; MACHADO, 2008).

Assim, nos anos 80, os gastos sociais foram reduzidos significativamente, em razão das políticas de ajuste, tendo como consequências a deterioração dos serviços públicos e da qualidade de vida, bem como uma desaceleração relevante na melhoria dos indicadores de saúde e a ampliação das desigualdades (BUSS, 1995).

Ressalte-se que, estabelecido sob o regime militar (1964-1985), o antigo regime de saúde no Brasil foi caracterizado por uma evidente separação de funções entre intervenções clássicas de saúde pública, como, por exemplo, ações de vacinação e vigilância de doenças, cuja responsabilidade pertencia ao Ministério da Saúde, e atendimento individualizado, regulado pelo Ministério do Seguro Social (ESTEVEES, 2012).

Durante esse período, a prestação de cuidados foi, em sua maior parte, deixada para prestadores privado. Nesse sentido, a própria Constituição de 1967 estabeleceu que o Estado deveria apoiar o setor privado e que a provisão pública só poderia ser realizada para complementar o papel dos serviços privados (ESTEVEES, 2012).

Como consequência, Esteves (2012) assevera que, no fim da década de 1970, o braço de saúde do Instituto Nacional do Seguro Social (INPS) havia contratado 2.300 dos 2.800

hospitais instalados no Brasil. Muito embora o sistema alcançasse boa parte da população urbana, logo ele começou a apresentar problemas, principalmente pelo desinteresse dos provedores privados, ocasionado pelas baixas taxas de reembolso e atrasos nos pagamentos.

Relata-se que, diante disso, houve ou a ruptura contratual com o INPS ou, em alguns casos, tentou-se burlar o sistema por meio da realização de procedimentos desnecessários, porém mais caros, além do surgimento de outros problemas sanitários no país (ESTEVEES, 2012).

Assim, no Brasil, o caráter centralizador do período do regime militar e a insatisfação elevada com as desigualdades no acesso, principalmente em relação às distinções na atenção dispensada ao segurado e não segurado, assim como a insatisfação com a qualidade da atenção prestada pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e pelos prestadores privados, teria favorecido a constituição de um movimento social, denominado Movimento da Reforma Sanitária, altamente comprometido com o processo de democratização, com a descentralização e com a participação social (ROA; CANTÓN; FERREIRA, 2016).

Sustentam Noronha, Lima e Machado (2018) que, desde a derrocada do regime militar, o Brasil usufruiu de uma extraordinária experiência de reformas e redefinição do seu sistema público de saúde, tendo como marco temporal a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, que tratou a temática da saúde como direito de cidadania, da reformulação do sistema nacional de saúde e do financiamento do setor, que foram intensamente discutidos e que, até os dias de hoje, reverberam quando se trata desses assuntos.

O Movimento de Reforma Sanitária almejava comprovar para a sociedade, em especial para as classes média e baixa, que uma abordagem diferente seria possível. Para isso, inúmeros projetos-piloto foram desenvolvidos pelo país no intuito de demonstrar como a prestação pública de serviços de saúde poderia ser melhor do que o oferecido tanto pelo INPS quanto pelo setor privado (ESTEVEES, 2012).

Além disso, esse movimento tinha um viés precipuamente igualitário, uma vez que se fundamentava na ideia de pleno reconhecimento, por parte do Estado, de que a saúde era um direito social e que, como tal, deveria ser garantida de maneira equitativa (ESTEVEES, 2012).

Ele também incorporou, conforme Esteves (2012), noções comunitárias de tomada de decisão local e alocação de recursos, enfatizando, portanto, a questão da descentralização. Por outro lado, também, o Movimento de Reforma Sanitária enxergava-se como um movimento civil, cujo maior objetivo era a promoção da justiça social, bem como ir além da democracia representativa, alcançando a participação popular direta na elaboração de políticas em saúde.

Esse movimento de reforma estabeleceu uma significativa aliança, principalmente entre a academia e o movimento de secretários estaduais e municipais de saúde e, após uma crescente discussão, ensejou a adoção da maior parte de suas propostas pelos Constituintes da Assembleia Nacional de 1987-1988 (ROA; CANTÓN; FERREIRA, 2016).

Em outra via, é preciso ressaltar que a luta para a criação de um sistema nacional de saúde com financiamento público enfrentou diversos oponentes. No momento em que interesses concorrentes dentro da coalização começaram a ameaçá-la, forjou-se um compromisso, segundo o qual um novo Sistema Único de Saúde (SUS) deveria ser criado, capaz de integrar toda a prestação e regulação pública da saúde sob a responsabilidade do Ministério da Saúde (ESTEVES, 2012).

Como contrapartida, Esteves (2012) esclarece que o sistema privado não somente continuaria existindo, como também as pessoas ricas seriam capazes de deduzir uma grande parte dos valores gastos com saúde do imposto de renda federal.

## **2.2 Estruturação do SUS no Brasil**

O Sistema Único de Saúde (SUS) confere os contornos do modelo público de ações e serviços de saúde no Brasil. Assim, norteado por um conjunto de princípios e diretrizes válidos para todo o espaço nacional, parte de uma concepção ampla do direito à saúde, assim como do papel estatal para garanti-lo, assimilando, em sua estrutura político-institucional, espaços e instrumentos destinados à democratização e compartilhamento do processo decisório e de gestão do sistema de saúde (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2018).

Durante o processo de elaboração da Constituição Federal de 1988, houve uma pressão significativa tanto da sociedade civil quanto dos movimentos democráticos de esquerda, que resultou em coalização parlamentar consideravelmente forte, capaz de introduzir no “Título VIII – Da Ordem Social”, um capítulo especificamente voltado para o assunto seguridade social. O conteúdo ideológico deste capítulo demonstrou uma preocupação com o bem-estar, com a igualdade e a justiça sociais, que seriam concretizados por meio do exercício dos direitos sociais (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2018).

Dessa maneira, após mais de duas décadas de regime militar, a democrática Assembleia Constituinte brasileira finalmente definiu a saúde como direito na Constituição Federal de 1988 (ESTEVES, 2012). Nesse cenário de articulação e integração das políticas sociais, portanto, foram estabelecidos os fundamentos pelos quais, de maneira inédita na história do Brasil,

orientaram a inserção da saúde como direito de todos e dever do Estado (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2018).

Destaca-se, de acordo Noronha, Lima e Machado (2018), que a saúde foi concebida na Constituição Federal de 1988 em sua acepção ampla, conforme afirmado acima, tendo em vista que o artigo 196 dispõe que 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, não paginado).

Por sua vez, o artigo 198 estabeleceu que as “ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único”, organizado conforme as diretrizes da descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral e participação da comunidade (BRASIL, 1988, não paginado). É relevante que se diga que o SUS não é composto apenas por serviços públicos, mas também por uma extensa rede de serviços privados, que é remunerada por intermédio de recursos tributários que se destinam à saúde (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2018).

O financiamento do SUS, decorrente de diferentes receitas arrecadadas pela União, Estados e Municípios, possibilita que o acesso a ações e serviços do SUS não esteja condicionado à capacidade de pagamento antecipado dos indivíduos (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2018). Não obstante essas disposições constitucionais, o legislador constituinte originário não especificou como o direito à saúde seria operacionalizado, não deixando evidente, por exemplo, como seria financiado, como os serviços seriam organizados e administrados ou quais seriam os deveres e as responsabilidades das diferentes entidades federativas (União, Estados, Distrito Federal e Municípios) (ESTEVEES, 2012).

Sendo assim, com o fim de conferir materialidade à política de saúde prevista na Constituição de 1988, o legislador infraconstitucional elaborou uma série de leis e demais atos normativos, a começar pela Lei n.º 8.080/90, que definiu, em seu artigo 4º, o SUS como o “conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” (BRASIL, 1990a).

A Lei n.º 8.080/90 também estabeleceu princípios e diretrizes que norteiam o funcionamento do SUS, dos quais Noronha, Lima e Machado (2018) destacam os seguintes:

1) a universalidade de acesso em todos os níveis de assistência, segundo a qual todos têm o mesmo direito de obter ações e serviços de saúde de que necessitem, independentemente de complexidade, custo e natureza dos serviços envolvidos. Assim, as condições

socioeconômicas da população e a inserção no mercado de trabalho não significam acesso diferenciado a certos tipos de serviços;

2) a igualdade na assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de quaisquer espécies. Neste caso, apenas motivos relacionados às necessidades diferenciadas de saúde devem orientar o acesso ao SUS e a escolha das técnicas a serem utilizadas no tratamento dos indivíduos;

3) a integralidade da assistência, compreendida, nos termos legais, como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços de caráter preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

4) participação da comunidade, garantindo-se à população, por meio de entidades representativas, a prerrogativa de participação no processo de formulação de diretrizes e prioridades para a política de saúde, da fiscalização do cumprimento dos dispositivos legais e normativos do SUS e do controle e avaliação das ações e serviços de saúde executados nas diferentes esferas governamentais;

5) descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, com ênfase na descentralização dos serviços para os municípios e regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.

Por sua vez, a Lei Federal n.º 8.142/1990 dispôs 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 (BRASIL, 1990b).

No ano de 2000, por meio da Emenda Constitucional n.º 29, o constituinte derivado buscou elevar o nível de gastos com a saúde pública, estabelecendo-se um percentual mínimo nos orçamentos federal, estaduais e municipais, a ser dispendido na área sanitária. Assim, enquanto os governos estaduais obrigaram-se a destinar 12% de sua receita ao SUS, as prefeituras foram compelidas a destinar 15%. O governo federal, por outro lado, foi obrigado a aumentar, anualmente, seu orçamento de saúde a partir da variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) (ESTEVEVES, 2012).

Ocorre que, consoante os ensinamentos de Esteves (2012), essa emenda não elencou o que seria considerado gasto em saúde, o que resultou no fato de que muitos governos estaduais e locais incluíram em seus orçamentos de saúde despesas que antes eram alocadas em outro lugar, como, por exemplo, o vale-refeição e assistência médica para prisioneiros, a fim de atender aos novos requisitos constitucionais, ao invés de aumentar as atividades de saúde pública ou melhorar a prestação dos serviços.

Dessa feita, a efetiva implementação do novo sistema público de saúde dependeu de um longo processo, mas que seria possível afirmar que a abrangência do acesso ao sistema de saúde foi alterado completamente a partir do SUS, uma vez que toda a população passou a ter direito de usufruir do sistema que oferece uma gama diversificada de serviços de saúde (ROA; CANTÓN; FERREIRA, 2016).

### **2.3 Desafios do Sistema Único de Saúde**

A criação do SUS e a sua revisão periódica, visando a superação das diferenças internas e das ameaças recorrentes representadas pela ausência, principalmente, de recursos financeiros suficientes para atender as suas demandas, bem como pelo aumento da participação do mercado de seguros, têm sido um desafio constante (FLEURY, 2009).

Haveria consenso entre aqueles que analisam a questão da saúde no Brasil, de que o SUS sofre uma insuficiência permanente de recursos financeiros. A participação dos recursos públicos no gasto total com saúde não resistiria a uma comparação com países que também possuem sistemas públicas com cobertura universal (POLÍTICAS SOCIAIS, 2015).

Para agravar essa situação, em 15 de dezembro de 2016, foi promulgada a Emenda Constitucional n.º 95, conhecida como Emenda Constitucional do Teto de Gastos Públicos, que instituiu um novo regime fiscal e foi alvo de inúmeras críticas por parte de diversos setores da sociedade, em razão, sobretudo, de seu impacto no orçamento destinado à saúde.

A referida emenda congelou os gastos da União com despesas primárias por 20 anos, corrigidos pela inflação medida a partir do IPCA (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo) e, com isso, entende-se que ela feriu o núcleo essencial do direito, qual seja a garantia de recursos orçamentários para a sua sustentabilidade (SANTOS; FUNCIA, 2019).

Com isso, o piso mínimo em saúde previsto pela referida emenda é de 15% das receitas correntes líquidas da União, cambiante de acordo com o crescimento do país. Dessa forma, o crescimento do país deixou de ser parâmetro para o piso da saúde e, assim, a correção da inflação não seria capaz de contemplar o aumento populacional, os índices de longevidade e sua epidemiologia, os custos dos insumos, matérias, medicamentos, novas tecnologias de saúde e a manutenção das já existentes, entre outros aspectos (SANTOS; FUNCIA, 2019).

Santos e Funcia (2019) argumentam, portanto, que a correção pela inflação não permite o acréscimo de recursos, nem tampouco a retificação do custo econômico de acordo com a realidade do mercado da saúde, uma vez que as perdas de recursos serão cumulativas por diversos motivos. Soma-se à insuficiência de recursos, dessa forma, a diminuição da



disponibilidade e adequação de profissionais, instalações e equipamentos para o SUS, refletindo, diretamente, no acesso da população aos seus serviços (POLÍTICAS SOCIAIS, 2015).

Além dessa relevante questão orçamentária, destaca-se que, na prática, o Brasil ainda teria dois sistemas de saúde, quais sejam o SUS e o Sistema de Assistência Médica Complementar, que apresentam formas distintas de institucionalização. Assim, caberia a este último oferecer, prioritariamente, cobertura aos mais jovens, com menor risco e com maior poder aquisitivo (ELIAS; COHN, 2003). Por sua vez, ao SUS compete atender diretamente quem tem menor ou nenhum poder aquisitivo e quem tem maior poder aquisitivo, mas cujas necessidades de saúde exigem vários serviços de natureza complexa (ELIAS; COHN, 2003).

Dessa maneira, consoante Elias e Cohn (2003), tanto a oferta quanto o acesso aos serviços de saúde funcionam segundo uma lógica da iniciativa privada e atendendo a princípios do mercado, em detrimento de uma busca pela satisfação das necessidades da população.

Assim sendo, não obstante as disposições sanitárias previstas na Constituição Federal de 1988, tanto o SUS quanto o Sistema de Assistência Médica Complementar reproduziriam, de maneira perversa, os mecanismos geradores de exclusão e desigualdades sociais (ELIAS; COHN, 2003). Ademais, apesar da separação existente entre o SUS e o setor privado, haveria ligações entre eles, seja no que diz respeito ao financiamento, nos quais recursos públicos, por intermédio de incentivos fiscais (a exemplo da dedução no imposto de renda e isenções fiscais), contribuem para a assistência privada, seja na execução de serviços, nos quais os profissionais, equipamentos e instalações atendem as suas necessidades (POLÍTICAS SOCIAIS, 2015).

Esse modelo traria resultados perversos, uma vez que parte da população teria uma “dupla” cobertura subsidiada com recursos públicos; retiraria do SUS percentual da população com maior poder de pressão e mais exigente em relação à qualidade dos serviços; reforçaria a mercantilização de ações cuja natureza é incompatível com a lógica de mercado (POLÍTICAS SOCIAIS, 2015). Há uma grande probabilidade de que esse problema de segmentação não seja solucionado em um futuro próximo, uma vez que o país tem se mostrado um mercado atraente para o capital internacional no setor da saúde, e nem todos consideram que realmente essa segmentação seja um problema (POLÍTICAS SOCIAIS, 2015).

## **CONCLUSÃO**

A inserção do SUS na Constituição Federal de 1988 foi resultado da concretização de inúmeros ideais discutidos e consolidados ao longo do Movimento da Reforma Sanitária,

iniciado na década de 1970, principalmente aqueles relacionados à descentralização da saúde, à democratização no acesso à saúde e à participação popular na gestão do SUS.

Assim, o Sistema Único de Saúde no Brasil, tal como hoje se apresenta, é resultado da conjugação de inúmeros interesses, dos mais diversos setores da sociedade, que foram conjugados com o fim de estabelecer, principalmente, uma melhor prestação de serviços de saúde à população em geral.

É preciso lembrar que, antes do SUS, como foi demonstrado ao longo desta pesquisa, o acesso à saúde era restrito a determinados segmentos da sociedade, o que deixava sem cobertura um quantitativo expressivo de indivíduos que deles não faziam parte. Portanto, a partir da Carta Magna de 1988, muito se avançou em relação à questão de proteção e promoção da saúde. Em que pese os 33 anos de existência do SUS e as conquistas alcançadas nesse período, existem muitos desafios a serem enfrentados, bem como também há a necessidade de que alguns de seus preceitos sejam revistos e reformulados, para que se alcance os objetivos nele elencados.

Isso porque o Brasil possui dimensões continentais e mais de 213 milhões de habitantes, conforme estimativa do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) (GOVERNO DO BRASIL, 2021) e, com esse quantitativo populacional, a efetivação, por exemplo, dos princípios da universalidade da cobertura e do atendimento e da integralidade da assistência fica severamente comprometida.

De fato, entre as inúmeras dificuldades a serem superadas, pode-se mencionar as restrições orçamentárias, os conflitos de interesses entre os sujeitos envolvidos na gestão do sistema, a obsolescência dos equipamentos e técnicas empregadas nos serviços prestados, as longas filas em busca de atendimento, a falta de médicos especialistas, a má administração, as limitações de natureza financeira, estrutural e de pessoal, a dificuldade para estruturar os serviços de saúde em regiões mais longínquas e a pouca participação popular, conforme previsto na ordem jurídica brasileira.

Apesar de todos esses problemas, ressalta-se que o SUS é muito relevante e não deve ser relegado a um segundo plano na elaboração de políticas públicas na área da saúde, dada a sua gigantesca estrutura e organização, sendo, inclusive, considerado referência para outros países, sobretudo por ter possibilitado, pelo menos em suas disposições constitucionais e infralegais, conforme afirmado ao longo desta pesquisa, o acesso à saúde da totalidade da população brasileira.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 5 de outubro de 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 01 set 2021.

\_\_\_\_\_. 1990a. **Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, da organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (Lei Orgânica da Saúde). Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)>. Acesso em 01 set. 2021.

\_\_\_\_\_. 1990b. **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. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm)>. Acesso em 01 set. 2021.

BUSS, Paulo Marchiori. Saúde e Desigualdade: o Caso do Brasil. *In*: BUSS, Paulo Marchiori; LABRA, María Eliana (Orgs.). **Sistemas de saúde: continuidades e mudanças**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995. Disponível em: <<https://static.scielo.org/scielobooks/zngyg/pdf/buss-9788575414026.pdf>>. Acesso em: 11 set. 2021.

CASTEL, Robert. **As metamorfoses da questão social**: uma crônica do salário. 10. ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon; COHN, Amelia. Health Reforma in Brazil: Lessons to Consider. **American Journal of Public Health**, January 2003, v. 93, n. 1. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1447689/pdf/0930044.pdf>>. Acesso em: 03 set. 2021.

ESPING-ANDERSEN, Gosta. As três economias políticas do *Welfare State*. **Lua Nova**, São Paulo, n. 24, p. 85-115, set. 1991.

ESTEVEZ, Roberto. **The quest for equity in Latin America**: a comparative analysis of the health care reforms in Brazil and Colombia. *International Journal for Equity in Health*, London, 2 Feb. 2012. Disponível em: <<https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-9276-11-6>>. Acesso em: 01 set. 2021.

FLEURY, Sonia. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2009; 14(3); p. 743-752. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63013535010>>. Acesso em: 02 set. 2021.

\_\_\_\_\_; OUVENERY, Assis Mafort. Política de saúde: uma política social. *In*: GIOVANELLA, Lígia *et al.* (Orgs). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.

GOVERNO DO BRASIL. **População brasileira chega a 213,3 milhões de habitantes, estima IBGE**. Disponível em: <<https://www.gov.br/pt-br/noticias/financas-impostos-e-gestao-publica/2021/08/populacao-brasileira-chega-a-213-3-milhoes-de-habitantes-estima-ibge>>. Acesso em: 02 set. 2021.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; GIOVANELLA, Lígia. Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica. *In*: GIOVANELLA, Lígia *et al.* (Orgs). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.

NORONHA, José Carvalho de; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. O Sistema Único de Saúde – SUS. *In*: GIOVANELLA, Lígia *et al.* (Orgs). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.

PAIM, Jairnilson Silva. Os sistemas universais de saúde e o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS). **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. Especial 5, p. 15-28, dez 2019. Disponível em: <<https://scielosp.org/article/sdeb/2019.v43nspe5/15-28/>>. Acesso em: 11 set. 2021.

POLÍTICAS SOCIAIS: acompanhamento e análise. Brasília: Ipea, 2015. Disponível em: <[https://bibliotecadigital.mdh.gov.br/jspui/bitstream/192/864/1/bps\\_23\\_14072015.pdf](https://bibliotecadigital.mdh.gov.br/jspui/bitstream/192/864/1/bps_23_14072015.pdf)>. Acesso em: 04 set. 2021.

RAMOS, Edith Maria Barbosa; DINIZ, Isadora Moraes. Pobreza, proteção social e cidadania: uma análise do direito à saúde no Brasil a partir da Constituição Federal de 1988. **BARBARÓI (UNISC. ONLINE)**, v. 55, p. 57-80, 2019. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/8182>>. Acesso em: 26 set. 2021.

ROA, Alejandra Carrillo; CANTÓN, Gerardo Alfaro; FERREIRA, Mariana Ribeiro Jansen. Os sistemas de saúde na América do Sul: características e reforma. *In*: MARQUES, Rosa Maria; PIOLA, Sérgio Francisco; ROA, Alejandra Carrillo (Orgs.). **Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro: ABrES; Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento; OPAS/OMS no Brasil, 2016.

ROEMER, Milton Irwin. National Health Systems Throughout the World. **Annual Reviews Public Health**, 1993, 14, p. 335-353. Disponível em: <<https://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev.pu.14.050193.002003>>. Acesso em: 11 set. 2021.

SANTOS, Lenir; FUNCIA, Francisco. **Emenda Constitucional 95 fere o núcleo do direito à saúde**. Disponível em: <<https://www.cee.fiocruz.br/?q=Emenda-Constitucional-95-fere-o-nucleo-essencial-do-direito-a-saude>>. Acesso em: 05 set. 2021.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila; MACHADO, Cristiani Vieira. Proteção social em saúde: um balanço dos 20 anos do SUS. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 18, p. 645-684, 2008.

WHO. World Health Organization. **The World Health Report 2000: health systems, improving performance**. Geneva: WHO, 2000.

WOLF, Paulo José Whitaker; OLIVEIRA, Giuliano Contento de. **Os sistemas de proteção social do Brasil e dos países da Europa Meridional: uma análise comparada**. São Paulo: Instituto de Economia UNICAMP, 2017. Disponível em: <<https://www.eco.unicamp.br/images/arquivos/artigos/3508/TD288.pdf>>. Acesso em: 03 set. 2021.