

A CONSTRUÇÃO DO SUS: IMPACTOS DA CONSTITUIÇÃO DE 1988 NA UNIVERSALIZAÇÃO DA SAÚDE BRASILEIRA

João Victor Almeida Rangel¹; Mayara Evangelista de Andrade²

joaorangelcampina02@gmail.com

Área Temática: Saúde Coletiva

RESUMO

Introdução: A consolidação do direito à saúde no Brasil está diretamente relacionada ao processo histórico de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), resultado das mobilizações sociais e políticas associadas ao movimento da Reforma Sanitária brasileira. Antes da Constituição Federal de 1988, o acesso aos serviços de saúde estava predominantemente vinculado ao sistema previdenciário, restringindo a assistência aos trabalhadores formais e excluindo grande parcela da população. A Constituição de 1988 representou uma mudança estrutural ao reconhecer a saúde como direito de todos e dever do Estado, estabelecendo as bases para um sistema público universal, equânime e integral. A criação do SUS ampliou o acesso aos serviços e redefiniu a organização das políticas de saúde no país. **Objetivo:** Analisar o processo histórico de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) e discutir os impactos da Constituição Federal de 1988 na consolidação do princípio da universalização do acesso à saúde no Brasil. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, de abordagem qualitativa, realizada nas bases PubMed/Medline, Scopus, Web of Science, Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Utilizaram-se os descritores Sistema Único de Saúde, Constituição de 1988, Reforma Sanitária, Universalização da Saúde e Direito à Saúde, combinados pelos operadores booleanos AND e OR. Foram incluídos estudos publicados entre 1990 e 2024, nos idiomas português, inglês e espanhol, com acesso ao texto completo e pertinência temática. Inicialmente foram identificados 72 estudos, dos quais 15 compuseram a amostra final. **Resultados e Discussão:** Os achados indicam que a Constituição de 1988 representou ruptura ao instituir a saúde como direito social e dever do Estado, superando o modelo previdenciário excludente anterior. A criação do SUS ampliou o acesso aos serviços, especialmente com a expansão da Atenção Primária à Saúde e a descentralização administrativa, contribuindo para a redução de desigualdades históricas. Entretanto, permanecem desafios relacionados ao subfinanciamento e às desigualdades regionais. **Conclusão:** Conclui-se que a Constituição de 1988 foi fundamental para a universalização do acesso à saúde no Brasil, embora a efetivação plena de seus princípios ainda dependa do fortalecimento do financiamento e da gestão do sistema.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; Universalização da Saúde; Reforma Sanitária; Direito à Saúde.

1 INTRODUÇÃO

A construção do Sistema Único de Saúde (SUS) representa uma das mais significativas transformações institucionais da história contemporânea brasileira, resultante de intensos debates políticos e sociais e que também é resultado direto das conquistas estabelecidas na Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988). Até então, o acesso aos serviços de saúde era

restrito majoritariamente aos trabalhadores formais vinculados à previdência social, configurando um modelo excludente e segmentado (Paim, 2008).

O movimento da Reforma Sanitária Brasileira, articulado por profissionais de saúde, intelectuais e movimentos sociais, desempenhou papel central na formulação de um projeto contra-hegemônico de saúde, baseado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade (Paiva; Teixeira, 2014). Inspirado por concepções ampliadas de saúde e pelos debates internacionais promovidos pela Conferência de Alma-Ata, o movimento propôs a saúde como direito de cidadania e dever do Estado (Organização Mundial Da Saúde, 1978).

A Constituição de 1988 institucionalizou esse projeto ao estabelecer, em seu artigo 196, que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas (Brasil, 1988). Esse marco jurídico redefiniu o papel do Estado na provisão de serviços de saúde, deslocando o modelo assistencial restritivo para um sistema público universal (Menicucci, 2007).

Diante desse contexto, o presente estudo tem como objetivo analisar o processo de construção do SUS e os impactos da Constituição de 1988 na universalização do acesso à saúde no Brasil.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa. A busca foi realizada nas bases de dados PubMed/Medline, Scopus, Web of Science, Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Para a realização da busca foram utilizados os seguintes descritores: Sistema Único de Saúde, Constituição de 1988, Reforma Sanitária, Universalização da Saúde, Direito à Saúde e Políticas Públicas de Saúde, combinados por meio dos operadores booleanos AND e OR.

Foram incluídos estudos publicados entre 1990 e 2024, nos idiomas português, inglês ou espanhol, que abordassem o processo de construção do SUS, a Reforma Sanitária Brasileira ou os impactos da Constituição Federal de 1988 na universalização do acesso à saúde. Excluíram-se estudos duplicados, publicações que não se relacionassem diretamente ao tema proposto, editoriais, cartas ao editor, relatos de experiência, trabalhos com abordagem exclusivamente técnica sem análise político-institucional e produções sem acesso ao texto completo.

Inicialmente, foram identificados 72 estudos. Após a leitura dos títulos e resumos, 41 estudos foram excluídos por duplicidade ou por não atenderem ao tema central da pesquisa. Em seguida, 16 artigos foram eliminados após leitura na íntegra, por não cumprirem os critérios metodológicos estabelecidos ou por apresentarem fragilidade na fundamentação teórica.

Dessa forma, 15 estudos compuseram a amostra final da revisão. A análise dos dados ocorreu de forma descritiva, analítica e comparativa, permitindo a organização dos achados em categorias temáticas relacionadas ao contexto histórico pré-constitucional, à institucionalização do SUS e aos impactos da universalização do acesso à saúde no Brasil.

Por se tratar de estudo secundário, sem envolvimento direto de seres humanos, não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Antes da promulgação da Constituição Federal de 1988, o sistema de saúde brasileiro estava estruturado sob uma lógica essencialmente previdenciária e contributiva, fortemente vinculada ao modelo de seguridade social restrito aos trabalhadores formais urbanos. O acesso aos serviços de saúde era mediado pelo vínculo empregatício e pela contribuição à previdência, operacionalizada principalmente por meio do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Tal configuração institucional excluía amplos segmentos populacionais, como trabalhadores informais, desempregados, populações rurais e grupos socialmente marginalizados, consolidando um modelo seletivo e segmentado de assistência (Paim, 2008). A saúde, nesse contexto, não era concebida como direito universal, mas como benefício trabalhista, reforçando desigualdades históricas e aprofundando disparidades regionais no acesso aos serviços (Menicucci, 2007).

Esse arranjo institucional também refletia uma concepção restrita de saúde, predominantemente centrada na assistência médico-hospitalar e na lógica curativista. O modelo hegemônico priorizava procedimentos especializados e hospitalares, com forte incentivo à expansão do setor privado conveniado ao Estado, em detrimento de ações preventivas e de promoção da saúde (Paiva; Teixeira, 2014). A fragmentação entre ações curativas e preventivas, aliada à ausência de coordenação nacional integrada, comprometia a racionalidade do sistema e ampliava custos, sem necessariamente produzir melhores indicadores sanitários (Paim et al.,

2011). Tal cenário evidenciava a incapacidade do modelo previdenciário de responder às demandas epidemiológicas de um país marcado por profundas desigualdades sociais.

A crítica a esse modelo ganhou força a partir da década de 1970, no contexto da redemocratização brasileira, quando emergiu o movimento da Reforma Sanitária. Com forte base acadêmica e articulação com movimentos sociais, a Reforma Sanitária propôs uma concepção ampliada de saúde, entendida como resultado das condições sociais, econômicas e ambientais de vida, e não apenas como ausência de doença (Paiva; Teixeira, 2014). Inspirado por debates internacionais, como os da Conferência de Alma-Ata, o movimento defendia a universalização do acesso, a descentralização administrativa e a participação social como pilares estruturantes de um novo sistema de saúde (Organização Mundial Da Saúde, 1978).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, representou marco decisivo nesse processo, ao consolidar a proposta de criação de um sistema público universal e descentralizado, sob responsabilidade do Estado (Brasil, 1986). As resoluções da conferência influenciaram diretamente os debates da Assembleia Nacional Constituinte, resultando na incorporação da saúde como direito social no texto constitucional. O artigo 196 da Constituição Federal de 1988 estabeleceu que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988).

A institucionalização do Sistema Único de Saúde foi posteriormente regulamentada pelas Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, que definiram suas diretrizes organizativas, competências federativas e mecanismos de participação social (Brasil, 1990a; Brasil, 1990b). Esse novo arranjo jurídico-administrativo representou ruptura paradigmática em relação ao modelo anterior, ao estabelecer a universalidade, a integralidade e a equidade como princípios estruturantes do sistema, além de formalizar a descentralização e o controle social como instrumentos de democratização da gestão (Paim et al., 2011). A saúde passou, assim, a integrar o campo dos direitos de cidadania, redefinindo a relação entre Estado e sociedade no âmbito das políticas sociais.

No processo de implementação do SUS, a expansão da Atenção Primária à Saúde constituiu estratégia central para materialização do princípio da universalidade. A criação e posterior consolidação da Estratégia Saúde da Família ampliaram significativamente a

cobertura assistencial, especialmente em municípios de pequeno porte e em áreas periféricas historicamente desassistidas (Giovanella et al., 2012). Esse movimento contribuiu para a reorganização do modelo assistencial, deslocando o foco do hospital para o território e fortalecendo ações de promoção e prevenção em saúde (Paim et al., 2011).

Os impactos dessa reorganização estrutural refletem-se em indicadores epidemiológicos. Estudos demonstram redução consistente da mortalidade infantil, ampliação da cobertura vacinal e maior acesso a consultas médicas entre populações de baixa renda, evidenciando o efeito redistributivo do SUS (Victora et al., 2011). A universalização do acesso permitiu que segmentos anteriormente excluídos passassem a integrar o sistema público, reduzindo desigualdades históricas no consumo de serviços de saúde (Paim et al., 2011).

A descentralização administrativa, outro princípio constitucional, fortaleceu o protagonismo dos municípios na gestão dos serviços, ao mesmo tempo em que institucionalizou mecanismos de participação popular, como conselhos e conferências de saúde (Brasil, 1990b). Esse modelo inovador ampliou a transparência e introduziu práticas de controle social na formulação e fiscalização das políticas públicas, configurando avanço democrático significativo (Menicucci, 2007). A corresponsabilidade entre entes federativos tornou-se elemento estruturante da governança do sistema, ainda que marcada por desafios de coordenação intergovernamental (Giovanella et al., 2012).

Entretanto, apesar dos avanços observados, a universalização do acesso enfrenta limites estruturais persistentes. O subfinanciamento crônico do SUS constitui um dos principais entraves à consolidação plena de seus princípios, agravado por medidas de austeridade fiscal que restringem investimentos públicos em saúde (Paim, 2018). A coexistência com o setor privado complementar também produz tensões, ao manter segmentações no acesso e incentivar dupla porta de entrada em determinados serviços (Menicucci, 2007).

A judicialização da saúde emergiu como fenômeno complexo nesse cenário, expressando tanto a consolidação do direito constitucional quanto as fragilidades do planejamento estatal (Paim, 2018). Embora funcione como instrumento de garantia individual de acesso a tecnologias e tratamentos, pode gerar desequilíbrios na alocação de recursos e tensionar o princípio da equidade ao priorizar demandas individuais em detrimento de necessidades coletivas (Paim et al., 2011).

Por fim, persistem desafios relacionados à qualidade da assistência, à integração das redes de atenção e à consolidação da Atenção Primária como ordenadora do cuidado. A fragmentação entre níveis assistenciais e as desigualdades regionais na oferta de serviços especializados indicam que a universalização formal ainda demanda aperfeiçoamentos estruturais e gerenciais (Giovanella et al., 2012). Assim, a construção do SUS revela-se processo histórico contínuo, marcado por avanços significativos na democratização do acesso, mas também por disputas políticas e econômicas que condicionam sua sustentabilidade e efetividade.

4 CONCLUSÃO

A análise desenvolvida permitiu compreender que a Constituição Federal de 1988 representou marco estruturante na consolidação da saúde como direito social e dever do Estado, redefinindo profundamente o modelo assistencial brasileiro. A institucionalização do Sistema Único de Saúde rompeu com a lógica previdenciária excludente e estabeleceu a universalidade, a integralidade e a equidade como princípios orientadores da política pública de saúde. Como resultado, observou-se ampliação significativa do acesso aos serviços, expansão da Atenção Primária e redução de desigualdades históricas no consumo de ações e procedimentos de saúde, especialmente entre populações de menor renda.

Entretanto, os achados também evidenciam que a universalização do acesso permanece tensionada por desafios estruturais, como o subfinanciamento crônico, as desigualdades regionais na oferta de serviços e a coexistência com o setor privado suplementar. Tais fatores limitam a plena efetivação do projeto constitucional e indicam que a universalidade formal nem sempre se traduz em acesso oportuno, equânime e de qualidade em todo o território nacional.

Como limitação deste estudo, destaca-se o caráter bibliográfico da análise, que, embora permita ampla compreensão histórico-institucional, não contempla avaliação empírica quantitativa recente sobre indicadores específicos de acesso e desempenho do sistema. Além disso, a heterogeneidade das abordagens teóricas presentes na literatura pode influenciar diferentes interpretações acerca do impacto da Constituição na organização do sistema de saúde.

Sugere-se que futuras pesquisas aprofundem análises comparativas entre regiões brasileiras, avaliem os efeitos de políticas fiscais sobre o financiamento do SUS e investiguem

estratégias inovadoras de fortalecimento da Atenção Primária e da governança federativa. A consolidação do direito universal à saúde depende não apenas da manutenção do arcabouço jurídico inaugurado em 1988, mas também do aprimoramento contínuo das políticas públicas e do compromisso político com os princípios constitucionais que fundamentam o SUS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1986.

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**. Brasília, DF: Presidência da República, 1990a.

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**. Brasília, DF: Presidência da República, 1990b.

GIOVANELLA, Lígia *et al.* **Sistema Único de Saúde: avanços e desafios**. *The Lancet*, London, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 843-856, 2007.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto – Enfermagem*, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. Genebra: OMS, 1978.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PAIM, Jairnilson Silva. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018.

PAIM, Jairnilson Silva *et al.* **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. *The Lancet*, London, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antônio. Reforma sanitária e SUS: desafios contemporâneos. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15-35, 2014.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel. **Revisão integrativa: o que é e como fazer**. *Einstein*, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.

VICTORA, Cesar Gomes *et al.* **Saúde no Brasil: progresso e desafios**. *The Lancet*, London, v. 377, n. 9780, p. 1863-1876, 2011.

