

**DO MODELO PREVIDENCIÁRIO AO DIREITO UNIVERSAL: A EVOLUÇÃO  
HISTÓRICA DO SUS E O FORTALECIMENTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE  
NO BRASIL**

**FROM THE SOCIAL SECURITY MODEL TO UNIVERSAL RIGHT: THE HISTORICAL  
EVOLUTION OF THE SUS AND THE STRENGTHENING OF PUBLIC HEALTH  
POLICIES IN BRAZIL**

**DEL MODELO DE SEGURIDAD SOCIAL AL DERECHO UNIVERSAL: LA EVOLUCIÓN  
HISTÓRICA DEL SUS Y EL FORTALECIMIENTO DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE  
SALUD EN BRASIL**



10.56238/revgeov17n2-074

**Andres Santiago Quizhpi Lopez**

Cirurgião e Traumatologo Buco Maxilofacial

Instituição: Universidad Católica de Cuenca Sede Azogues

E-mail: [ansaquilo@yahoo.es](mailto:ansaquilo@yahoo.es)

Orcid: 0000-0002-6089-0389

**Natália Cristina Betoni Vieira**

Especialista em Enfermagem em Gerontologia

Instituição: Faculdade Holística-FaHol

E-mail: [natalia.betoni@gmail.com](mailto:natalia.betoni@gmail.com)

Orcid: 00009-0000-2392-1070

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3815668496458856>

**Georgenan Monteiro Silva dos Santos**

Mestre em Gestão da Saúde

Instituição: Metropolitan University Science and Technology - Must University

E-mail: [georgenan@gmsdsscientific.onmicrosoft.com](mailto:georgenan@gmsdsscientific.onmicrosoft.com)

Orcid: <https://orcid.org/0009-0000-3107-4633>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1382779212994596>

**Gislaine Aneanes da Silva**

Mestra em Ensino em Ciências e Saúde

Instituição: Universidade Federal do Tocantins (UFT)

E-mail: [Gislaine.aneanes@mail.uft.edu.br](mailto:Gislaine.aneanes@mail.uft.edu.br)

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1165-3707>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4968290499716411>



**Elizandra Aparecida de Oliveira Lopes**

Mestra em Saúde e Envelhecimento

Instituição: Universidade de Marília (UNIMAR), Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA)

E-mail: elizandralopes@unimar.br

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2798-1358>Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6171953126121229>**Eduardo Vinícius Barboza dos Santos**

Mestre em Interações Estruturais e Funcionais na Reabilitação

Instituição: Universidade de Marília

E-mail: eduardosantos@unimar.br

Orcid: 0009-0000-1042-6839

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5864760577218141>**Kelly Cristina Encide de Vasconcelos Donadai**

Doutoranda em ciências da saúde e comunicação humana

Instituição: universidade de Marília (Unimar), Universidade Estadual Paulista (Unesp)

E-mail: kelly\_encide@yahoo.com.br

Orcid: 0009-0006-9081-2046

Lattes: <https://lattes.cnpq.br/6603581523998768>**Carlos Lopatiuk**

Doutor em Desenvolvimento Comunitário

Instituição: Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO)

E-mail: carloslopatiuk@yahoo.com.br

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5918-0657>Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9701518133630285>**Isabel Cristina Amaral de Sousa Rosso Nelson**

Doutora em Educação

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

E-mail: Isabelrosso@uern.br

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4840-6950>Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8370816933569932>**Andreia Karla de Carvalho Barbosa Cavalcante**

Doutora em Enfermagem

Instituição: Universidade Federal do Piauí (UFPI)

E-mail: andreiakcb02@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5095-9469>Lattes: <https://lattes.cnpq.br/2038759855326915>

---

**RESUMO**

Considerando a trajetória histórica da organização da saúde no Brasil, marcada pela segmentação do modelo previdenciário e pela exclusão de amplos contingentes populacionais do acesso à assistência, o presente estudo justifica-se pela necessidade de compreender a transição para o direito universal



instituído pela Constituição Federal de 1988. Objetiva-se analisar a evolução histórica do sistema de saúde brasileiro, destacando a passagem do modelo contributivo para a universalização do acesso e examinando seus impactos no fortalecimento das políticas públicas. Para tanto, procede-se a uma pesquisa qualitativa, de natureza histórico-analítica, fundamentada em revisão bibliográfica e documental, com análise de marcos normativos e produções científicas sobre a Reforma Sanitária e a consolidação do SUS. Desse modo, observa-se que a institucionalização do SUS representou ruptura estrutural com a lógica excludente anterior, ampliando a cobertura assistencial, fortalecendo a descentralização e instituindo mecanismos de participação social, ainda que persistam desafios relacionados ao financiamento e às desigualdades regionais. Conclui-se que a universalização da saúde constitui uma das mais relevantes conquistas democráticas brasileiras, cuja sustentabilidade depende de compromisso político contínuo e aprimoramento institucional permanente.

**Palavras-chave:** Direito à Saúde. Política de Saúde. Sistema Único de Saúde. Saúde Pública. Reforma dos Serviços de Saúde.

### ABSTRACT

Considering the historical trajectory of health organization in Brazil, marked by the segmentation of the social security-based model and the exclusion of large population groups from health care access, this study is justified by the need to understand the transition to the universal right to health established by the 1988 Federal Constitution. It aims to analyze the historical evolution of the Brazilian health system, highlighting the shift from a contributory model to universal access and examining its impact on the strengthening of public health policies. To this end, a qualitative, historical-analytical study was conducted, based on bibliographic and documentary research, including normative frameworks and scientific literature addressing the Health Reform movement and the consolidation of the SUS. The findings indicate that the institutionalization of the SUS represented a structural break with the previous exclusionary logic, expanding health coverage, strengthening decentralization, and establishing mechanisms for social participation, although challenges related to funding and regional inequalities persist. It is concluded that the universalization of health care represents one of Brazil's most significant democratic achievements, whose sustainability depends on continuous political commitment and institutional strengthening.

**Keywords:** Right to Health. Health Policy. Unified Health System. Public Health. Health Care Reform.

### RESUMEN

Considerando la trayectoria histórica de la organización de la salud en Brasil, marcada por la segmentación del modelo de seguridad social y la exclusión de amplios grupos poblacionales del acceso a la atención, este estudio se justifica por la necesidad de comprender la transición hacia el derecho universal establecido por la Constitución Federal de 1988. El objetivo es analizar la evolución histórica del sistema de salud brasileño, destacando la transición de un modelo contributivo al acceso universal y examinando su impacto en el fortalecimiento de las políticas públicas. Para ello, se realiza una investigación cualitativa histórico-analítica, basada en una revisión bibliográfica y documental, con análisis de marcos normativos y producciones científicas sobre la Reforma Sanitaria y la consolidación del SUS (Sistema Único de Salud). Así, se observa que la institucionalización del SUS representó una ruptura estructural con la lógica excluyente anterior, ampliando la cobertura sanitaria, fortaleciendo la descentralización y estableciendo mecanismos de participación social, a pesar de que persisten desafíos relacionados con el financiamiento y las desigualdades regionales. Se concluye que la universalización de la atención médica constituye uno de los logros democráticos brasileños más relevantes, cuya sostenibilidad depende del compromiso político continuo y la mejora institucional permanente.

**Palabras clave:** Derecho a la Salud. Política Sanitaria. Sistema Único de Salud. Salud Pública. Reforma de los Servicios de Salud.



## 1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) insere-se em um processo histórico que antecede sua institucionalização formal em 1988, cujas bases podem ser compreendidas desde o período colonial brasileiro (1500–1822). Nesse contexto, a assistência à saúde não se configurava como direito social, mas como prática pontual, fragmentada e predominantemente vinculada à caridade religiosa e à filantropia, com forte atuação das Santas Casas de Misericórdia, inspiradas no modelo português. As ações sanitárias eram incipientes, voltadas sobretudo ao controle de epidemias que ameaçavam a ordem econômica colonial, como varíola, febre amarela e outras doenças infecciosas que impactavam a população urbana e os portos (Brasil, 2011a).

Não havia organização estatal estruturada para garantia de acesso universal, e a assistência estava condicionada à posição social, à condição econômica e à inserção nos núcleos urbanos mais desenvolvidos. Esse cenário evidencia que, desde suas origens, a saúde no Brasil esteve marcada por desigualdades estruturais, constituindo um percurso histórico que, séculos mais tarde, fundamentaria as lutas sociais pela universalização do acesso e pela consolidação da saúde como direito de cidadania (Brasil, 2002).

Com a Independência e o período do Brasil Império (1822–1889), observou-se maior organização das ações sanitárias sob responsabilidade do Estado, ainda que de forma centralizada e restrita. A criação de órgãos voltados ao controle de epidemias e à fiscalização dos portos refletia a preocupação em proteger a economia agroexportadora e manter a ordem social. As intervenções concentravam-se principalmente nos centros urbanos, com foco no saneamento e na contenção de doenças transmissíveis. Apesar de avanços administrativos, a assistência médica permanecia limitada às elites e a trabalhadores inseridos em atividades estratégicas, mantendo a maior parte da população dependente da filantropia e de práticas informais de cuidado (Souza, 2002).

Com a Proclamação da República e o avanço da urbanização e industrialização no início do século XX, a organização da saúde pública assumiu contornos mais estruturados, especialmente a partir das reformas sanitárias lideradas por sanitaristas como Oswaldo Cruz e Carlos Chagas. Intensificaram-se campanhas de combate às endemias e ampliou-se a atuação estatal no controle sanitário, ainda sob lógica centralizadora e higienista voltada à modernização das cidades e à contenção de doenças que comprometiam a produtividade e a imagem internacional do país (Brasil, 2002).

Em 1923, a Lei Eloy Chaves instituiu as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPS), estruturando um modelo de assistência médica vinculado à seguridade social e restrito aos trabalhadores urbanos com vínculo formal. O acesso à saúde passou a depender da contribuição previdenciária, consolidando um sistema baseado na chamada cidadania regulada, no qual direitos sociais eram condicionados à inserção no mercado de trabalho. Trabalhadores rurais, informais e populações vulnerabilizadas permaneceram excluídos da cobertura. Além disso, manteve-se a



separação entre assistência médica individual e ações de saúde pública, enquanto o setor privado ampliava sua participação na oferta de serviços, reforçando desigualdades que somente seriam enfrentadas com a Constituição de 1988 (Elias; Cohn, 2003).

A lógica contributiva consolidada nas décadas de 1920 e 1930 manteve-se praticamente inalterada até os anos 1970. Ao longo desse período, o financiamento da assistência médica permaneceu atrelado à previdência social, reforçando a segmentação do acesso. A organização do sistema caracterizava-se pela centralização das decisões, fragmentação administrativa e sobreposição de competências entre diferentes instâncias governamentais, além de forte presença do setor privado e modelo hospitalocêntrico desarticulado das necessidades regionais (Elias; Cohn, 2003).

A partir da década de 1970, entretanto, emergiu um movimento crítico a esse modelo: o Movimento da Reforma Sanitária, que reunia profissionais de saúde, sindicatos, acadêmicos e movimentos sociais e defendia a saúde como direito universal e a reorganização estrutural do sistema para torná-lo democrático e acessível a todos. Esse movimento ganhou força especialmente com a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que pela primeira vez abriu espaço à participação popular e propôs diretrizes para um sistema nacional de saúde universal, descentralizado e com controle social proposições que influenciaram diretamente a Assembleia Nacional Constituinte (1987–1988) e a formulação dos dispositivos constitucionais sobre saúde (como direito e dever do Estado) (Brasil, 1986).

A Constituição Federal de 1988 representou um verdadeiro marco na evolução do sistema de saúde brasileiro ao instituir a saúde como direito universal de todos e dever do Estado, garantido por meio de políticas sociais e econômicas que visem à redução dos riscos de doenças e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde (art. 196). Esse reconhecimento constitucional marcou a ruptura com o modelo estritamente contributivo da seguridade social e estabeleceu as bases legais para a construção de um sistema de saúde verdadeiramente universal, denominado Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 1988).

A criação formal do SUS ocorreu em 1990, com a promulgação das Leis Orgânicas da Saúde, Lei nº 8.080/90 e Lei nº 8.142/90 que regulamentaram esse novo modelo de atenção, definindo seus princípios e diretrizes, como a participação social, o financiamento público e a descentralização das ações e serviços entre União, estados e municípios (Brasil, 1990a; Brasil, 1990b).

A implementação e o fortalecimento das políticas públicas de saúde pós-1988 configuraram um movimento contínuo e dinâmico, com expansão da Atenção Básica (AB), especialmente por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) e de programas como Agentes Comunitários de Saúde; fortalecimento de ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental; e maior integração entre as diferentes esferas de gestão. Isso contribuiu para avanços importantes na cobertura de serviços e na



redução de indicadores de desigualdade em saúde em diversas regiões do país (Paiva; Teixeira, 2014; Bahia, 2018).

Apesar dos progressos, a consolidação plena do SUS enfrenta desafios estruturais, incluindo o subfinanciamento histórico, tensões entre os setores público e privado e mudanças em políticas econômicas que afetaram o financiamento da saúde ao longo das décadas. Mesmo assim, o SUS se mantém como uma das maiores políticas públicas de saúde do mundo, demonstrando que a evolução de um modelo restrito e excludente para um sistema universal foi um dos avanços sociais mais significativos da história brasileira contemporânea (Bahia, 2018).

Diante desse percurso histórico, justifica-se a realização deste estudo pela necessidade de compreender, de forma crítica e contextualizada, a transição do modelo previdenciário excludente para o modelo universal instituído pela Constituição de 1988, evidenciando os fundamentos políticos, sociais e institucionais que possibilitaram a consolidação do SUS como política pública estruturante. A análise histórica permite reconhecer que a universalização do acesso à saúde representa uma das mais significativas conquistas democráticas do país, cuja manutenção depende de permanente defesa e aprimoramento.

Assim, o presente estudo tem como objetivo geral analisar a evolução histórica do sistema de saúde brasileiro, destacando a transição do modelo previdenciário para o direito universal à saúde e examinando como esse processo contribuiu para o fortalecimento das políticas públicas no Brasil. Como objetivos específicos, propõe-se: (I) contextualizar as bases históricas do modelo contributivo e suas limitações estruturais; (II) descrever o papel do Movimento da Reforma Sanitária na redefinição do conceito de saúde como direito social; (III) analisar os marcos normativos que instituíram o SUS e seus princípios estruturantes; e (IV) discutir os avanços e desafios contemporâneos na consolidação do sistema universal de saúde brasileiro.

## **2 METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, de natureza histórico-analítica, fundamentado em pesquisa bibliográfica e documental. A investigação foi delineada com o propósito de examinar criticamente o processo de transição do modelo previdenciário de assistência à saúde para a consolidação do direito universal à saúde no Brasil, tomando como eixo estruturante os marcos políticos, normativos e institucionais que culminaram na criação e fortalecimento do SUS.

A opção pela abordagem qualitativa justifica-se pela necessidade de compreender fenômenos históricos e institucionais em sua complexidade, considerando dimensões políticas, sociais e ideológicas que não podem ser apreendidas por meio de procedimentos quantitativos. O caráter histórico-analítico permitiu examinar a formação progressiva do sistema de saúde brasileiro, identificando continuidades, rupturas e reconfigurações estruturais ao longo do tempo.





A pesquisa documental concentrou-se na análise de fontes primárias oficiais, incluindo dispositivos constitucionais, legislações infraconstitucionais, relatórios institucionais e documentos normativos produzidos pelo Estado brasileiro, com destaque para a Constituição Federal de 1988, as Leis Orgânicas da Saúde (Lei nº 8.080/1990 e Lei nº 8.142/1990), bem como registros históricos relacionados ao Movimento da Reforma Sanitária e à VIII Conferência Nacional de Saúde.

Paralelamente, realizou-se pesquisa bibliográfica em bases científicas nacionais e internacionais, com o objetivo de reunir produções acadêmicas que abordassem a evolução histórica do sistema de saúde brasileiro, o modelo previdenciário, a cidadania regulada, a Reforma Sanitária e os fundamentos do SUS. Foram consultadas bases como SciELO, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Google Scholar, priorizando artigos revisados por pares, livros acadêmicos e capítulos de referência na área da saúde coletiva e políticas públicas. A seleção das obras considerou critérios de relevância temática, rigor metodológico, reconhecimento acadêmico dos autores e atualidade das discussões, especialmente aquelas publicadas nas últimas duas décadas, sem prejuízo da inclusão de referências clássicas indispensáveis à compreensão histórica do tema.

O processo de análise ocorreu em etapas sucessivas. Inicialmente, procedeu-se à leitura exploratória do material selecionado, seguida de leitura analítica e interpretativa, com identificação de categorias centrais relacionadas à segmentação do acesso à saúde, financiamento contributivo, centralização administrativa, emergência da Reforma Sanitária, constitucionalização do direito à saúde e consolidação das políticas públicas pós-1988. A partir dessas categorias, foi construída uma matriz analítica que orientou a organização do referencial teórico e a articulação argumentativa do estudo.

A interpretação dos dados documentais e bibliográficos fundamentou-se na análise de conteúdo em perspectiva temática, buscando identificar sentidos, disputas conceituais e transformações institucionais presentes nos diferentes períodos históricos examinados. Não se tratou de mera descrição cronológica dos acontecimentos, mas de análise crítica das condições sociais e políticas que possibilitaram a redefinição da saúde como direito de cidadania, bem como dos desafios estruturais que permanecem na consolidação do sistema universal.

Por se tratar de pesquisa baseada exclusivamente em fontes documentais e bibliográficas de acesso público, o estudo não envolveu coleta de dados com seres humanos, não demandando submissão a Comitê de Ética em Pesquisa, conforme as diretrizes éticas vigentes para pesquisas dessa natureza. Ainda assim, foram observados princípios de integridade científica, com rigor na citação das fontes e fidelidade interpretativa aos autores analisados.

Desse modo, a metodologia adotada mostrou-se adequada para alcançar os objetivos propostos, permitindo uma análise consistente da evolução histórica do sistema de saúde brasileiro e de seus desdobramentos na estruturação das políticas públicas contemporâneas, preservando o rigor científico exigido em publicações de elevado estrato acadêmico.



### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A herança do modelo contributivo não se expressa apenas como um “passado” superado, mas como marcas institucionais que persistem na distribuição de oferta e na lógica assistencial. A concentração histórica de serviços onde havia maior formalização do trabalho e arrecadação ajudou a fixar padrões de acesso desiguais, especialmente entre regiões e entre municípios. Esse legado contribuiu para a formação de redes hospitalares e contratualizações privadas com forte peso nos grandes centros, produzindo dependências estruturais difíceis de reverter. Assim, a universalização passou a conviver com assimetrias preexistentes no território (Souza, 2002).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde constituiu marco político fundamental ao afirmar que a saúde deveria ser reconhecida como direito de cidadania e não como benefício restrito a segmentos vinculados ao mercado formal, defendendo reformas administrativas e financeiras capazes de sustentar um sistema nacional integrado que articulasse promoção, proteção e recuperação da saúde, ampliando o conceito para além do cuidado médico e vinculando-o às condições sociais de vida, o que produziu base programática consistente para a criação de um sistema público universal comprometido com equidade e reorganização estrutural do setor (Brasil, 1986)

A regulamentação constitucional por meio da Lei nº 8.080/1990 conferiu densidade normativa ao novo modelo ao estabelecer que a saúde resulta de determinantes sociais como alimentação, moradia, trabalho, renda e saneamento, deslocando o foco da assistência curativa para uma abordagem integrada que exige articulação intersetorial e planejamento público consistente, consolidando a integralidade como princípio organizador do sistema e reconhecendo que a efetividade do direito depende tanto da organização dos serviços quanto da capacidade estatal de enfrentar desigualdades estruturais que condicionam o processo saúde-doença (Brasil, 1990a)

A institucionalização da participação social pela Lei nº 8.142/1990 introduziu mecanismo democrático inédito ao garantir conselhos e conferências como instâncias deliberativas permanentes, ampliando a transparência das decisões e permitindo que usuários, gestores e trabalhadores disputassem prioridades e diretrizes da política de saúde, o que fortaleceu a legitimidade do sistema e criou canais de controle sobre execução orçamentária e planejamento, ainda que sua efetividade dependa da capacidade técnica e política de sustentar processos participativos qualificados em contextos federativos marcados por desigualdades institucionais (Brasil, 1990b).

A descentralização emergiu como estratégia para compatibilizar universalidade com diversidade territorial, reconhecendo a autonomia dos entes federados e a necessidade de aproximar a gestão das realidades locais, porém a heterogeneidade fiscal e administrativa dos municípios expôs limites dessa escolha ao produzir diferentes padrões de implementação e capacidade de organização da rede, tornando evidente que descentralizar sem coordenação nacional robusta pode reproduzir





assimetrias históricas e comprometer a efetividade da equidade como princípio estruturante do sistema (Souza, 2002).

A Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/2002 aprofundou esse movimento ao reposicionar a regionalização como instrumento para integrar serviços e ampliar responsabilidades municipais na atenção básica, estabelecendo fluxos hierarquizados e mecanismos de referência e contrarreferência com o objetivo de reduzir vazios assistenciais e organizar o cuidado em escala regional, reconhecendo que muitos municípios isoladamente não possuem capacidade instalada suficiente para garantir integralidade, o que transformou a regionalização em eixo permanente de reorganização e negociação interfederativa (Brasil, 2002).

O Decreto nº 7.508/2011 fortaleceu a organização regional ao definir formalmente a Região de Saúde como espaço geográfico contínuo de integração do planejamento e da execução das ações e serviços, instituindo instrumentos como o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde para explicitar responsabilidades, metas e indicadores, buscando maior racionalidade e previsibilidade no funcionamento da rede, embora a formalização contratual não elimine disputas políticas e tensões distributivas inerentes ao federalismo sanitário brasileiro (Brasil, 2011b).

A consolidação das Comissões Intergestores como instâncias permanentes de pactuação reforçou a governança cooperativa do SUS ao criar fóruns de negociação entre União, estados e municípios, permitindo ajustar responsabilidades e prioridades de forma consensual, mecanismo essencial em um país marcado por profundas desigualdades regionais, mas cuja eficácia depende da estabilidade política, da confiança institucional e da disponibilidade de recursos compatíveis com os compromissos assumidos nas pactuações (Brasil, 2011b).

O Pacto pela Saúde de 2006 representou tentativa de superar o esgotamento de reformas excessivamente normativas ao organizar compromissos em torno do Pacto pela Vida, do Pacto em Defesa do SUS e do Pacto de Gestão, priorizando metas sanitárias e corresponsabilização entre gestores, reconhecendo que a consolidação do sistema exige defesa política explícita de seus princípios constitucionais e reorganização do processo decisório em bases mais estratégicas e menos fragmentadas (Brasil, 2006).

A expansão da atenção primária como eixo estruturante do modelo assistencial evidenciou capacidade redistributiva do SUS ao ampliar cobertura territorial e impactar indicadores como mortalidade infantil e controle de doenças evitáveis, demonstrando que políticas baseadas em territorialização e vínculo longitudinal produzem efeitos concretos sobre condições de vida, embora sua resolutividade dependa da integração com níveis especializados e de financiamento estável que sustente equipes e infraestrutura adequadas (Lima; Carvalho; Coeli, 2018).

Os programas nacionais de imunização e de enfrentamento de epidemias ilustram a construção de base técnico-institucional robusta capaz de articular vigilância, logística e produção de insumos em



escala nacional, evidenciando maturidade organizacional e capacidade de coordenação central, resultados que projetaram reconhecimento internacional ao sistema, mas cuja manutenção exige continuidade política e proteção orçamentária diante de cenários de restrição fiscal (Lima; Carvalho; Coeli, 2018).

A segmentação do sistema de saúde brasileiro, com coexistência de subsistema público, saúde suplementar e desembolso direto, tensiona o projeto universal ao criar trajetórias diferenciadas de acesso conforme renda e vínculo empregatício, configurando cenário em que a universalidade formal convive com desigualdades concretas na experiência do cuidado, fenômeno que compromete a coesão social pretendida pelo modelo constitucional (Mendes, 2013).

No plano organizacional, a fragmentação assistencial constitui obstáculo relevante à integralidade, pois a ausência de coordenação entre pontos de atenção favorece descontinuidade, duplicidades e encaminhamentos inadequados, especialmente no manejo de condições crônicas, exigindo consolidação de redes articuladas com portas de entrada definidas e sistemas de regulação eficazes que sustentem fluxos regionais consistentes (Brasil, 2011b).

O subfinanciamento crônico emerge como determinante transversal das limitações do SUS ao restringir expansão qualificada de serviços e comprometer a priorização da atenção básica como ordenadora da rede, produzindo cenário em que princípios constitucionais esbarram na insuficiência material para sua plena implementação, fenômeno agravado por restrições macroeconômicas que comprimem o orçamento setorial (Funcia, 2019).

A Emenda Constitucional nº 95/2016 intensificou essa restrição ao impor teto de gastos que limita crescimento real das despesas federais em saúde, reduzindo a flexibilidade orçamentária necessária para responder a demandas crescentes e aprofundando desigualdades entre entes federados com diferentes capacidades de financiamento próprio, o que evidencia a centralidade do debate fiscal na sustentabilidade do sistema universal (Funcia, 2019).

A convivência entre incentivos ao setor privado e financiamento público insuficiente revela tensão estrutural entre universalidade e segmentação, pois renúncias fiscais e estímulos à saúde suplementar podem reduzir recursos disponíveis para programas preventivos e serviços especializados estratégicos, reforçando estratificação no acesso e pressionando a capacidade redistributiva do SUS (Funcia, 2019).

O planejamento regional previsto no Decreto nº 7.508/2011 busca alinhar necessidades sanitárias e disponibilidade de recursos por meio de instrumentos pactuados e avaliação de desempenho, reforçando a ideia de que a organização do sistema depende de informação qualificada e governança cooperativa, embora diferenças institucionais entre municípios condicionem a efetividade desse arranjo (Brasil, 2011b).



A trajetória do SUS demonstra coexistência de conquistas estruturantes e desafios persistentes, pois o sistema materializou o direito constitucional à saúde e ampliou cobertura assistencial em escala nacional, ao mesmo tempo em que enfrenta limitações financeiras e segmentação institucional que tensionam sua sustentabilidade e capacidade de reduzir desigualdades de forma homogênea no território (Lima; Carvalho; Coeli, 2018).

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A análise desenvolvida ao longo deste estudo permitiu compreender que a transição do modelo previdenciário para o direito universal à saúde representou uma transformação estrutural no modo como o Estado brasileiro passou a conceber e organizar a proteção sanitária. Não se tratou apenas da ampliação do acesso a serviços, mas da afirmação da saúde como expressão concreta de cidadania, vinculada à dignidade humana e às condições sociais de existência. A institucionalização do SUS materializou essa mudança ao romper com a lógica excludente anterior e ao estabelecer um sistema orientado por princípios de universalidade, integralidade e equidade.

Os achados mostram que a consolidação do SUS foi resultado de construção histórica gradual, marcada por avanços normativos, fortalecimento da descentralização e desenvolvimento de mecanismos de pactuação interfederativa. A regionalização e a participação social ampliaram a legitimidade democrática do sistema, ao mesmo tempo em que possibilitaram maior aproximação entre gestão e território. Essa arquitetura institucional contribuiu para a expansão da atenção primária, para a organização de redes assistenciais e para a implementação de políticas públicas de alcance nacional.

Entretanto, a universalização da saúde no Brasil permanece atravessada por desafios estruturais que tensionam sua plena efetivação. As desigualdades regionais históricas, a segmentação do sistema de saúde e o subfinanciamento persistente revelam que a previsão constitucional do direito não garante, por si só, sua materialização homogênea no território. A sustentabilidade do SUS exige coerência entre o projeto constitucional e as escolhas fiscais e macroeconômicas que condicionam a capacidade estatal de investir e planejar de forma equitativa.

Assim, a consolidação do direito universal à saúde depende da manutenção do compromisso político com os fundamentos que deram origem ao SUS e da permanente defesa de sua natureza pública. Mais do que preservar sua estrutura normativa, torna-se necessário fortalecer sua capacidade redistributiva, aprimorar a governança regional e assegurar financiamento compatível com suas responsabilidades institucionais. A universalidade, nesse sentido, não é um ponto de chegada definitivo, mas um processo contínuo que requer decisão política, responsabilidade pública e compromisso social permanente.



**REFERÊNCIAS**

- BAHIA, Ligia. Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 34, n. 7, e00067218, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00067218>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/W7zxfv588XxhKQ7JJ8dGVKD/>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8\\_conferencia\\_nacional\\_saude\\_relatorio\\_final.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido pacto. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 23 fev. 2006. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 28 fev. 2002. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373\\_27\\_02\\_2002.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. SUS: a saúde do Brasil. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011a. 36 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). ISBN 978-85-334-1595-9. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_saude\\_brasil\\_3ed.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_saude_brasil_3ed.pdf).
- BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 29 jun. 2011b. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm).
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 20 set. 1990a. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm).
- BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm).
- ELIAS, Paulo Eduardo M.; COHN, Amelia. Health Reform in Brazil: Lessons to Consider. *American Journal of Public Health*, v. 93, n. 1, p. 44–48, jan. 2003. DOI: <https://doi.org/10.2105/ajph.93.1.44>. PMID: 12511382. PMCID: PMC1447689. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1447689/>.
- FUNCIA, Francisco Rózsa. Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 12, p. 4405–4415, dez. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25892019>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2022.v46n133/263-276/>.



LIMA, Luciana Dias de; CARVALHO, Marília Sá; COELI, Cláudia Medina. Sistema Único de Saúde: 30 anos de avanços e desafios. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 34, n. 7, e00117118, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00117118>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/8vzRfCDsP6rP6NNDFxxHpht/>.

MENDES, Eugênio Vilaça. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. *Estudos Avançados*, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-40142013000200003>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/gzYFsDyxxXPjJK8WvWvG8th/?format=html&lang=pt>.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde. Manguinhos*, v. 21, n. 1, p. 15-35, jan./mar. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702014000100002>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/rcknG9DN4JKxkbGKD9JDSqy/?format=pdf&lang=pt>.

SOUZA, Renilson Rehem de. O sistema público de saúde brasileiro. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. 45 p. Apresentado no Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas, São Paulo, 11–14 ago. 2002. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema\\_saude.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude.pdf).

