

O DIREITO À SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO DE 1988: DESAFIOS E PERSPECTIVAS

THE RIGHT TO HEALTH IN THE 1988 CONSTITUTION: CHALLENGES AND PERSPECTIVES

EL DERECHO A LA SALUD EN LA CONSTITUCIÓN DE 1988: DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS

Amanda Muniz Silva¹

Marcos André de Sousa Branco²

Henrique Rodrigues Lelis³

RESUMO: Este artigo teve como objetivo analisar o direito a saúde, previsto na Constituição de 1988, buscando identificar os principais desafios e perspectivas envolvidos na sua efetivação. A partir de uma revisão bibliográfica que incluiu artigos acadêmicos, legislações, resoluções, portarias e a Constituição Federal de 1988, constatou-se que, apesar dos avanços promovidos pelo SUS, o acesso universal e igualitário à saúde ainda não foi plenamente garantido. Entre os principais desafios incluem a desigualdade na distribuição de recursos, a precariedade das infraestruturas em áreas remotas e as barreiras enfrentadas por grupos vulneráveis. Dessa forma, é imprescindível o empenho contínuo do Ministério, das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e dos órgãos de fiscalização para assegurar que o SUS permaneça como um sistema inclusivo, eficiente e efetivo, em conformidade com os princípios da universalidade, igualdade e integralidade previstos no ordenamento jurídico brasileiro.

11

Palavras-chave: Acesso universal. Direito fundamental. Desafios. SUS.

ABSTRACT: This article aimed to analyze the right to health, provided for in the 1988 Constitution, seeking to identify the main challenges and perspectives involved in its implementation. From a bibliographical review that included academic articles, legislation, resolutions, ordinances and the 1988 Federal Constitution, it was found that, despite the advances promoted by the SUS, universal and equal access to health has not yet been fully guaranteed. Among the main challenges include inequality in the distribution of resources, the precariousness of infrastructure in remote areas and the barriers faced by vulnerable groups. Therefore, the continued commitment of the Ministry, the State and Municipal Health Secretaries and the supervisory bodies is essential to ensure that the SUS remains an inclusive, efficient and effective system, in accordance with the principles of universality, equality and integrality set forth. in the Brazilian legal system.

Keywords: Universal access. Fundamental right. Challenges. SUS.

¹ Cursando Mestrado em Ciências Jurídicas na Veni Creator University. Servidora do Tribunal de Justiça de Pernambuco. Formada em Direito com especialização em Civil e Processo Civil e Processo Penal.

² Cursando Mestrado em Ciências Jurídicas na Veni University. Servidor do Tribunal de Justiça de Pernambuco. Formado em Administração e Direito com especialização em Direito Civil e Processo Civil.

³ Orientador. Doutorado em Sistemas de Informação e Gestão do Conhecimento. Mestrado em Direito. Professor e Pesquisador.

RESUMEN: Este artículo tuvo como objetivo analizar el derecho a la salud, previsto en la Constitución de 1988, buscando identificar los principales desafíos y perspectivas involucradas en su implementación. A partir de una revisión bibliográfica que incluyó artículos académicos, leyes, resoluciones, ordenanzas y la Constitución Federal de 1988, se constató que, a pesar de los avances promovidos por el SUS, el acceso universal e igualitario a la salud aún no está plenamente garantizado. Entre los principales desafíos se encuentran la desigualdad en la distribución de los recursos, la precariedad de las infraestructuras en zonas remotas y las barreras que enfrentan los grupos vulnerables. Por lo tanto, el compromiso continuo del Ministerio, de las Secretarías de Salud estatales y municipales y de los órganos de control es fundamental para garantizar que el SUS siga siendo un sistema inclusivo, eficiente y eficaz, de acuerdo con los principios de universalidad, igualdad e integralidad establecidos en. El sistema jurídico brasileño.

Palabras clave: Acceso universal. Derecho fundamental. Desafíos. SUS.

INTRODUÇÃO

Os direitos fundamentais são tradicionalmente classificados em gerações, o que sugere que eles não surgiram todos em um único momento histórico, mas foram fruto de uma evolução histórico-social e de conquistas progressivas da humanidade (PITTA AMR, 2010). Não há consenso na doutrina brasileira sobre o conceito de “gerações de direitos humanos”, sendo reconhecido pela maioria a existência de três gerações (SANTOS IF, et al., 2020). Entre esses, os direitos de segunda geração são reconhecidos como àqueles que envolvem prestações positivas do Estado aos indivíduos, entre os quais se incluem à saúde (BRASIL, 1988).

Esse direito passou a ser assegurado no Brasil em 1988, de acordo com o artigo 196 da Constituição Federal, a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, a ser garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos (BRASIL, 1988). Além disso, a Carta Magna estabelece que o Estado deve promover o acesso universal e igualitário às ações e serviços necessários para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Esse marco legal representa um avanço significativo na garantia de direitos sociais no Brasil, reafirmando a responsabilidade estatal em criar condições que assegurem o bem-estar da população, independentemente de sua condição socioeconômica (BONAVIDES P, 2008).

Diante desse contexto, o Estado brasileiro passou a desenvolver e implementar legislações, políticas públicas e programas operacionais voltados para a garantia do direito à saúde de toda a população. Entre elas, a Lei nº 8.080/1990 que regulamenta as ações e serviços de saúde, estabelecendo a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS), a Portaria nº 2.436/2017, estabelece diretrizes para a organização da Atenção Primária à Saúde no

Brasil, fortalecendo a Estratégia de Saúde a Família como eixo central da atenção básica, a Resolução nº 338/2004, do Conselho Nacional de Saúde, visa garantir o acesso da população a medicamentos essenciais e racionalizar o uso de medicamentos no país. Essas iniciativas visam não apenas assegurar medidas e meios eficazes para a promoção, proteção e recuperação da saúde, mas também garantir que este direito seja efetivamente exercido (FRANÇA GVA, 2016).

Apesar desses esforços, a população brasileira ainda enfrenta uma série de desafios para ter o direito à saúde plenamente assegurado, entre esses estão a desigualdade no acesso, a insuficiência de recursos financeiros e humanos em regiões mais carentes, a qualidade dos serviços, e a burocracia que muitas vezes impede a efetiva implementação das políticas públicas (VIEIRA FS e BENEVIDES RPS, 2016). Associado a complexidade do sistema de saúde e a necessidade de uma maior integração entre os níveis de atenção primária, secundária e terciária também são obstáculos que precisam ser superados para garantir que todos os cidadãos possam exercer plenamente o seu direito à saúde. Diante disso, o objetivo desse trabalho é realizar uma análise sobre o direito a saúde, previsto na Constituição de 1988, para identificar os principais desafios e perspectivas envolvidos na efetivação desse direito.

MÉTODOS

A metodologia empregada foi a revisão de literatura, caracterizada como uma pesquisa que busca identificar, selecionar, coletar dados e analisar contribuições relevantes em trabalhos já publicados, visando a alcançar o objetivo geral desta pesquisa (SEVERINO AJ, 2016) A abordagem foi qualitativa, abordando aspectos da realidade que não podem ser quantificados, observando a compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais (GIL AC, 2019). Sendo assim, o trabalho utilizou fontes fornecidas por trabalhos, artigos, legislações, resoluções, portarias e na própria Constituição Federal de 1988, que estivessem disponíveis eletronicamente nos sites do Google Academic e *Scientific Electronic Library On-line* (SciELO). A seleção dos materiais foi orientada pelos seguintes descritores: direito à saúde, Constituição de 1988, Sistema Único de Saúde (SUS), e desafios e perspectivas da saúde no Brasil.

RESULTADOS

Historicamente, o direito a saúde no Brasil era um direito exclusivo para trabalhadores que contribuía com a Previdência Social, assim o seu acesso era restrito e os serviços

oferecidos eram limitados através das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) e dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) (PITTA AMR, 2010). Durante muito tempo, apenas as Santas Casas de Misericórdia, administradas pela Igreja Católica, foram os únicos locais onde a população que não contribuía para a previdência podia receber cuidados quando adoecia (BITTENCOURT IS, et al., 2011). Foi durante essa época que os movimentos sociais se tornaram mais intensos e organizados, o objetivo era lutar por melhores condições de saúde para a população em geral (SANTOS IF, et al., 2020).

A partir da década de 1980, o país passou por um processo de redemocratização, que resultou na Reforma Sanitária. Entre as principais ideias desse movimento, destaca-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, que reuniu estudantes, pesquisadores, sindicatos e entidades comunitárias para discutir o tema, assim a saúde foi definida como um direito fundamental para a garantia da cidadania (SANTOS IF, et al., 2020). As discussões apresentadas nessa Conferência foram a base do texto constitucional da saúde descritos nos artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988, assim o direito a saúde foi reconhecido como um direito subjetivo público, estabelecendo que o indivíduo é titular de um direito que o Estado tem a obrigação de assegurar, tanto ao cidadão quanto a coletividade (SILVA MEA, 2016). Dessa forma, em seu artigo 196 e 197 a Constituição Federal de 1988 estabelece:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado (BRASIL, 1988).

Segundo a Organização Mundial da Saúde, o conceito de saúde é definido como o estado de completo bem-estar físico, mental e social, resultando do equilíbrio dinâmico entre o organismo e seu ambiente, o qual mantém as características estruturais e funcionais do organismo dentro dos limites normais para sua forma de vida e para sua fase do ciclo vital (VIEIRA FS, 2020). Assim, essa proteção constitucional abrange a perspectiva promocional, preventiva e curativa, pois o conceito de saúde evoluiu, sendo considerado um conjunto entre a sociedade, política, economia e cultura (MARTINS L e DOMOULIS, 2010). Para que ocorra a sua efetivação, o Estado deve ser capaz de disponibilizar atendimentos médico-hospitalar e odontológico, o fornecimento de medicamento para aqueles que não possuem condições de

adquiri-lo, bem como a realização de exames médicos, fornecimento de aparelhos dentários, próteses, óculos, dentre outras possibilidades (MOURA ES, 2017).

Ao reconhecer a saúde como direito social fundamental, o Estado obrigou-se a prestações positivas, por isso formulou políticas públicas sociais e econômicas destinadas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde para garantir os direitos previstos (MARTINS L e DOMOULIS, 2010). Devendo ser capaz de proteger e assegurar esse direito a todos os brasileiros e residentes em nosso país, garantindo sua proteção jurídica, o que inclui o acesso a atendimento especializado, além da implementação de novas políticas que respondam às demandas da população (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2019). Segundo Schulze CJ (2019) para estabelecer esses direitos relacionados a saúde, o Estado precisa cumprir alguns mandamentos, como:

i) o princípio da dignidade humana; ii) o direito ao mínimo existencial em saúde, que se refere a um conjunto de bens indispensáveis para satisfação dos seus direitos fundamentais primários; iii) a vedação do retrocesso social, que impede que haja redução da atuação estatal que já tenha sido consolidada socialmente; e iv) o dever de progresso, que diz respeito à melhoria qualitativa e quantitativa das prestações de saúde (SCHULZE CJ, 2019, p. 29).

Além disso, deve promover ações que assegurem a equidade no acesso aos serviços, considerando as necessidades específicas de diferentes grupos sociais e regionais, de modo a reduzir as desigualdades e garantir a universalidade e integralidade do sistema de saúde (VIEIRA FS e BENEVIDES RPS, 2016). Nesse propósito, foi criada a Lei Federal de nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as atribuições e funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como a Lei Federal 8142, de 28 de dezembro de 1990, que trata sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Em conjunto com a Constituição, essas leis tem como objetivo desfazer as desigualdades na assistência à saúde, em relação ao atendimento público (SCHULZE CJ, 2019).

É fundamental para saúde pública a eficácia das ações governamentais e programas desenvolvidos pelo Poder Público, com ajuda de entes privados para a garantia constitucional aos cidadãos (MOURA ES, 2017). De acordo com Lei nº 8.080/90, o orçamento é financiado com recursos da seguridade social, e dos entes federados, além de outras fontes, assim a efetivação dessas políticas públicas encontra limites em relação a reserva do possível, onde o

Estado busca cumprir sua responsabilidade de acordo com suas limitações orçamentárias (BARROS BS, 2021).

Para que isso ocorra, o Legislador federal, estadual e municipal, a depender da competência legislativa prevista na própria Constituição, é quem irá concretizar o direito à saúde (SARLET IW, 2006). Essa estrutura segue o princípio da descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS), onde a gestão é compartilhada entre os três níveis de governo para garantir o acesso universal e integral à saúde:

Art. 9º A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos: I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde; II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente (BRASIL, 1990).

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 198, estabelece como diretrizes do Sistema Único de Saúde: a descentralização, com direção única em cada esfera de governo, o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e a participação da comunidade (BRASIL, 1990). Assim, a União que define as políticas nacionais de saúde, coordena e financia programas de saúde pública, e é responsável pela regulação e fiscalização das ações de saúde em nível nacional, os Estados organizam e coordenam os sistemas estaduais de saúde, complementam as políticas nacionais de saúde de acordo com as especificidades regionais, e são responsáveis pela gestão de hospitais estaduais e centros de referência, e os Municípios são responsáveis pela gestão dos serviços de saúde em nível local (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990). Essa descentralização organizativa determina que a responsabilidade do sistema de saúde deve ser compartilhada entre os níveis do governo, promovendo uma prestação de serviços eficiente, contando com a fiscalização do povo (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2019).

Além da descentralização, a Constituição Federal e a Lei nº 8.080/1990 estabelecem como diretrizes: universalidade, igualdade, equidade, integralidade, direito à informação, autonomia das pessoas, resolutividade e base epidemiológica (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990). A Universalidade é definida como um direito de cidadania, devendo ser disponível a todos os indivíduos, por isso o estado deve promover o acesso gratuito a ações e serviços, sem restrição e distinção, independente de sexo, raça, ocupação, tal princípio se estende estrangeiros que estejam em solo brasileiro (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). O princípio da equidade busca diminuir as desigualdades, assim as pessoas devem ser atendidas proporcionalmente a suas

necessidades, tratando desigualmente os desiguais (FLAUZINO JGP e ANGELINI CFR, 2022).

A Integralidade visa oferecer a população um atendimento que promova a promoção, tratamento, prevenção e reabilitação, garantindo abertura a todos os níveis de atenção do Sistema de Saúde, enfatizando a preocupação do indivíduo como um todo e família (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). Assim, a combinação desses princípios, buscam atender às demandas sociais por meio de articulações entre os sistemas assistenciais, incluindo políticas de fornecimento de medicamentos, assistência terapêutica, descentralização dos serviços de saúde e ações voltadas à melhoria da qualidade do atendimento. Além disso, o financiamento adequado dessas políticas é essencial, sendo realizado por meio do repasse financeiro que cada ente federativo transfere em prol da saúde pública (MOURA ES, 2017).

As políticas públicas acumulam planos de metas de nível nacional, onde visam buscar o máximo bem-estar da população, sendo definidas pelos governos das três esferas, os quais observam as necessidades da sociedade (BARROS BS, 2021). Ao longo dos anos o sistema de saúde brasileiro conseguiu contribuir de forma positiva em alguns quesitos, entre as iniciativas de sucesso destacam-se o Programa Nacional de Imunizações, o Programa Nacional de Controle do Tabagismo, a Estratégia Saúde da Família (ESF), o Programa Mais Médicos, o Programa Nacional de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids, a Política Nacional de Transplantes de Tecidos, Órgãos e Partes do Corpo Humano e a Política Nacional de Atenção às Urgências (ANDRADE MV, 2018).

Também foram registrados progressos por meio da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), com a implementação de ações para enfrentamento ao uso do tabaco e seus derivados, ao uso abusivo de álcool e outras drogas; para a promoção da alimentação saudável, do desenvolvimento sustentável, de atividades físicas, da cultura da paz e de direitos humanos (MALTA DC, 2018). A integração das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde na atenção básica foi ampliada e houve avanços importantes na constituição de redes dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps), dos Centros Regionais de Saúde do Trabalhador (Cerests), dos serviços pré-hospitalares de urgência-emergência e dos hemocentros (SANTOS NR, 2018).

DISCUSSÃO

Apesar dos avanços significativos na oferta de serviços e na consolidação do direito à saúde, o Brasil ainda enfrenta desafios que perpetuam desigualdades no acesso e na qualidade

dos serviços de saúde (FRANÇA GVA, 2016). Ainda persistem as desigualdades em saúde no Brasil, que são reflexos da profunda desigualdade socioeconômica brasileira e das dificuldades impostas à consolidação do SUS ao longo desses anos, tais como a baixa prioridade recebida por parte de vários governos e seu financiamento insuficiente (BARROS BS, 2021). Nas últimas duas décadas, o direito à saúde no Brasil tem se tornado um tema central no debate público, impulsionado pelo crescente número de cidadãos que recorrem ao Poder Judiciário para exigir do Estado a garantia de acesso a medicamentos, exames, internações e outros bens e serviços de saúde (VIEIRA FS, 2020).

Diante desse cenário, se compreende que o Sistema de Saúde foi estabelecido com o desígnio de abarcar, gratuitamente e de forma integral, de forma igualitária a todos os cidadãos, mas em contraponto há aumento de demandas, que deixa de atender as necessidades de saúde de toda sociedade, pela falta de efetivação das Políticas Públicas (BARROS BS, 2021). A concretização do ideal de garantia de acesso universal, igualitário e integral a esses serviços continua a ser um objetivo distante, devido a uma série de dificuldades. Segundo França GVA (2016) a equidade em saúde só pode ser alcançada quando se garante igual acesso ao cuidado disponível para iguais necessidades. Em termos socioeconômicos o Brasil se encontra entre um dos países mais desiguais do mundo, sendo necessário ampliar a oferta e a qualidade dos serviços em todo o território a fim de que a universalização do cuidado se concretize (VIEIRA FS, 2020).

18

Uma pesquisa nacional realizada em 2013 na área de saúde da mulher revelou que a cobertura dos exames de rastreamento para câncer de colo do útero e câncer de mama atingiu 80% e 54,5%, respectivamente, entre os públicos-alvo recomendados pelo Ministério da Saúde (VIEIRA FS, 2020). Em ambos os casos, a cobertura foi maior entre as mulheres que residiam nas regiões Sudeste e Sul, eram brancas, tinham maior escolaridade e possuíam plano de saúde, evidenciando diferenças regionais e socioeconômicas em comparação com outras regiões e grupos de mulheres (SILVA MSB, et al., 2020). Segundo Ramos FJF (2018), esta discrepância está relacionada à distribuição geográfica de mamógrafos, com menor quantidade de aparelhos nas regiões Norte e Nordeste. Com isso, reforça que é necessário maior investimento nessas áreas para garantir que mais exames sejam realizados e, assim, melhorar a cobertura e o acesso ao rastreamento do câncer de mama nessas regiões.

Apesar dos avanços, entre 2000 e 2016, as desigualdades na disponibilidade desses serviços entre as diferentes regiões de saúde permanecem um desafio persistente. Essas disparidades regionais resultam em acesso desigual a cuidados de saúde, com algumas áreas,

especialmente nas regiões Norte e Nordeste, enfrentando escassez de infraestrutura e profissionais de saúde (VIEIRA FS, 2020). Essa desigualdade não apenas limita a eficácia do sistema como um todo, mas também perpetua as disparidades em indicadores de saúde, refletindo a necessidade urgente de políticas públicas que promovam uma distribuição mais equitativa dos recursos e serviços de saúde em todo o país (ALBUQUERQUE MV, 2017).

Na área da saúde mental, dados da Pesquisa Nacional de Saúde em 2016 mostram que 7,9% da população brasileira sofre de depressão, e, dentre esses 78,8% não estavam recebendo nenhum tipo de tratamento. Esse percentual é elevado até nas regiões mais desenvolvidas e com melhores ofertas de serviços em saúde, como o Sudeste (75,9%) e o Sul (67,5%) (VIEIRA FS, 2020). Nas regiões menos desenvolvidas, a prevalência de ausência de tratamento superou a média nacional: Centro-Oeste (85,9%), Nordeste (86,3%) e Norte (90,2%). Em todo o país, entre os indivíduos que receberam atendimento e conseguiram obter medicamentos, 41,8% pagaram pela consulta, 47,4% obtiveram os medicamentos pelo setor público, e 10,8% os receberam através de planos de saúde (LOPES CS, 2016).

O Brasil alcançou grandes progressos no setor de saúde reprodutiva e materna, com destaque para a ampliação do uso de métodos contraceptivos, o acompanhamento pré-natal, que inclui pelo menos uma consulta mensal durante o primeiro trimestre de gravidez, e a realização de partos em estabelecimentos de saúde (FRANÇA GVA, 2016). No que se refere à consolidação da Atenção Básica, com ênfase na integralidade do cuidado, houve avanços nas comunidades atendidas. O principal modelo assistencial, a Estratégia Saúde da Família (ESF), evidenciou progressos com a expansão da cobertura, atingindo 40 mil equipes em todo o território nacional em 2016 (FANCCHINI LA, et al., 2018). Essa expansão promoveu maior acesso da população aos serviços de saúde, melhorias na estrutura dos serviços, na provisão de médicos e na cobertura de ações de saúde, impulsionada por investimentos expressivos (VIEIRA FS, 2020). No entanto, persistem desafios estruturais, especialmente em relação à disponibilidade de insumos essenciais e ao acesso a tecnologias de informação e comunicação (BRASIL, 2018).

O Ministério da Saúde implementou diretrizes para assegurar que os serviços de saúde sejam ofertados a populações vulneráveis, como os idosos, indígenas e pessoas com deficiência (BRASIL, 2018). Para os idosos, foram criados programas de amparo que priorizam a permanência em seus lares, promovendo visitas domiciliares, suporte contínuo e atenção humanizada, com o objetivo de preservar a autonomia e a qualidade de vida dessa população.

Esses programas visam, o acompanhamento regular de condições crônicas, a promoção de práticas preventivas e a oferta de cuidados paliativos quando necessário, entretanto esse programa não consegue atender de forma igualitária todos os idosos do Brasil (PNDPI, 2020).

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, definiu 34 distritos sanitários especiais, provendo cuidados primários a populações indígenas por meio de equipes de saúde multidisciplinares, sendo organizada em associação com o PSF, buscando adaptar os serviços de saúde às necessidades específicas das populações indígenas, respeitando suas tradições e práticas culturais, e promovendo a saúde com enfoque comunitário (LOPES CS, 2016). No entanto, a distância geográfica, as barreiras culturais e a escassez de recursos continuam sendo grandes desafios para garantir que essas diretrizes sejam plenamente aplicadas (RAMOS FJF, 2018). Para as pessoas com deficiência, foram desenvolvidas políticas para tornar os serviços de saúde mais acessíveis e inclusivos, promovendo a adaptação de estruturas físicas e a capacitação de profissionais para atender a essa população com dignidade e eficácia (FRANÇA GVA, 2016). Ainda assim, a implementação dessas políticas é desigual e muitas vezes insuficiente, resultando em um atendimento que não abrange todas as necessidades dessas pessoas.

Apesar da crescente conscientização sobre a importância da qualidade da atenção à saúde no Brasil, ainda é necessário avançar muito para assegurar padrões consistentemente elevados (MALTA DC, 2018). A curto, médio e longo prazo, o SUS tem diversos desafios, sobretudo por precisar de mais recursos e da otimização do uso do dinheiro público (BARROS BS, 2021). Atualmente é investido o dobro de recursos na doença (internações, cirurgias, transplantes) do que nas ações básicas de saúde (vacinas e consultas) que previnem a doença (Vieira, 2020). Esses desafios evidenciam a necessidade de uma maior articulação entre políticas públicas e a realidade das populações vulneráveis, bem como a importância de investimentos contínuos em recursos humanos, infraestrutura e tecnologia para que as diretrizes estabelecidas sejam verdadeiramente efetivas (MOURA ES, 2017).

Assim, as políticas que são implementadas, além de visar o acesso a saúde, devem respeitar os princípios constitucionais de universalidade e igualdade de bens e serviços, garantindo a sua atuação nas diversas classes sociais, visto que o Sistema Único de Saúde é fundamental, e a atuação do Estado precisa ser abrangente (CAMPOS CW e SANTOS DPS, 2023). De acordo com Vieira (2020), considera-se quatro os níveis de políticas que atuam sobre os determinantes sociais da saúde:

1º nível – políticas que atuam sobre os fatores comportamentais e estilo de vida com abrangência nacional; 2º nível – políticas que garantem rede de apoio, envolvendo ações coletivas; 3º nível – políticas que atuam sobre as condições materiais e psicossociais nas quais as pessoas vivem e trabalham (água limpa, esgoto, habitação adequada, alimentos saudáveis e nutritivos, emprego, ambientes de trabalho saudáveis, serviços de saúde e de educação de qualidade, entre outros); e 4º nível – políticas macroeconômicas e de mercado de trabalho, de proteção ambiental e de promoção da cultura de paz e solidariedade (VIEIRA FS, 2020, p. 54).

Por isso, o direito à saúde deve ser garantido por meio da formulação de políticas voltadas a área social e econômica com objetivo de minimizar os fatores que colocam em risco a condição do indivíduo, pois, a divisão dos recursos do Estado não é capaz de atender as demandas existentes, resultando em mais desigualdades de acesso a bens e a serviços de saúde no país (CAMPOS CW e SANTOS DPS, 2023).

Para expandir essas redes de acesso e garantir a equidade nos serviços, é fundamental assegurar um financiamento adequado e contínuo do sistema de saúde. A Constituição Federal reconhece a importância das ações e serviços de saúde como direitos essenciais, determinando que devem ser financiados com recursos provenientes do orçamento da seguridade social, que inclui contribuições da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (BARROS BS, 2021). Além dessas fontes principais, o financiamento da saúde também pode ser complementado por outras fontes de recursos, garantindo assim a sustentabilidade e a capacidade de resposta do sistema de saúde às necessidades da população (VIEIRA FS, 2020). Assim, a relação ao direito fundamental a saúde, deve ser considerada uma primazia, mesmo quando estiver em disputa ou em colisão com outros direitos fundamentais quer individuais ou sociais, visando sempre a sociedade como um todo, para parametrizar os direitos (BARROS BS, 2021).

CONCLUSÃO

A Constituição brasileira de 1988 promoveu um avanço significativo ao reconhecer a saúde com um direito fundamental do cidadão, devendo o Estado através de legislações e políticas públicas oferecer condições que garantem a promoção, prevenção e proteção da saúde em todas as suas dimensões. Esse dever do Estado foi reforçado com a implementação do Sistema Único de Saúde, que passou a incluir a responsabilidade de criar e manter um sistema de saúde acessível, equitativo e de qualidade, capaz de atender às necessidades de toda a população, desde a atenção básica até os cuidados de alta complexidade, assegurando assim o pleno exercício desse direito essencial.

Apesar de ter registrado avanços importantes na ampliação do acesso aos serviços de saúde e na melhoria dos indicadores de saúde da população, o Brasil ainda enfrenta desafios para garantir sua plena efetivação. Entre esses, destacam-se a necessidade de reformar sua estrutura de financiamento para assegurar a universalidade e a sustentabilidade a longo prazo, reduzir as desigualdades de atendimento e infraestrutura regional e adaptação do modelo de atenção à saúde às rápidas mudanças demográficas e epidemiológicas do país. Assim, é imprescindível o empenho contínuo por parte dos órgãos competentes, como o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, além do acompanhamento e fiscalização por instituições como o Ministério Público, a Defensoria Pública e o Tribunal de Contas, para superar os desafios existentes. É necessário assegurar que o SUS permaneça um sistema inclusivo, eficiente e efetivo, em conformidade com os princípios da universalidade, igualdade e integralidade previstos no ordenamento jurídico brasileiro.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE MV. Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2017 22 (4):1055-1064.
- ANDRADE MV. Desafios do sistema de saúde brasileiro. In: DE NEGRI JÁ, et al. *Desafios da nação: artigos de apoio*. 2ed. Brasília: Ipea, 2018.
- BARROS BS. O Direito a saúde na Constituição Federal de 1988 e na Lei 8080/99. Monografia (Curso de Direito). Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUCGOIÁS), Goiânia – GO, 2021; 38 p.
- Bittencourt IS, et al. Políticas públicas de saúde no Brasil: evolução histórica. *Enfermagem Brasil*, 2011; 10(2): 131-136.
- BONAVIDES P. *Curso de Direito Constitucional*. São Paulo: Malheiros, 2008.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, 1988.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília, 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Histórico e Cobertura da Estratégia Saúde da Família*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.
- CAMPOS CW, SANTOS DPS. A judicialização do direito a saúde na pandemia da COVID 19. *Revista Ibero- Americana de Humanidades, Ciências e Educação- REASE*, 2023 9(5):1313-1334.
- FANCCHINI LA, et al. A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Revista Saúde Debate*, 2016; 42(1): 208-223,

FLAUZINI JGP, ANGELINI, CFR. O direito à saúde e a legislação brasileira: uma análise a partir da Constituição Federal de 1988 e lei orgânica do Sistema Único de Saúde (SUS). Revista Ibero- Americana de Humanidades, Ciências e Educação- REASE, 2022; 15(3):1-7.

FRANÇA GVA. Coverage and equity in reproductive and maternal health interventions in Brazil: impressive progress following the implementation of the United Health System. International Journal for Equity in Health, 2016; 15(149):1-12.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Descentralização 2019. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/descentralizacao>. Acesso em: 30 ago. 2024.

GIL AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 7.ed. São Paulo: Atlas, 2019.

LOPES CS. Inequalities in access to depression treatment: results of the Brazilian National Health Survey – PNS. International Journal for Equity in Health, London, 2016; 15(154): 1-8.

MALTA DC. O SUS e a Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectiva resultados, avanços e desafios em tempos de crise. Ciência e Saúde Coletiva, 2018; 23 (6):1799- 1809.

MARTINS L, DIMOULIS D. **Teoria Geral dos Direitos Fundamentais**. 2ª Edição revista, atualizada e ampliada. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2010.

Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 617. 2019. Dispõe sobre a 16ª Conferência Nacional de Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2021/reso617_03_08_2021.html. Acesso em: 28 ago. 2024.

MOURA ES. O direito à saúde na Constituição Federal de 1988. Revista Âmbito Jurídico Constitucional, 2017; 16(114): 1-9.

PITTA AMR. O balanço de um século da saúde pública no Brasil. Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde, 2010; 4(4): 127-130.

PNDPI. Pacto Nacional de Implementação dos Direitos da Pessoa Idosa – PNDPI. Compromisso da década do envelhecimento 2020- 2030, Brasil, 2020.

RAMOS FJF. Desconforto e dor durante realização da mamografia. Revista Associada de Medicina Brasileira, 2018; 52(5): 333-336.

SANTOS IF, et al. Sistema único de saúde: marcos históricos e legais dessa política pública de saúde no Brasil. Revista Humanidades e Inovação, 2020; 7 (5): 381-391.

SANTOS NR. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. Ciência e Saúde Coletiva, 2018; 23(6):1729-1736.

SARLET IW. Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde na Constituição de 1988. Panóptica, 2006; 1(4): 1-22.

SEVERINO AJ. Metodologia do trabalho científico. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2016.

SCHULZE CJ. Sobre o aumento da judicialização da saúde no Brasil. *Empório do Direito*, 2019; 2(5):1-9.

SILVA MEA. Direito à saúde: evolução histórica, atuação estatal e aplicação da teoria de Karl Popper. *Revista Constituição e Garantia de Direitos*; 2016; 19(3): 4-22.

SILVA MSB, et al. Actions for early detection of breast cancer in two municipalities in the Western Amazon. *Rev Bras Enferm.*2021;74(2):1-6.

VIEIRA FS, BENEVIDES RPS. O Direito à Saúde no Brasil em Tempos de Crise Econômica, Ajuste Fiscal e Reforma Implícita do Estado. *Revista de estudos e pesquisas sobre as Américas*, 2016; 10(3):1-28.

VIEIRA FS. Direito à saúde no Brasil: seus contornos, judicialização e a necessidade da macrojustiça. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília: Rio de Janeiro: Ipea, 2020.