

# HISTÓRICO DA IMPLEMENTAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL COMO DIREITO FUNDAMENTAL

Héctor Alessando Ivas<sup>1</sup>, Márcia Cecília Vassoler<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Universitário Avantis - Uniavan, Balneário Camboriú – SC, Brasil  
e-mail: hector.ivas@uniavan.edu.br, marcia.vassoler@uniavan.edu.br

Recepção: 28/09/2023

Aprovação: 05/12/2023

**Resumo** – Este trabalho trata da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil como um direito fundamental à saúde. Ele começa com uma análise da evolução histórica dos direitos humanos e sua relação com o direito à saúde, além de abordar aspectos da seguridade social. O estudo inclui uma análise legal dos princípios, competências, objetivos e atribuições do SUS, bem como sua estrutura, incluindo os subsistemas e redes de atendimento. O método utilizado é dedutivo, com base em pesquisas, fundamentação teórica e análise de referências bibliográficas, dissertações, doutrinas e legislações relevantes. O trabalho avalia a eficácia dos serviços prestados pelo SUS como meio de garantir o direito humano à saúde no Brasil, considerando sua amplitude nacional. Ele contextualiza o tema por meio de uma revisão bibliográfica que destaca eventos importantes na história que moldaram o SUS até sua situação atual. Também descreve programas desenvolvidos pela rede pública de saúde, explicando como funcionam e por que são cruciais para o sucesso do SUS. O SUS é apresentado como um sistema que busca não apenas tratar doenças, mas também oferecer um atendimento humanizado e abrangente, levando em consideração o contexto social dos indivíduos atendidos.

**Palavras-Chave** – Direitos Fundamentais, Implementação, Sistema Único de Saúde.

## HISTORY OF THE IMPLEMENTATION OF THE UNIFIED HEALTH SYSTEM IN BRAZIL AS A FUNDAMENTAL RIGHT

**Abstract** – This work deals with the implementation of the Unified Health System (SUS) in Brazil as a fundamental right to health. It begins with an analysis of the historical evolution of human rights and their relationship with the right to health, in addition to addressing aspects of social security. The study includes a legal analysis of the principles, competencies, objectives and responsibilities of the SUS, as well as its structure, including subsystems and service networks. The method used is deductive, based on research, theoretical foundations and analysis of bibliographic references, dissertations, doctrines and relevant legislation. The work evaluates the effectiveness of the services provided by the SUS as a means of guaranteeing the human right to health in Brazil, considering its national scope. It contextualizes the topic through a bibliographical review that highlights important events in history that shaped the SUS to its current situation. It also describes

programs developed by the public health network, explaining how they work and why they are crucial to the success of the SUS. The SUS is presented as a system that seeks not only to treat diseases, but also to offer humanized and comprehensive care, taking into account the social context of the individuals served.

**Keywords** – Fundamental Rights, Implementation, Unified Health System.

## I. INTRODUÇÃO

Neste trabalho, discutiremos a história e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, começando com uma análise retrospectiva da história da saúde no país.

O SUS pode ser entendido como uma política de Estado estabelecida pela Constituição de 1988, que reconheceu a saúde como um direito de cidadania e um dever do Estado.

A base legal do SUS é composta por três documentos que definem os princípios e a estrutura do sistema de saúde brasileiro.

São eles:

- A Constituição Federal de 1988, na qual a saúde é um dos setores que estruturam a seguridade social, ao lado da previdência e da assistência social [1].

- A lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, também conhecida como a Lei Orgânica da Saúde e que dispõe principalmente sobre a organização e regulação das áreas e serviços de saúde em todo território nacional [2].

- A lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que estabelece o formato da participação popular no SUS e dispõe sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde [3].

Além disso, há diversas normatizações, decretos, portarias e medidas provisórias que atualizam, alteram ou revisam aspectos organizacionais e operacionais do sistema. Mas a estrutura formal do SUS está disposta nesses três documentos citados anteriormente.

Acerca do SUS serão apresentados seus princípios e suas diretrizes destacando o princípio da universalização sob a ótica de sua efetivação, sendo ele um dos princípios mais aclamados atualmente.

Apresentaremos suas origens, quando era um sistema em que a assistência se encontrava associada à contribuição previdenciária, restringindo a cobertura à população formalmente vinculada ao mercado de trabalho, complementada por instituições públicas ou filantrópicas de amparo aos mais necessitados.

Após, mostraremos o momento presente, em que se persegue sua consolidação como um sistema de acesso universal que abrange a integralidade da atenção à saúde como um direito de cidadania.

Dentre as motivações para a pesquisa, podemos dizer que o tema nos encanta a partir da ideia de direito fundamental garantido pela nossa Carta Magna de 1988 como conquista do povo brasileiro.

Os que defendem o SUS hoje o fazem de um lugar híbrido de situação/oposição. Como defensores do SUS, são por vezes instados a defendê-lo frente a ataques críticos, ao mesmo tempo em que tem o compromisso de seguir criticando as imperfeições do SUS para superá-las. Difícil tarefa para nossa cultura, na qual nos habituamos a criticar os adversários mais do que os aliados ou a nós mesmos [4].

As palavras de Mattos representam muito bem o lugar que ocupamos como defensores do SUS.

Assim, nossa questão de pesquisa segue nestas indagações: o princípio da universalização é respeitado no Brasil?

## II. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### A. Antecedentes e dificuldades na implantação do sistema Único de Saúde no Brasil

Segundo Bobbio “os direitos não nascem todos de uma vez (...) nascem quando devem ou podem nascer” [5]. O primeiro ponto a ser citado neste trabalho é a evolução histórica dos direitos humanos fundamentais.

Direitos do homem, democracia e paz são três momentos necessários do mesmo movimento histórico: sem direitos do homem reconhecidos e protegidos não há democracia; sem democracia não existem as condições mínimas para a solução pacífica dos conflitos [5].

Bobbio confirma em seu livro que os direitos fundamentais são adquiridos com luta e que o marco inicial dessa conquista é o constitucionalismo [5].

O autor defende a pertinência de políticas sociais, não só como resposta a pressões específicas, senão como forma de expressão da 4ª geração de direitos.

Os antecedentes dessas discussões estão nos séculos XVII e XVIII, culminando na Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, de 1789, após a Revolução Francesa, e, posteriormente, no século XX, na Declaração Universal dos Direitos do Homem, de 1948 e na Convenção Europeia dos Direitos do Homem, de 1950, que marcam a nova era pós Segunda Grande Guerra Mundial e serviram de guia para todas as constituições posteriores, dos diversos países nos quais se adotou o chamado Estado de Direito [5].

Nessa história progressiva, do século XVII aos nossos dias, foram percorridas diversas etapas:

a primeira, foi a da constitucionalização, que transformou uma aspiração ideal secular em um direito público subjetivo, ainda que no restrito âmbito de uma nação [6];

a segunda, que dura até hoje, numa evolução contínua, foi a sua progressiva extensão – iniciando no próprio interior dos direitos de liberdade (direitos civis, de ir e vir), passando para o reconhecimento dos direitos políticos (de associação) até a concessão do sufrágio universal masculino e feminino (passagem do Estado liberal para o Estado democrático) e a

introdução dos direitos sociais (Estado democrático e social); a terceira etapa teve seu ponto de partida na Declaração Universal dos Direitos dos Homens (1948), contemplando a universalização, isto é a transposição da sua proteção interna (do Estado nacional) para o sistema internacional, embora esta transposição seja, mais hipotética do que real [6];

Segundo Bobbio com uma quarta etapa; a da especificação dos direitos, uma vez que a expressão “direito dos homens” é demasiado genérica e não é suficiente, sendo necessário, desde o início, diferenciar os direitos do homem em geral dos direitos do cidadão, no sentido de que a este último se podem atribuir direitos ulteriores. Essa especificação continuou, porém, na medida da necessidade de exigências específicas de proteção, segundo sexo (direitos das mulheres), fase da vida (direito das crianças, dos idosos) ou condições específicas de proteção (de enfermos, deficientes, doentes mentais etc.) [6].

Não restam dúvidas de que houve uma construção história dos direitos fundamentais no mundo, e, compreendermos o movimento sanitário no Brasil e sua importância na história da política de saúde brasileira, faz-se necessário resgatar, de forma breve, a trajetória histórica da saúde no país e o contexto que situa cada momento de mudança da referida política.

### B. A saúde pública antes do Sistema Único De Saúde - SUS:

Bertolli relata que no início da colonização portuguesa em solo brasileiro, logo após a descoberta em 1500, os portugueses enfatizaram que o nosso território era um “paraíso”, no mais, os nativos que aqui estavam, eram acostumados a viver em um mundo sem enfermidades e doenças, enquanto a Europa era assolada por doenças mortais que incluíam sarampo, gripe, peste bubônica, malária, difteria, tifo e cólera [7].

O autor argumenta que durante o período colonial no Brasil, a falta de médicos e recursos para combater doenças e epidemias tornou a colonização desafiadora, desencorajando a migração de Portugal para o Brasil. A presença significativa de médicos só começou a ser observada no século XVIII, mas eram escassos. As mudanças na administração pública colonial ocorreram no século XIX com a chegada da corte portuguesa ao Brasil, o que impulsionou melhorias na saúde, incluindo a criação de academias médico-cirúrgicas no Rio de Janeiro em 1813 e posteriormente na Bahia em 1815.

Durante a República Velha (1889-1930), o Brasil começou a implementar suas primeiras políticas de saúde. Isso incluiu uma reforma no serviço sanitário paulista de 1892, que serviu de modelo para o país. Além disso, foram estabelecidos os primeiros institutos de pesquisa em saúde pública e agricultura, como o Instituto Bacteriológico e o Instituto Biológico. Foi determinado que apenas médicos diplomados poderiam tratar da saúde da população. [7].

Na era Vargas (1930-1945), houve uma reestruturação significativa dos serviços de saúde no Brasil. O presidente Getúlio Vargas buscou afastar o controle político das oligarquias regionais, centralizando o poder. Em 1930, a área de saúde passou a compartilhar um ministério com a educação, resultando em uma ampla remodelação dos serviços de saúde no país. [7].

Durante o governo de Vargas, a Lei Elói Chaves (1923) foi aplicada em várias categorias profissionais, garantindo assistência médica gratuita, aposentadoria por tempo de serviço

e invalidez para trabalhadores com carteira assinada. Isso marcou um avanço na proteção da saúde dos trabalhadores [7]. Após a Segunda Guerra Mundial e a redemocratização do Brasil (1945-1964), foram criados vários órgãos no campo da saúde pública, incluindo o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), estabelecido em 1942 em acordo com os EUA [7].

Em março de 1964, o Brasil entrou em um regime militar. Durante esse período, ocorreu o chamado "milagre econômico", que impulsionou o crescimento econômico do país. No entanto, houve um esvaziamento do Ministério da Saúde devido a cortes de verbas, principalmente devido à centralização das políticas de segurança e desenvolvimento pelos militares [7].

Durante o governo militar, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) foi criado em 1966 por meio da fusão de vários institutos de aposentadoria e pensões do setor privado, bem como de serviços comuns a esses institutos. O INPS estava vinculado ao Ministério da Previdência e Assistência Social e desempenhava um papel fundamental na concessão e manutenção de benefícios previdenciários para trabalhadores urbanos e rurais, incluindo aposentadorias, pensões, auxílios e seguros por acidente de trabalho. Suas fontes de financiamento incluíam contribuições de empregados, empregadores e da União. No entanto, o INPS entrou em crise na década de 1980 e foi extinto em 1990 [7].

Para superar os desafios enfrentados pelo INPS, em 1974, foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), que incorporou o INPS e se libertou das imposições do Ministério do Trabalho. Além disso, a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV) foi criada para conter a evasão de recursos [7].

Como medidas para atenuar as críticas que atingiam o próprio regime, foram implementados mais três programas; em 1971 foi criado o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural - FUNRURAL, um programa voltado aos direitos previdenciários dos trabalhadores rurais [7].

Alguns anos depois, o Plano de Pronta Ação (PPA) foi implementado para acelerar atendimentos médicos urgentes e reorganizar o sistema de assistência médica previdenciária. Ele designou hospitais próprios para alta especialização e pesquisa, incentivou convênios com empresas e governos, e permitiu o credenciamento de médicos [8].

Por fim no ano de 1975 foi criado o Sistema Nacional de Saúde onde tinha como objetivo baratear e deixar mais eficiente as ações de saúde de todo o país [7]. Durante essa década, o INPS introduziu importantes inovações, incluindo o salário-maternidade, amparo para pessoas com mais de 70 anos e inválidos, e também a implementação do auxílio por acidente de trabalho para trabalhadores rurais.

Em 24 de janeiro de 1976, por meio do Decreto nº 77.077, toda a legislação previdenciária foi consolidada na Consolidação das Leis da Previdência Social [8].

Em 1977, a Lei nº 6.439 estabeleceu a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas) no âmbito do Ministério da Previdência. O Sinpas tinha o propósito de regular benefícios, custear programas e gerenciar aspectos administrativos e financeiros da previdência social. Isso incluiu a criação do Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (Iapas) para atividades financeiras e do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) para assistência médica. O

Sinpas também absorveu o INPS, que passou a cuidar exclusivamente da concessão e manutenção de benefícios em dinheiro, e incorporou outras instituições como a Fundação Legião Brasileira de Assistência (LBA), Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (Funabem), Dataprev e Ceme [8].

As alterações feitas no sistema previdenciário não tiveram o efeito desejado pelo governo e levaram o Brasil a uma crise financeira a partir de 1980. O déficit crescente chegou a 150 bilhões de cruzeiros no início de 1981, incluindo o INPS, que enfrentou sérias dificuldades e teve sua falência virtual decretada no final desse ano. Isso se deveu a fraudes, corrupção, práticas clientelistas e más condições de trabalho para seus funcionários, resultando na extinção do INPS pela Lei nº 8.029, de 12 de abril de 1990, que deu origem ao Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) durante o governo de Fernando Collor de Melo [7].

Após o colapso do modelo econômico durante o regime militar, o Brasil enfrentou uma crise na área da saúde devido à falta de expansão do sistema de saneamento e à ineficácia da educação sanitária, o que resultou em altas taxas de doenças. Enquanto o Ministério da Saúde e da Previdência Social não tomavam medidas, o Governo Federal implementou projetos na década de 80, como o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde), o Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (Conasp) e as Ações Integradas de Saúde (AIS), para reorganizar de forma racional as atividades relacionadas à saúde. Contudo, esses esforços encontraram oposição dos empresários das empresas privadas de saúde, e em 1986 o presidente Sarney acabou apoiando a proposta de reorganização do Sistema de Saúde oficial [7].

Diante da má qualidade da saúde no Brasil, tanto a população quanto os profissionais da área se mobilizaram em defesa dos direitos dos pacientes. Isso levou à criação da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) e do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes), que formaram o movimento sanitarista. Um dos principais resultados desse movimento foi o documento "pelo direito universal à saúde", que enfatizava o acesso à assistência médico-sanitária como um direito do cidadão e uma responsabilidade do Estado. Apesar dos conflitos com empresários da saúde privada, a Constituição promulgada em 1988 incorporou a maioria das propostas dessas organizações populares e especialistas em saúde [7].

Após a reforma constitucional de 1988, houve uma mudança significativa no conceito de saúde, passando a ser compreendida sob uma perspectiva social, política e econômica, reconhecendo-a como um direito social da população e uma responsabilidade do governo. Isso culminou na criação de um sistema único de saúde com a participação da comunidade, descentralizado e que oferece assistência integral, além da integração da saúde no sistema de seguridade social [9].

Apesar das mudanças propostas pela Constituição de 1988, o sistema de saúde no Brasil ainda não atingiu o ideal estabelecido. Isso se deve a quatro razões principais: o neoliberalismo não resolveu as desigualdades, mas as intensificou; o estado não conseguiu organizar o setor privado de saúde; os gastos insuficientes resultaram em implementação lenta e desintegrada; e a assistência universal revelou profundas diferenças sociais e econômicas de forma desigual na sociedade brasileira [9].

## C. Da estrutura do SUS e seu financiamento

### 1) Da estrutura do do SUS.

Conforme o princípio da descentralização o poder e a responsabilidade do SUS são retribuídos aos três níveis de governo, dando autonomia e soberania para cada esfera de governo gerenciar, decidir e fiscalizar as ações de saúde [2]. A Constituição Federal, nos artigos 196 a 200, estabelece os princípios, diretrizes e competências do Sistema Único de Saúde (SUS), enquanto o papel de cada esfera de governo no SUS é detalhado pela Lei Orgânica da Saúde - LOS [10].

O Ministério da Saúde desempenha um papel fundamental no âmbito nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), envolvendo atividades estratégicas como planejamento, controle, avaliação e descentralização. Ele também coordena sistemas de alta complexidade, laboratórios de saúde pública e hemoderivados. Além disso, regula o setor privado de saúde, elaborando normas para as relações entre o SUS e serviços privados, assim como critérios de remuneração e padrões assistenciais [10].

O Ministério da Saúde também identifica serviços estaduais e municipais de referência nacional para estabelecer padrões técnicos de assistência à saúde. Isso reflete a sua importância na definição e coordenação das diretrizes nacionais para o SUS, conforme estabelecido pela Lei Orgânica da Saúde [10].

O papel da direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil é crucial para o planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do SUS. Os municípios participam desse processo em articulação com a direção estadual. Além disso, o estado tem um papel importante no acompanhamento, controle e avaliação das redes hierarquizadas do SUS. Em relação às redes assistenciais específicas, o gestor estadual coordena três sistemas: de alta complexidade, de laboratórios de saúde pública e de hemocentros. No entanto, não há referência a competências específicas do gestor estadual em relação ao planejamento, controle, avaliação, gestão e execução geral de ações e serviços, exceto em caráter suplementar. Da mesma forma, não há menção de nenhuma competência específica do gestor estadual em relação aos serviços privados contratados pelo SUS [10].

Por fim, no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, a direção municipal tem um papel significativo no planejamento, organização, controle, avaliação e gestão dos serviços públicos de saúde. Além disso, o gestor municipal tem um papel importante na celebração de contratos e convênios com prestadores privados, bem como no controle, avaliação e fiscalização desses prestadores. Portanto, as competências de relação direta com prestadores públicos e privados são atribuídas aos gestores municipais do SUS. Em relação a redes assistenciais específicas, o gestor municipal é responsável pela gestão de laboratórios públicos de saúde e hemocentros [10].

### 2) Do financiamento

De acordo com o Art. 198 § 1º da Carta Magna, a saúde é uma das três áreas que compõe a seguridade social, portanto, a mesma deve ser financiada conforme estabelecido no Art. 195 do texto constitucional, assim sendo, o financiamento ocorrerá de forma direta e indireta por toda a sociedade, mediante recursos provenientes do orçamento da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de contribuições sociais que incidem sobre a folha de salários e demais rendimentos do

trabalho, sobre o faturamento e o lucro das empresas, a receita de concursos de prognósticos e a importação de bens e serviços do exterior [1].

De acordo com a Lei nº 8.080 de 1990, os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) são administrados em contas bancárias específicas chamadas Fundos de Saúde. Cada esfera de governo (federal, estadual e municipal) possui seu próprio Fundo de Saúde para gerenciar esses recursos. No nível federal, o Ministério da Saúde administra os recursos por meio do Fundo Nacional de Saúde (FNS). Nos níveis estadual e municipal, os Fundos Estaduais de Saúde (FES) e os Fundos Municipais de Saúde (FMS), respectivamente, são responsáveis pela gestão financeira, supervisionados pelas Secretarias de Saúde correspondentes. Além disso, esses recursos são fiscalizados pelos Conselhos de Saúde [2].

O Artigo 4º da Lei nº 8.142 de 1990, estabelece aos estados, municípios e o Distrito Federal, os critérios para receber os recursos destinados à saúde. Isso inclui a obrigação de ter um Fundo de Saúde, um Conselho de Saúde com composição paritária, um plano de saúde, relatórios de gestão para controle, contrapartida de recursos no orçamento e a criação de uma Comissão para elaborar o Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) com prazo de dois anos para implementação. O não cumprimento desses requisitos resulta na administração dos recursos pelos estados ou pela União, conforme a situação [3]. Destaca-se na mesma lei, no art. 3º que dos valores repassados do Fundo Nacional da Saúde, pelo menos 70% do valor total devem ser repassados aos municípios, já o restante é repassado aos Fundos Estaduais de Saúde.

A Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012, é responsável por estabelecer o mínimo de valores que devem ser aplicados pela União, pelos estados e municípios, anualmente [11].

A aplicação dos recursos acontece da seguinte maneira:

Recursos da União: a União aplicará anualmente, o valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da Lei Orçamentária Anual, caso a variação do PIB no período seja negativa, esta não poderá ser deduzida do Orçamento para a Saúde, sendo que esse repasse não pode ser inferior a 15% da arrecadação anual;

Recursos Estaduais e do Distrito Federal: os Estados e o Distrito Federal aplicarão anualmente, no mínimo, 12% do valor arrecadado através dos impostos;

Recursos Municipais e do Distrito Federal: serão aplicados anualmente no mínimo, 15% do valor arrecadado através dos impostos [11].

O processo de planejamento de recursos deve ser de baixo para cima, ou seja, baseado nas necessidades de saúde da população de cada região. O planejamento orçamentário deve obedecer às disposições dos planos plurianuais de saúde, leis de diretrizes orçamentárias (LDO) e leis orçamentárias anuais (LOA). Uma vez elaborado, o planejamento orçamentário deve ser submetido à apreciação do Conselho de Saúde da esfera correspondente e logo após é homologado pelo chefe do Executivo da esfera correspondente [2].

A partir da Portaria 3.992 de dezembro de 2017, os recursos federais destinados à saúde são divididos em dois blocos. O primeiro é o Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de

Saúde, que serve para manter os serviços de saúde pública e o funcionamento das instituições responsáveis por eles. O segundo é o Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde, usado para adquirir equipamentos, construir novas instalações e renovar edifícios utilizados na prestação de serviços de saúde pública [12].

#### D. princípios e diretrizes que compõem o Sistema Único De Saúde

Os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) constituem as bases para o funcionamento e organização do sistema de saúde no país, afirmando direitos conquistados historicamente pelo povo brasileiro e o formato democrático, humanista e federalista que deve caracterizar sua materialização [13].

Neste sentido, os princípios e diretrizes do SUS devem ser compreendidos a partir de uma perspectiva histórica e epistemológica, constituindo-se como um produto resultante de um processo político e que expressa concepções sobre saúde e doença, direitos sociais, gestão, as relações entre as esferas de governo do país, entre outros [13].

De acordo com o Ministério da Saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, oferecendo um amplo espectro de serviços que vão desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial na Atenção Primária até procedimentos complexos como transplantes de órgãos. O SUS assegura acesso integral, universal e gratuito a toda a população do país, representando um marco na garantia do direito à saúde sem discriminação. Além disso, o SUS promove a atenção integral à saúde, indo além dos cuidados assistenciais e estabelecendo-se como um direito de todos os brasileiros desde o nascimento, com um enfoque na promoção da saúde e na prevenção de doenças [14].

A gestão das ações e dos serviços de saúde deve ser solidária participativa entre os três entes da Federação: a União, os Estados e os municípios. A rede que constitui o SUS é ampla e engloba tanto ações quanto os serviços de saúde. Abrange a atenção primária, média e alta complexidades, os serviços urgência e emergência, a atenção hospitalar, as ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e assistência farmacêutica [14].

De acordo com a Constituição Federal de 1988 (CF-88), a “Saúde é direito de todos e dever do Estado”. No período anterior a CF-88, o sistema público de saúde servia assistência apenas aos trabalhadores vinculados à Previdência Social, aproximadamente 30 milhões de pessoas com acesso aos serviços hospitalares, cabendo o atendimento aos demais cidadãos às entidades filantrópicas [14].

O SUS é composto pelo Ministério da Saúde, Estados e Municípios, conforme determina a Constituição Federal. Cada ente tem suas responsabilidades.

De acordo com a Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde, os princípios do SUS são totalmente de inspiração humanista, levados às últimas consequências, definem a humanização em qualquer concepção, em qualquer instância de atenção ou gestão.

Universalização: É o princípio que garante o direito à saúde para todas as pessoas, sem discriminação, e o dever do Estado de

prover esse direito, garantindo o acesso às ações e serviços de saúde [14].

Equidade: É o princípio que visa reduzir as desigualdades em saúde, tratando de forma diferente os que têm necessidades diferentes, investindo mais onde há mais carência [14].

Integralidade: É o princípio que considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades de saúde, desde a promoção até a reabilitação, integrando as ações de saúde com outras políticas públicas que afetam a qualidade de vida [14].

Os Princípios Organizativos tratam, na realidade, de formas de concretizar o SUS na prática, são eles:

Regionalização e Hierarquização: É o princípio que organiza os serviços de saúde em níveis crescentes de complexidade, definindo uma área geográfica e uma população a ser atendida, planejando as ações de acordo com os critérios epidemiológicos e articulando os serviços existentes [14].

Descentralização e Comando Único: É o princípio que redistribui o poder e a responsabilidade entre os três níveis de governo, dando autonomia e soberania para cada esfera de governo gerenciar, decidir e fiscalizar as ações de saúde, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade [14].

Participação Popular: Objetiva a participação da sociedade no dia a dia do sistema. Para isto, devem ser criados os Conselhos e as Conferências de Saúde, que visam formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde [14].

#### E. Como combater os reflexos da não universalização do acesso ao direito fundamental à saúde?

O Poder Judiciário executa papel importante na garantia de universalização da saúde. Em razão da denominada judicialização da saúde, o Poder Judiciário tem sido responsável a garantir o acesso a remédios e a assegurar o cumprimento de obrigações nos contratos de planos privados de saúde [15].

A judicialização da saúde, embora importante, não é suficiente para garantir a universalização dos serviços de saúde. O debate nos tribunais destaca as dificuldades de acesso ao SUS e os limites do mercado de saúde no Brasil. A saúde, que envolve recursos humanos e tecnologia de alto custo, exige grandes investimentos que são difíceis de alocar em tempos incertos. A prestação de serviços de saúde é um tipo de serviço que raramente pode ser garantido individualmente, exigindo sempre uma ação social. Justamente porque a saúde é essencial na vida em sociedade, é necessário o compromisso da comunidade para a universalização dos serviços. Isso requer a manutenção de recursos suficientes nos orçamentos públicos e a alocação correta desses recursos para garantir o bem-estar de todos [15]. Na garantia de universalização da saúde está pressuposto o componente indispensável da prevenção. Na verdade, a prevenção não apenas previne a doença, mas também reduz custos e garante bem-estar [15].

Apesar da Constituição Brasileira de 1988 garantir o direito à saúde, na prática, esse direito não é completamente assegurado. A falta de investimentos adequados na saúde pelo Estado e a ausência de incentivos governamentais para a prevenção de problemas de saúde contribuem para o estado precário da saúde pública brasileira. Medidas são necessárias para mudar essa situação [16].

A insuficiência de investimentos na saúde no Brasil é uma das

principais causas da atual situação precária do setor. Uma consequência dessa falta de investimento é a migração de médicos para o setor privado, onde recebem salários mais altos, resultando em uma escassez de profissionais de saúde disponíveis para atender à população pobre que depende do Sistema Único de Saúde [16].

Além disso, a falta de incentivos governamentais para a redução de problemas de saúde na população agrava a capacidade de atendimento do SUS. A prevenção de doenças é mais eficiente do que o tratamento, como é o caso das campanhas antitabagismo. No entanto, no Brasil, essas medidas ainda não são suficientes e as famílias pobres muitas vezes não têm infraestrutura adequada para exercícios ou dinheiro para comprar alimentos saudáveis [16].

Por outro lado, é crucial observar a gestão financeira da saúde pública no Brasil. Nos últimos tempos, tem havido uma recorrência de notícias sobre corrupção, o que afeta diretamente o sistema de saúde devido ao desvio de verbas. Além disso, a falta de investimentos é evidente neste setor. Também é notável a disparidade entre aqueles que possuem planos de saúde e acessam o Sistema Único de Saúde (SUS), revelando uma incoerência. Um exemplo interessante é o Chile, onde os cidadãos são obrigados a escolher entre o atendimento nos hospitais públicos ou a contratação de planos de saúde privados, o que pode ser considerado um modelo mais equitativo [17].

Em resumo, são necessárias medidas para melhorar a saúde pública no Brasil. Isso inclui a mobilização de usuários do SUS e profissionais de saúde para exigir a criação de uma lei que aumente e proteja o financiamento do sistema. Além disso, é importante que o Estado invista em infraestrutura esportiva em bairros carentes, promova campanhas de estímulo à prática de esportes, subsidie alimentos saudáveis para famílias de baixa renda e eduque a população sobre uma alimentação adequada, de forma semelhante à campanha antitabagismo. Essas medidas têm o potencial de melhorar significativamente a saúde pública no Brasil [18].

Também, é dever do Executivo Federal, por meio do ministério da justiça, aliado aos gestores municipais, promover o aperfeiçoamento da aplicação das verbas destinadas ao âmbito da saúde, além de divulgar dados sobre os recursos dessa seara para a sociedade civil em conjunto com ONG's analisarem, para que, dessa forma, esses investimentos passem pelo crivo de várias instâncias, retirando a centralização das decisões acerca dessa área tão fundamental para o desenvolvimento da nação [18].

Em resumo, a melhoria da saúde pública no Brasil requer ações como promover palestras gratuitas sobre alimentação saudável pelo Ministério da Saúde, estabelecer parcerias com a mídia para destacar os riscos da má alimentação e reorganizar o cadastro de beneficiários, separando aqueles que podem pagar por serviços privados. Além disso, é crucial reformular o financiamento do SUS, aumentando-o para atrair profissionais de saúde qualificados e superar os desafios atuais, visando tornar o sistema mais justo e eficaz. Isso pode resolver os problemas enfrentados pela saúde pública no país [19].

### III. DA COLETA DE DADOS

O estudo utilizará pesquisa bibliográfica e estatísticas oficiais de fontes como o IBGE, Portal da Transparência do SUS e pesquisas da Fundação Getúlio Vargas para analisar e investigar

por que o princípio da universalidade não foi totalmente implementado no Brasil.

Ressalta-se que o corte temporal para as coletas se dará no período do ano de 2018 a 2021, visto ainda não estarem disponíveis todos os dados necessários para a inclusão do ano de 2022.

#### A. DA ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS

O SUS, implementado em 1988, busca garantir acesso universal à saúde no Brasil. Para entender os fatores relacionados à universalidade do SUS, é crucial realizar pesquisa bibliográfica e analisar estatísticas oficiais sobre o sistema de saúde. Isso envolve revisar estudos, artigos científicos e relatórios governamentais para compreender políticas e desafios. A análise estatística, incluindo dados demográficos e de atendimento médico, é essencial para avaliar o alcance e impacto do SUS na população brasileira. Nesse viés podemos destacar e analisar os seguintes dados:

O número dos usuários do SUS dos últimos 4 anos, foram os seguintes:

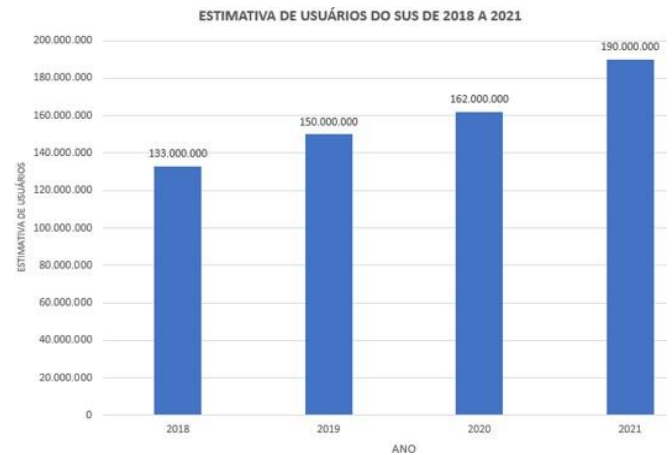


Gráfico 1: Estimativa de usuários do SUS [20],[21],[22],[23].

Sendo que a estimativa da quantidade populacional brasileira correspondida entre 2018-2021 apresenta os seguintes números:

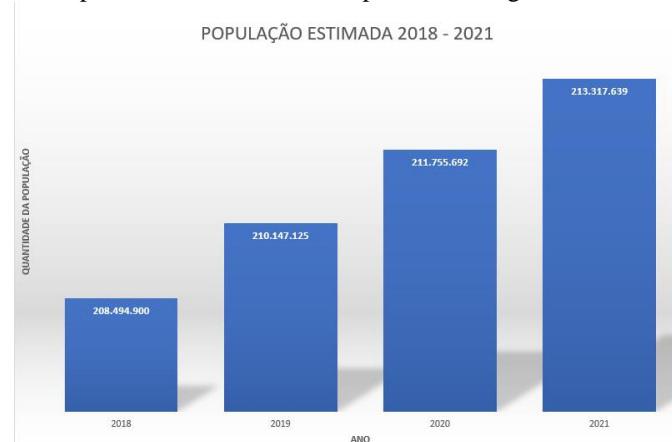


Gráfico 2: População estimada [24],[25].

Outros dados de determinada importância são os valores repassados e gastos referente ao SUS, em que Segundo o Portal de Transparência, divulgado pela Controladoria-geral da União entre 2018 e 2021 correspondeu aos seguintes valores

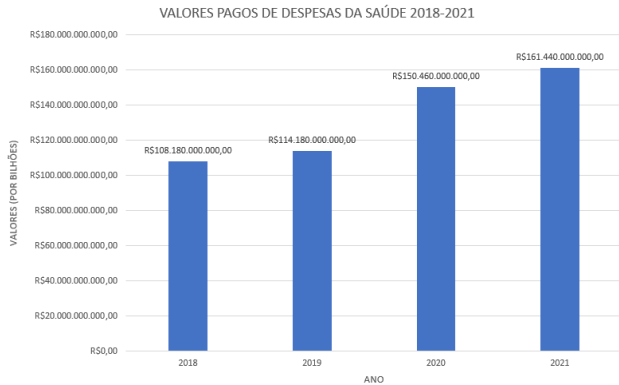


Gráfico 3: Valores pagos de despesas da saúde [26].

Observando esses dois últimos dados podemos chegar ao valor estimado do quanto de despesas foram gastos por pessoa, dependente do SUS e referente a quantidade populacional no Brasil, chegando aos seguintes valores por ano:

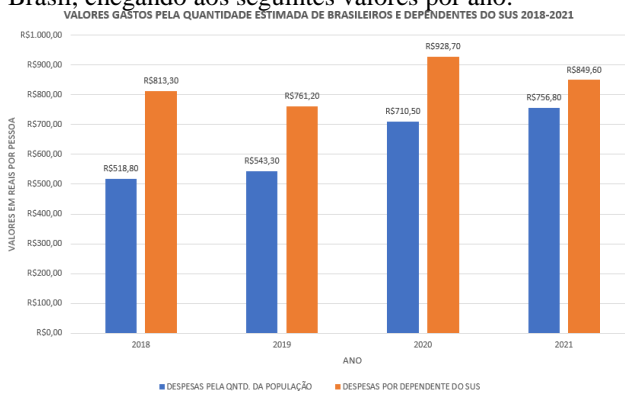


Gráfico 4: Valores gastos pela quantidade de brasileiros e dependentes dos SUS [26],[27].

Outros dados importantes para análise são os indicadores da Atenção Básica à Saúde (APS), fornecidos pela Secretária de Atenção Primária a Saúde por meio do Ministério da Saúde, em que fornecem estimativas da população coberta pelas equipes de Saúde da Família. Nos últimos quatro anos de pesquisa, sendo considerado como último ano de dados fornecidos, foram coletados os seguintes dados:

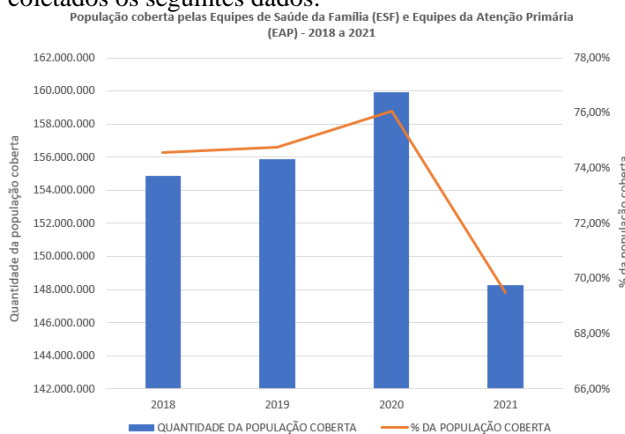


Gráfico 5: População coberta pelas ESF e EAP [24],[25].

Esses dados podem ser utilizados para análises e comparações relacionadas ao financiamento da saúde pelo governo, bem como para avaliar o impacto das equipes de Saúde da Família na cobertura da atenção básica à saúde da população brasileira. Em relação ao número dos médicos no Brasil, a Associação Médica Brasileira é responsável por essa demonstração, onde apresenta um aumento relativo aos anos interiores. Sendo destacados da seguinte maneira:

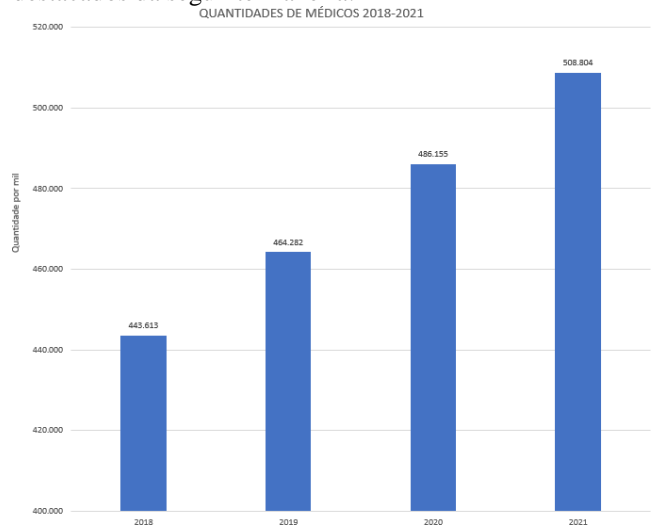


Gráfico 6: Quantidade de médicos [28].

Este mesmo Órgão afirma que mais de 600 milhões de consultas médicas são realizadas por ano no Brasil, o que corresponde a aproximadamente três consultas por habitante. Em relação a quantidade de leitos no Brasil no período de 2018-2021 apresentaram os seguintes dados:

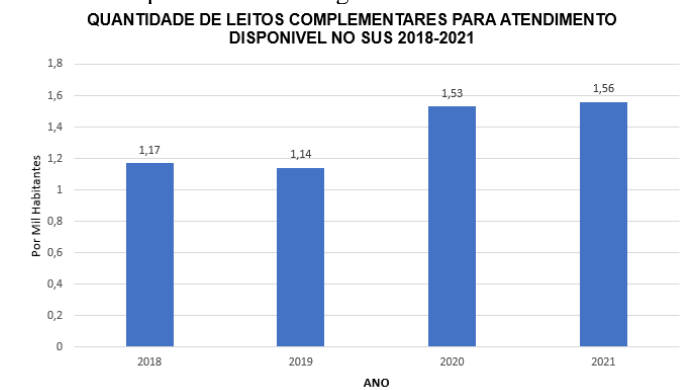


Gráfico 7: Quantidade de leitos complementares [27].

Se tratando de corrupção o Brasil não vem muito bem no Índice de Percepção da Corrupção (IPC), que avalia 180 países do mundo. O Brasil no último ano da pesquisa (2021), ocupou 96ª colocação e em 2020 estava em 94 posição. Sendo quanto melhor a posição no ranking, menos o país é considerado corrupto. Em que foram apresentados os seguintes números no corte temporal aqui discutido:

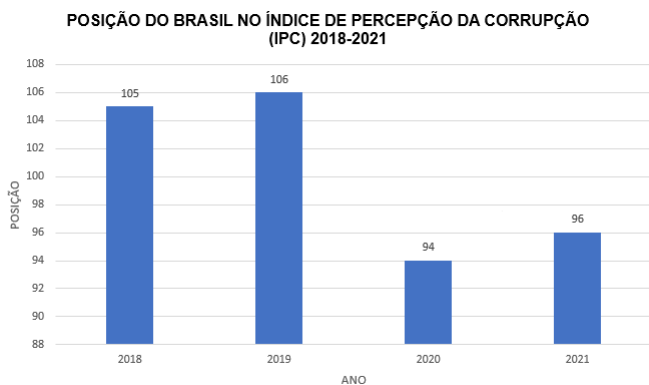


Gráfico 8: Posição do Brasil no Índice de Percepção de Corrupção [29].

Um dos principais fatores que contribui para o aumento do índice de corrupção é a falta de auditorias e fiscalizações na área da saúde. Essas práticas são responsáveis por evidenciar a disposição dos entes governamentais em identificar e combater fraudes no sistema de saúde. Deste modo abaixo se encontra o gráfico, mostrando o histórico entre o período de 018 a 2021, ressaltando-se a diminuição de auditorias e fiscalizações realizadas:

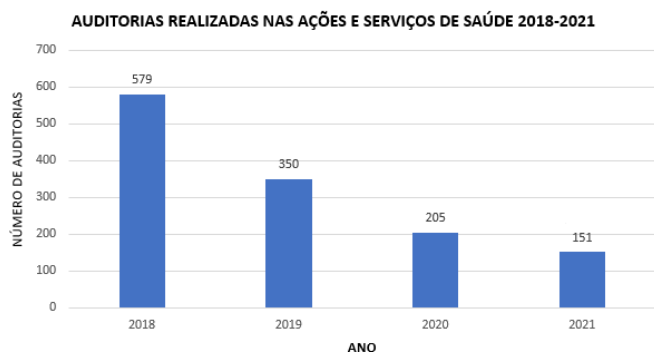


Gráfico 9: Auditorias realizadas nas ações e serviços de saúde [30].

A pobreza pode criar barreiras ao acesso e à utilização dos cuidados de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. As áreas mais pobres podem ter falta de instalações médicas adequadas e a qualidade do atendimento pode ser inferior. Além disso, os custos com medicamentos e a dificuldade em tirar tempo do trabalho para buscar atendimento médico podem ser desafios para as pessoas que vivem na pobreza. Considerando os dados estabelecidos pela pesquisa mais atualizada da FGV, os números que demonstram a pobreza no Brasil foram os seguintes:

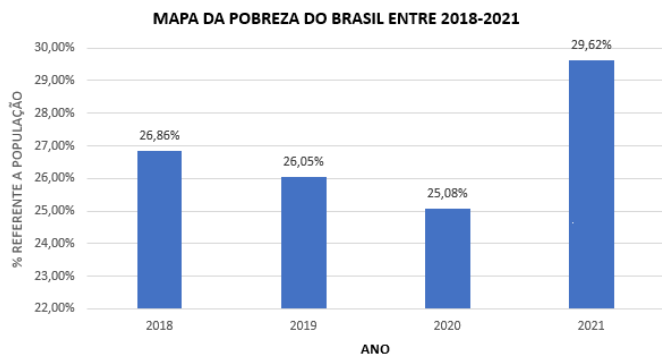


Gráfico 10: Mapa da pobreza Brasil [31].

Ressalta-se que o mapa indica a porcentagem de pobreza no Brasil em relação a sua população, sendo considerado pobreza a renda per capita de R\$ 497,00.

Os dados apresentados destacam os desafios na universalização do SUS. A insuficiência de financiamento e a corrupção são obstáculos significativos para a sua consolidação. Além do financiamento adequado, uma gestão eficiente e a participação ativa dos cidadãos são cruciais para o sucesso do SUS. É essencial investir continuamente na formação e retenção de profissionais de saúde qualificados, especialmente em áreas rurais e remotas. A infraestrutura de saúde nessas áreas também precisa ser aprimorada para garantir o acesso universal aos cuidados de saúde. Apesar desses desafios, o compromisso do Brasil com a saúde como um direito humano serve como um modelo para outros países. Com investimento adequado, boa gestão e envolvimento ativo dos cidadãos, o SUS tem o potencial de transformar a saúde e o bem-estar da população brasileira.

#### IV. CONCLUSÃO

Após a realização da pesquisa sobre o histórico da implementação do Sistema Único de Saúde no Brasil como direito fundamental, é possível perceber a importância do SUS para a população brasileira.

Ao apresentar os projetos antecedentes e as dificuldades na implantação do SUS, fica evidente que houve uma longa trajetória até que o sistema pudesse ser efetivamente implementado. Dentre as dificuldades encontradas, destacam-se a falta de recursos financeiros e a falta de vontade política. Ao demonstrar os dados gerais do SUS e seu financiamento, podemos perceber que o sistema é responsável por atender a grande maioria da população brasileira. No entanto, ainda há muito a ser feito em relação ao financiamento do SUS, uma vez que os recursos disponíveis muitas vezes não são suficientes para atender todas as demandas.

No mesmo viés dos outros serviços públicos essenciais em nosso país como a educação, o saneamento e a segurança, o SUS enfrenta diversos problemas. Vimos que o sistema em si e as leis e diretrizes que o regem são muito bons, contudo, os problemas que o cercam, são principalmente de ordem financeira e de má gestão, fazendo com que o serviço prestado seja insuficiente.

Ao apresentar os princípios e as diretrizes que compõem o SUS, fica claro que o sistema tem como objetivo garantir o acesso universal, igualitário e integral à saúde. No entanto, apesar desses princípios e diretrizes, ainda existem muitos desafios a serem enfrentados para que o acesso à saúde seja de fato universalizado.

Por fim, em relação às possíveis soluções que venham combater os reflexos da não universalização do acesso ao direito fundamental à saúde, é necessário que haja um maior investimento na saúde pública, bem como uma maior efetividade na gestão dos recursos disponíveis. Além disso, é necessário que haja uma maior conscientização da população sobre a importância do SUS e da saúde pública em geral.

#### V. REFERÊNCIAS

[1] BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil.



Brasília: Senado Federal, 1988.

[2] BRASIL. Lei nº 8.080/90. Brasília: Diário Oficial da União, 1990.

[3] BRASIL. Lei n. 8.142/90. Brasília: Diário Oficial da União, 1990.

[4] MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A (Orgs.) Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde. Rio de Janeiro: IMS, UERJ, ABRASCO, 2001.

[5] BOBBIO, Norberto. A Era dos Direitos, Rio de Janeiro, Editora Campus, 2004.

[6] BOBBIO, Norberto, Teoria geral da política. A filosofia política e as lições dos clássicos. 2ª. Ed. Rio de Janeiro, Editora Campus. 2000.

[7] BERTOLLI, C. A. História da saúde pública no Brasil. São Paulo: Editora Ática, 2011.

[8] OLIVEIRA, J. & TEIXEIRA, S. (IM) Previdência Social 60 anos de história da previdência no Brasil. Petrópolis-RJ, ABRASCO, 1985.

[9] ROCHA, A. A., CESAR, C. L. G., RIBEIRO, H. Saúde pública: bases conceituais. 2ª edição. São Paulo: Editora: ATHENEU.

[10] Souza, R. R. Sistema Público de Saúde Brasileiro. Ministério da Saúde - Brasil. São Paulo, 2002. Disponível em: [https://www.inesul.edu.br/site/documentos/sistema\_publico\_brasileiro.pdf]. Acesso em: 22 de maio de 2023.

[11] BRASIL. Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012. Brasília: Diário Oficial da União, 2012.

[12] BRASIL. Portaria 3.992, de 27 de dezembro de 2017. Brasília: Diário Oficial da União, 2017.

[13] PEREIRA A. L. et al. O SUS no seu Município: garantindo saúde para todos. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

[14] BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. [Brasília]: MS, 2022 Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus. Acesso em: 31 outubro 2022.

[15] OLIVEIRA, F. C. O Dia Mundial da Saúde e o desafio da universalização no Brasil. TJPR, 2019. Disponível em: https://www.tjpr.jus.br/noticias/-/asset\_publisher/9jZB/content/o-dia-mundial-da-saude-e-o-desafio-da-universalizacao-no-brasil/18319/. Acesso em: 32 outubro 2022.

[16] BARATA, R. B. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

[17] BARCELLOS, A. P. O direito a prestações de saúde: complexidades, mínimo existencial e o valor das abordagens coletivas e abstratas. In: SOUZA NETO, C. P.; SARMENTO, D. (Coords.). Direitos sociais: fundamentos, judicialização e direitos sociais em espécie. 2ª tiragem. Rio de Janeiro: Editora Lúmen Juris, 2010.

[18] BOTELHO, R. F. A judicialização do direito à saúde: a tensão entre o “mínimo existencial” e a “reserva do possível” na busca pela preservação da dignidade da pessoa humana. Curitiba: Juruá, 2011.

[19] MARIO, D. N. et al. Qualidade do pré-natal no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, pp. 1223-1232, 2019.

[20] BRASIL. Ministério da Saúde. Maior sistema público de saúde do mundo, SUS completa 31 anos. [Brasília]:

Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021/setembro/menor-sistema-publico-de-saude-do-mundo-sus-completa-31-anos. Acesso em: 07 de setembro de 2023.

[21] ESTADÃO SUMMIT SAÚDE. Acesso à saúde: 150 milhões de brasileiros dependem do SUS. Desafios no Brasil, 23 set. 2020. Disponível em: https://summitsaude.estadao.com.br/desafios-no-brasil/acesso-a-saude-150-milhoes-de-brasileiros-dependem-do-sus/. Acesso em: 07 de set. de 2023.

[22] GAZETA DO POVO. 133,3 milhões de pessoas dependiam exclusivamente do SUS em 2018. República Breves, 25 nov. 2020. Disponível em: 133,3 milhões de pessoas dependiam exclusivamente do SUS em 2018 (gazetadopovo.com.br). Acesso em: 07 de set. de 2023.

[23] Guimarães, C. A importância de um sistema de saúde público e universal no enfrentamento à epidemia. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, 2020. Disponível em: https://www.epsvj.fiocruz.br/noticias/reportagem/a-importancia-de-um-sistema-de-saude-publico-e-universal-no-enfrentamento-a. Acesso em: 07 de set. de 2023.

[24] BRASIL. Ministério da Saúde. Painel de Monitoramento da Cobertura da Atenção Primária à Saúde - Saúde da Família 2007-2020. [Brasília]: MS, 2023. Disponível em: https://sisaps.saude.gov.br/painelsaps/saude-familia. Acesso em: 7 de set. de 2023.

[25] BRASIL. Ministério da Saúde. Painel de Monitoramento da Cobertura da Atenção Primária à Saúde - Cobertura da Atenção Primária 2020-2023. [Brasília]: MS, 2023. Disponível em: https://sisaps.saude.gov.br/painelsaps/cobertura\_aps. Acesso em: 7 de set. de 2023.

[26] BRASIL. CONTROLADORIA-GERAL DA UNIÃO. Portal da Transparência do Sistema Único de Saúde. Disponível em: https://portaldatransparencia.gov. Acesso em: 07 de set de 2023.

[27] IBGE-INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Coordenação de População e Indicadores Sociais, 2022.

[28] Associação Médica Brasileira. Demografia Médica 2023 [Internet]. Brasília: Associação Médica Brasileira; 2023. Disponível em: DemografiaMedica2023\_8fev-1.pdf (amb.org.br). Acesso em: 07 de set de 2023.

[29] TRANSPARÊNCIA INTERNACIONAL. "Índice de Percepção da Corrupção" [Internet]. Disponível em: https://transparenciainternacional.org.br/indices. Acesso em: 22 de maio de 2023.

[30] BRASIL, Ministério da Saúde. Relatório Anual de Gestão (RAG). 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/gestao-do-sus/instrumentos-de-planejamento-do-sus/rag. Acesso em: 07 de set. de 2023.

[31] NERI, Marcelo C. “Mapa da Nova Pobreza”, Marcelo Neri –27 págs., Rio de Janeiro, RJ – junho/2022 - FGV Social. (inclui texto e anexo com atlas de pobreza). Disponível em: https://cps.fgv.br/MapaNovaPobreza. Acesso em: 07 de set. de

2023.

## VI. DADOS BIOGRAFICOS

**Héctor Alessandro Ivas**, nascido em 30/07/2000 em Irineópolis, estudante da Universidade Uniavan, atualmente é estagiário na 1ª Vara Cível da Comarca de Porto Belo.

**Dra. Marcia Cecília Vassoler**, nascida em 22/11/1960 em Lages, Mestre em Gestão de Políticas Públicas, Doutora em Educação, atualmente é Professora da Uniavan e Conselheira do CONSUN.