



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UnB
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS – ICH
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL – SER
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO – TCC

ISABELLA GONÇALVES CAVALCANTE

**AS CONTRADIÇÕES QUE MARCAM A POLÍTICA DE SAÚDE:
Uma aproximação da realidade do Distrito Federal**

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Lucia Lopes da Silva

**BRASÍLIA - DF
2025**

ISABELLA GONÇALVES CAVALCANTE

**AS CONTRADIÇÕES QUE MARCAM A POLÍTICA DE SAÚDE:
Uma aproximação da realidade do Distrito Federal**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Departamento de Serviço Social da Universidade de
Brasília como requisito parcial para a obtenção do
título de Bacharel em Serviço Social, sob orientação
da Prof.^a Dr.^a Maria Lucia Lopes da Silva.

BRASÍLIA - DF

2025

CIP - Catalogação na Publicação

CC377c Cavalcante , Isabella Gonçalves .
AS CONTRADIÇÕES QUE MARCAM A POLÍTICA DE SAÚDE: Uma
aproximação da realidade do Distrito Federal. / Isabella
Gonçalves Cavalcante ;

Orientador: Maria Lucia Lopes da Silva. Brasilia, 2025.
62 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação - Serviço
Social) Universidade de Brasilia, 2025.

1. Constituição Federal de 1988. 2. Sistema Único de
Saúde . 3. Cidadania . 4. Democracia. 5. Distrito Federal .
I. Silva, Maria Lucia Lopes da, orient. II. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

ISABELLA GONÇALVES CAVALCANTE

AS CONTRADIÇÕES QUE MARCAM A POLÍTICA DE SAÚDE: Uma aproximação da realidade do Distrito Federal

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Departamento de Serviço Social da Universidade de
Brasília como requisito parcial para a obtenção do
título de Bacharel em Serviço Social.

Brasília, 11 de dezembro de 2025.

Prof.^a Dr.^a Maria Lucia Lopes da Silva – Orientadora
Doutora em Política Social
Professora do Departamento de Serviço Social/UnB

Prof.^a Dr.^a Liliam dos Reis Souza Santos – Membro da Banca
Doutora em Política Social
Professora do Departamento de Serviço Social/UnB

Assistente Social Vinicius Pinheiro de Magalhães – Membro da Banca
Mestre em Serviço Social
Membro externo ao Departamento de Serviço Social/UnB

À minha mãe, por ser a fortaleza em meio as minhas vulnerabilidades e o farol que me guiou em todas as minhas tempestades.

AGRADECIMENTOS

A finalização deste trabalho significa muito mais do que a conclusão de um processo acadêmico. Ele simboliza a abdicação e o esforço de muitas gerações da minha família que vieram antes de mim e que, agora, conquistam esta graduação através da minha jornada.

À minha mãe, Vera Lúcia Orlando Cavalcante, a quem dedico o título de inspiração para este Trabalho de Conclusão de Curso. Sua presença foi o alicerce em todas as etapas da minha vida, oferecendo o apoio incondicional nos momentos de necessidade e, principalmente, acreditando em mim mais do que eu mesma. Sou imensamente grata por tê-la em minha vida.

À minha família, em especial à minha irmã, Cleidiane Cavalcante Leite, que foi a força inabalável em meio às adversidades enfrentadas, particularmente durante os longos períodos de internação de nossa mãe. Seu suporte foi fundamental para que eu pudesse seguir adiante.

À minha orientadora, Maria Lucia Lopes da Silva, por ter aceitado prontamente o convite para ser minha orientadora. Sou grata pelos nossos momentos de troca e pelo auxílio essencial oferecido ao longo de toda esta caminhada.

Aos membros da banca examinadora, Liliam dos Reis Souza Santos e Vinícius Pinheiro de Magalhães. Fico honrada por terem aceitado o convite para compor a banca e por dedicarem seu tempo à avaliação deste trabalho.

Aos meus amigos (as) de graduação, vocês tornaram os meus dias mais leves e contribuíram para que este período de formação fosse mais fácil de ser percorrido. Agradeço pela companhia e pelas risadas, que se tornaram a melhor parte da minha memória acadêmica.

A todos os professores que fizeram parte do meu processo de formação. O contato e o conhecimento transmitido por cada um de vocês contribuíram de forma direta para a consolidação da profissional que busco ser.

Por fim, gostaria de dedicar este trabalho também às pessoas que se encontram nas filas de espera dos hospitais, aguardando a resposta que fará a diferença em suas vidas. Meu desejo é que vocês possam desfrutar de seus direitos de forma plena e integral, que sejam reconhecidos não apenas como cidadãos formais, mas que possam exercer e usufruir de sua cidadania em toda a sua abrangência.

*“Não basta que todos sejam iguais perante a lei.
É preciso que a lei seja igual perante a todos”*

(Salvador Allende)

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) visa analisar o paradoxo entre os marcos legais que instituem a saúde como direito de todos e dever do Estado e a efetivação concreta do acesso a esse direito. A análise se fundamenta na perspectiva do conceito de cidadania plena, conforme os termos de Carlos Nelson Coutinho (2005) em *Notas sobre cidadania e modernidade*, desenvolvendo uma reflexão teórica e crítica sobre essa contradição, embora com uma breve aproximação da realidade do Distrito Federal. A metodologia adotada para a pesquisa baseou-se em pesquisas bibliográficas, levantamento de dados secundários e análise documental. Tais procedimentos buscaram compreender como as contradições se manifestam entre o direito à saúde constitucionalmente assegurado como dever do Estado e sua efetivação prática no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), sob o prisma da cidadania plena. Desse modo, realizou-se uma análise da política de saúde e do conceito de cidadania, objetivando entender o espaçamento entre a garantia legal e o acesso real ao direito à saúde. Em suma, conclui-se que a cidadania plena, também compreendida como a expressão do ideal de soberania popular, não se materializa nos marcos de produção capitalista. No âmbito da saúde, a efetividade dos direitos ocorre de maneira limitada, restrita aos limites da cidadania formal, atravessada por desigualdades estruturais e pelo acesso precarizado a serviços. Nesse sentido, o modelo de gestão adotado diante da política de saúde não apenas aprofunda os limites inerentes à cidadania formal, como revela as contradições diante das tentativas de universalização de direitos em uma sociedade capitalista, reafirmando que a efetivação concreta do direito à saúde permanece tencionado e incompleto.

Palavras-chave: Constituição Federal de 1988; Sistema Único de Saúde; Cidadania; Democracia; Distrito Federal.

ABSTRACT

The present Undergraduate Thesis (TCC) aims to analyze the paradox between the legal frameworks that establish health as a right of all and a duty of the State and the concrete realization of access to this right. The analysis is grounded in the perspective of the concept of full citizenship, according to Carlos Nelson Coutinho (2005) in *Notes on Citizenship and Modernity*, developing a theoretical and critical reflection on this contradiction, albeit with a brief approximation to the reality of the Federal District. The methodology adopted was based on bibliographic research, the collection of secondary data, and documentary analysis. These procedures sought to understand how the contradictions between the constitutionally guaranteed right to health as a duty of the State and its practical implementation within the scope of the Unified Health System (SUS) manifest themselves, under the lens of full citizenship. Thus, an analysis of health policy and the concept of citizenship was conducted, aiming to understand the gap between legal guarantees and real access to the right to health. In sum, it is concluded that full citizenship, also understood as the expression of the ideal of popular sovereignty, does not materialize within the framework of the capitalist mode of production. In the field of health, the effectiveness of rights occurs in a limited manner, restricted to the bounds of formal citizenship, permeated by structural inequalities and precarious access to services. In this sense, the management model adopted in health policy not only deepens the limits inherent to formal citizenship, but also reveals the contradictions involved in attempts to universalize rights within a capitalist society, reaffirming that the concrete realization of the right to health remains tense and incomplete.

Keywords: 1988 Federal Constitution; Unified Health System; Citizenship; Democracy; Federal District.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Relação entre as Regiões Administrativas com maior número de habitantes do DF e a média de renda per capita da região.....	50
Tabela 2 – Distribuição da rede pública de saúde do Distrito Federal por territórios	51

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CAPs - Caixas de Aposentadoria e Pensão
DF - Distrito Federal
ESF - Estratégia Saúde da Família
IAPs - Institutos de Aposentadoria e Pensões
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
Info DF- Portal de Informações Estatísticas do Distrito Federal
Info Saúde-DF - Portal de Informações e Transparência da Saúde do Distrito Federal
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
LOA - Lei Orçamentária Anual
PDAD-A - Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios Ampliada
PMB - Periferia Metropolitana de Brasília
RAs - Regiões Administrativas
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS - Sistema Único de Saúde
UBS - Unidades Básicas de Saúde (UBS)
UPAs - Unidades de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO 1 – A SAÚDE SOB O PRISMA CONSTITUCIONAL E OS LIMITES INSTITUCIONAIS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)	17
1.1. A política de saúde no Brasil: conceito e trajetória	18
1.2. Marco normativo da saúde no Brasil: CF/88, Leis 8.080/90 e 8.142/90.....	21
1.3. A construção do Sistema Único de Saúde (SUS) e seus limites institucionais ...	24
1.4. Desafios contemporâneos: retrocessos e resistência	30
CAPÍTULO 2 - CIDADANIA FORMAL: O DISTANCIAMENTO ENTRE OS DIREITOS FORMAIS E A SUA CONSOLIDAÇÃO EFETIVA.	34
2.1. Conceito de cidadania: origem, evolução e significados.....	36
2.2. Cidadania e o ordenamento jurídico brasileiro	40
2.3. Cidadania formal e saúde: entre a norma e a realidade	42
2.4. O abismo entre cidadania formal e plena na política de saúde	44
2.5. Impactos sociais da não efetivação da cidadania no campo da saúde.....	46
CAPÍTULO 3 - O ESPAÇAMENTO ENTRE A GARANTIA LEGAL E O ACESSO REAL AO DIREITO À SAÚDE.....	48
3.1. Desigualdades regionais e fragmentação territorial no acesso à saúde no Distrito Federal	49
3.2. A precarização da saúde pública e a negação da cidadania formal	53
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	58
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60

INTRODUÇÃO

A presente monografia constitui um requisito do curso de Serviço Social da Universidade de Brasília (UnB) para a aquisição do título de Bacharel em Serviço Social. O trabalho versa sobre o paradoxo existente entre os marcos legais que instituem a saúde como um direito de todos e dever do Estado e a efetivação concreta do acesso ao direito à saúde, sob a perspectiva do conceito de cidadania plena nos termos de Carlos Nelson Coutinho (2005) em *Notas sobre cidadania e modernidade*, trazendo uma análise teórica e crítica acerca dessa contradição, ainda que com uma ligeira aproximação da realidade do Distrito Federal. A visão de Coutinho sobre cidadania plena que orienta este trabalho é:

Cidadania é capacidade conquistada por alguns indivíduos, ou (no caso de uma democracia efetiva) por todos os indivíduos, de se apropriarem dos bens socialmente criados, de atualizarem todas as potencialidades de realização humana abertas pela vida social em cada contexto historicamente determinado. (COUTINHO, 2005, p.2)

Com a Constituição Federal de 1988, a compreensão acerca da saúde no Brasil foi redefinida: a mesma passou a ser reconhecida como um direito garantido a todos e como uma responsabilidade compulsória do Estado. Esse marco jurídico deu origem ao Sistema Único de Saúde (SUS), concebido para assegurar acesso amplo e igualitário às ações e serviços de saúde. Entretanto, mesmo com essa base legal robusta e com o princípio da universalidade, o SUS enfrenta limitações financeiras, entraves administrativos e disputas políticas que dificultam a concretização plena desse direito à população.

Essa distância entre o que se está legalmente instituído e o que é concretamente vivenciado expressa o abismo em que se inscreve o fenômeno da cidadania formal, que sob a perspectiva de Carlos Nelson Coutinho (2005) em *Notas sobre cidadania e modernidade*, expressa a prevalência de uma cidadania, que mantém os direitos restritos à esfera formal e impõe barreiras ao alcance da dimensão substantiva da cidadania. A análise de dados recentes acerca do funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) demonstra como essa “cidadania incompleta” vem se mostrando recorrente nas políticas públicas de saúde.

Um dos aspectos mais evidentes dessa contradição é o constante alargamento das filas de espera, que vem se tornando cada vez mais o sinônimo de barreiras concretas de acesso ao sistema. Conforme o levantamento de dados publicados pelo site O Globo, em 2024, o tempo médio de espera para consultas especializadas dentro do Sistema Único de Saúde (SUS)

alcançou 57 dias, enquanto a espera por cirurgias eletivas ultrapassa o tempo médio de 634 dias de espera.¹

Tais prazos são incompatíveis com a urgência de determinados quadros clínicos, além de acarretarem no comprometimento de tratamentos precoces e na eficácia dos mesmos. Em resposta à crise enfrentada pelas longas filas de espera, foi anunciado em junho de 2025 o programa “Agora Tem Especialistas”, que tem por proposta a contratação emergencial de serviços para o atendimento à população; ainda que essa tomada de decisão represente uma tentativa de atenuar os impactos dos longos períodos de espera, sua própria criação reforça o caráter crônico da insuficiência estatal e antecipa a adoção de estratégias que deslocam a resposta às demandas de saúde para o setor privado.

A recorrência ao sistema privado, ainda que de forma pontual, evidencia a não efetividade do direito à saúde e tensiona os princípios constitucionais que orientam o Sistema Único de Saúde (SUS). Contudo, tal ação não pode ser interpretada meramente como uma expressão de ineficiência do sistema público de saúde, mas como parte de um arranjo estrutural no qual o Estado passa a conjugar funções sociais e econômicas. Nesse processo, a política de saúde passa a assumir um papel econômico que mercantiliza a saúde e o financiamento público, o que aprofunda os limites da democracia e da cidadania formal no Brasil.

Para além das filas de espera, a falta de incorporação de tecnologias e medicamentos ao Sistema Único de Saúde (SUS) traz outra dimensão aos entraves enfrentados para se absorver as demandas do sistema. Em janeiro de 2025, a Folha de S. Paulo revelou que, desde 2018, ao menos 76 medicamentos e procedimentos aprovados oficialmente para serem inclusos no Sistema Único de Saúde (SUS), ainda não foram disponibilizados aos seus usuários, mesmo após ter ultrapassado por três vezes o prazo legal para serem instituídos;² essa lacuna nos serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) não apenas impõe, mesmo que de maneira indireta, a prolongação do sofrimento desses usuários e o agravamento dos quadros clínicos de saúde, como também alimenta a crescente judicialização do acesso à saúde.

Essas circunstâncias sobrecarregam o campo judiciário e desviam os acessos democráticos e coletivos a essa política pública, onde, nesse caso, a omissão estatal reforça a percepção de que o Sistema Único de Saúde (SUS), embora seja um sistema juridicamente robusto, apresenta grandes fragilidades em sua concretude.

¹ Disponível em: <https://oglobo.globo.com/politica/noticia/2025/03/17/entre-a-fila-do-sus-e-a-vida-ferramenta-exclusiva-revela-que-espera-para-consultas-pode-levar-dois-anos-veja-como-pesquisar.shtml>. Acesso em: 28 jun. 2025.

² Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2025/01/sus-nao-entrega-ao-menos-76-medicamentos-e-procedimentos-incorporados-a-rede-publica-desde-2018.shtml>. Acesso em: 28 jun. 2025.

Diante da insuficiência estrutural, novas estratégias têm sido traçadas com o objetivo de ampliar o acesso aos serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), como, por exemplo, a implementação de carretas itinerantes, a intensificação de parcerias com o setor privado e os atendimentos por telemedicina; ainda que essas ações possam oferecer respostas pontuais, elas permanecem dentro de uma lógica emergencial, incapazes de reverter o quadro de crise que acomete o Sistema Único de Saúde (SUS), no cenário atual.

Por mais que essas soluções sejam relevantes para atender às demandas de cunho imediato, elas não substituem a necessidade de uma reestruturação e fortalecimento permanente do sistema público de saúde. Pois, ao invés de promover melhorias dentro do sistema, as mesmas reforçam a naturalização de um modelo de gestão que opera a partir da escassez e da improvisação, o que distancia cada vez mais o Sistema Único de Saúde (SUS) da promessa constitucional de atendimento universal e integral.

Todas essas manifestações concretas (filas de espera excessivas, terceirização da prestação de serviços, omissão quanto à incorporação de tecnologias e ampliação de medicamentos) apontam para o distanciamento entre o que está estabelecido na Constituição Federal de 1988 e o que, de fato, é implementado no cotidiano em favor da população brasileira; esse abismo entre a proposição e a materialização efetiva do direito à saúde materializa a cidadania formal, uma cidadania reconhecida juridicamente, mas negada na prática pelas carências institucionais e pela lógica seletiva de gestão de recursos públicos.

Diante desse cenário, a pesquisa se propôs, por meio da pergunta investigativa, compreender: "Como se manifestam as contradições entre o direito à saúde, assegurado constitucionalmente como dever do Estado, e sua efetivação prática no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da perspectiva da cidadania plena?". Partindo da hipótese de que, embora o direito à saúde esteja legalmente consolidado, sua efetivação está condicionada à lógica seletiva e desigual de distribuição de recursos e às contradições do modelo de Estado; além disso, considerou-se que tais contradições impactam diretamente na atuação dos profissionais do Serviço Social, que se veem diante do desafio de mediar os limites entre a legitimidade do direito e a sua negação.

Assim, o objetivo geral da pesquisa voltou-se para a investigação das contradições existentes entre o direito à saúde, assegurado constitucionalmente enquanto dever do Estado, e a sua efetivação prática no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da perspectiva da cidadania plena, salientando os entraves estruturais que impactam na universalização do direito à saúde no Distrito Federal (DF).

Ao se considerar o objetivo geral da pesquisa seguiram-se como objetivos específicos: compreender as nuances existentes entre o direito à saúde previsto pela legislação brasileira e a sua efetivação por meio da política de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); apreender o conceito de cidadania plena e os impactos da mesma, na consumação de direitos sociais dentro do contexto da política de saúde; sistematizar os dados que subsidiem a pesquisa com o intuito de compreender o distanciamento entre os direitos legalmente instituídos e os direitos formalmente concretizados e mapear dados e informações que subsidiem a pesquisa e tragam informações acerca da consumação do acesso ao direito a saúde.

A metodologia utilizada para a construção da pesquisa deu-se por meio de pesquisas bibliográficas, levantamento de dados secundários e análise documental, o que proporcionou um campo de investigação, baseado em dados públicos, artigos, obras literárias, matérias jornalísticas e documentos oficiais.

A escolha do tema surgiu a partir de uma experiência pessoal, os longos meses de internação da minha mãe em unidades públicas de saúde em conjunto com as dificuldades enfrentadas para se acessar o procedimento necessário para o tratamento; assim, esta experiência me gerou uma inquietação acerca do distanciamento entre o que se está palpável à população dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) e o que se está juridicamente consolidado.

Isto posto, a importância dessa pesquisa reside na necessidade de se compreender as contradições que esvaziam os direitos sociais no Brasil, em especial o direito à saúde; para além disso, a pesquisa também permite o fortalecimento do projeto ético-político do Serviço Social, na medida em que subsidia a atuação crítica dos profissionais perante os desafios impostos através da precarização dos serviços públicos.

Diante do exposto, este trabalho de conclusão de curso está estruturado da seguinte forma: Introdução, Capítulo 1 – *A saúde sob o prisma constitucional e os limites institucionais do Sistema Único de Saúde (SUS)*, Capítulo 2 - *Cidadania formal: O distanciamento entre os direitos formais e a sua consolidação efetiva*, Capítulo 3 - *O espaçamento entre a garantia legal e o acesso real ao direito à saúde* e as Considerações Finais.

CAPÍTULO 1 – A SAÚDE SOB O PRISMA CONSTITUCIONAL E OS LIMITES INSTITUCIONAIS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

A política de saúde no Brasil resulta de um processo histórico e político, fruto de disputas entre interesses antagônicos das classes sociais e seus projetos de sociedade. Sua consolidação, principalmente a partir da Constituição Federal de 1988, passa a representar a incorporação de um novo paradigma: a saúde como um direito universal e um dever do Estado. Essa consagração normativa é resultado de um acúmulo de lutas sociais, especialmente do movimento da Reforma Sanitária, que se contrapôs a um modelo historicamente excludente, clientelista e segmentado. Diz a Constituição Brasileira:

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.196, CF/88).

A sanção do direito à saúde na Constituição Federal de 1988 não se deu de forma espontânea ou meramente técnica, mas sim como uma vitória de forças sociais progressistas que atuaram no Congresso Constituinte, municiados pelas proposições da 8^a Conferência Nacional de Saúde. Foi em decorrência dessa luta que emergiu o Sistema Único de Saúde (SUS), orientado pelos princípios da universalidade, integralidade, equidade e participação social. Contudo, a formalização desse direito coexiste com limitações significativas: a escassez de recursos, o desmonte das políticas públicas, a precária infraestrutura e a crescente mercantilização da saúde, o que traz consigo as contradições entre a norma constitucional e a realidade da sua implementação.

O presente capítulo teve por objetivo compreender o percurso da política de saúde no Brasil, com foco nos elementos históricos, normativos e políticos que deram origem ao Sistema Único de Saúde (SUS), assim como nos limites institucionais que impedem a efetivação plena do direito à saúde.

O autor Carlos Nelson Coutinho (2005) contribui para a compreensão deste debate ao definir os direitos sociais como aqueles que “permitem ao cidadão uma participação mínima na riqueza material e espiritual criada pela coletividade” (COUTINHO, 2005, p. 12), ao passo que comprehende as políticas sociais como “o instrumento através do qual se materializam os direitos sociais” (COUTINHO, 2005, p. 13). Essas definições são fundamentais para a análise desenvolvida neste capítulo, uma vez que a saúde se constitui como um direito social e sua efetivação depende diretamente das políticas sociais que a materializam. Assim, compreender

o significado de direitos sociais e políticas sociais torna-se condição necessária para analisar os limites e as contradições presentes na concretização do direito à saúde.

Logo busca-se, refletir sobre os fundamentos legais do Sistema Único de Saúde (SUS) como: a Constituição Federal de 1988, a Lei n.º 8.080 publicada em 19 de setembro de 1990 e a Lei n.º 8.142 publicada em 28 de dezembro de 1990, à luz de autores críticos como Maria Inês Souza Bravo (2018) em *Política de saúde no Brasil* e André Vianna Dantas (2018) em *A questão democrática e a Reforma Sanitária Brasileira: um debate tático e estratégico*, bem como, analisar os obstáculos que produzem aquilo que se pode nomear como o fenômeno da cidadania formal: conceito que exprime a contradição entre a cidadania formalmente instituída e a sua negação prática nas condições reais de vida da população.

A metodologia adotada foi qualitativa, baseada na análise de textos acadêmicos e jurídicos, priorizando o debate teórico e político sobre a formulação e aplicação das políticas de saúde; a leitura crítica parte da intersecção entre o campo jurídico e o campo político, considerando os textos mencionados, além de documentos legais e obras de referência, como o livro *Sistema Único de Saúde: um direito fundamental de natureza social e cláusula pétreas constitucionais* (Soares, 2021) e o artigo de Maurílio Castro Matos (2021) *O neofascismo da política de saúde de Bolsonaro em tempos perigosos da pandemia da Covid-19*.

Ao assumir uma abordagem crítica, este capítulo busca demonstrar que a crise da saúde no Brasil é resultado da tensão permanente entre um projeto democrático de universalização dos direitos sociais e um modelo estatal que oscila entre o avanço formal das garantias constitucionais e a sua negação prática por interesses econômicos, ideológicos e políticos.

1.1. A política de saúde no Brasil: conceito e trajetória

A política de saúde no Brasil deve ser compreendida como um campo de lutas e de embates históricos entre diferentes atores sociais, econômicos e políticos, estando, portanto, longe de ser o resultado de decisões técnicas, neutras e racionais. Conforme analisa Maria Inês Souza Bravo (2018), as políticas sociais, em particular a política de saúde, são construídas em meio à correlação de forças entre as classes sociais, o mercado, o Estado, os interesses corporativos e os movimentos sociais, tratando-se assim, de um processo marcado por disputas em torno da concepção de direitos, da função do Estado e a trajetória da proteção social.

O curso da construção da política de saúde brasileira traz, em diferentes momentos, um caráter contraditório, que expressa tanto os avanços quanto os limites de um sistema que ainda em dias atuais oscila entre a universalização formal e a negação material do direito à saúde.

Historicamente, o cuidado com a saúde no Brasil surgiu sob a tutela da caridade e da filantropia, exercido majoritariamente por instituições religiosas e organizações benéficas, o

que contribuiu para que, até o início do século XX, o Estado não assumisse a saúde como responsabilidade pública, e que mantivesse o acesso aos cuidados de forma profundamente desigual, condicionados pela classe, raça e gênero; essa fase inicial, segundo Bravo (2018), era marcada por uma lógica moralista e excludente, onde a cidadania era restrita a uma elite social.

Promulgada em 1923, a Lei Eloy Chaves se consagrou como o marco inicial da previdência social no Brasil, o que possibilitou um vislumbre do início das ações ligadas à saúde no país. Assim, com a ascensão do Estado interventor durante a Era Vargas, observa-se a incorporação de uma concepção previdenciária da saúde, voltada exclusivamente para o trabalhador formal urbano. A criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) e, posteriormente, do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), segundo a lógica de uma concepção previdenciária de saúde, aprofundava a mercantilização do setor, ao priorizar a compra de serviços do setor privado em detrimento do fortalecimento da rede pública.

Essa configuração reforçava um modelo de assistência seletiva, voltada para grupos específicos, enquanto a maioria da população (trabalhadores informais, mulheres, campesinas e a população negra) era relegada à filantropia, à caridade ou ao abandono institucional; o que, segundo Bravo (2018), expressava uma racionalidade tecnocrática e clientelista, na qual a saúde era mediada por interesses econômicos e políticos de forma restritiva.

Essa segmentação se aprofundou com a ditadura militar (1964–1985), período no qual, conforme apontado por Bravo (2018) e André Vianna Dantas (2018), ocorreu uma tecnocratização da política de saúde e a intensificação do seu processo de mercantilização. Foi nesse período também que houve a unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) e Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs), que resultou na criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, com funcionamento a partir de 1967. O modelo de atenção médica vigente era centrado em ações curativas e hospitalares, baseadas em contratos com a rede privada que eram financiados com recursos públicos, o que consolidou uma dependência estrutural do Estado em relação ao setor privado.

Essa configuração estabeleceu um pacto autoritário de exclusão, onde a saúde era tratada como benefício, e não como direito, ao mesmo tempo em que a participação social era inexistente e o controle popular era suprimido, portanto, as decisões eram tomadas por elites burocráticas e tecnocráticas que administravam os recursos da saúde com base em interesses corporativos, ignorando as necessidades concretas da maior parte da população.

Segundo a análise de Dantas (2018), esse modelo não apenas negava o acesso à saúde, mas sustentava um pacto autoritário de exclusão, compatível com o regime ditatorial, que via a

política social como ferramenta de contenção social, e não como instrumento de emancipação cidadã.

Dentro desse contexto, o movimento da Reforma Sanitária emerge, atrelado à luta pela democratização, representando uma ruptura teórica e política com os modelos anteriores, propondo uma concepção ampliada de saúde e um novo arranjo institucional baseado nos princípios da universalização, integralidade, equidade, descentralização e participação social. Este movimento, liderado por militantes do movimento sanitário, trabalhadores da saúde e intelectuais progressistas, ganhou força na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), momento decisivo de formulação das bases do futuro Sistema Único de Saúde (SUS), além do reconhecimento da saúde como um direito que transcende a ausência de doença, incorporando as condições sociais, econômicas e ambientais como determinantes fundamentais da saúde.

O processo da constituinte (1987-1988) configurou-se como um espaço de intensas disputas políticas, no qual os movimentos sociais desempenharam um papel central na implementação da Constituição Federal de 1988. A presença ativa desses coletivos foi fundamental para a incorporação de direitos sociais e a instauração da Seguridade Social no texto constitucional, o que reforça o fato de que a cidadania é resultado das lutas políticas e da pressão social organizada.

Assim, a materialização desses movimentos e tensionamentos populares pelo reconhecimento dos direitos sociais se materializou com a promulgação da Constituição Federal de 1988, em específico ao campo da saúde, o artigo 196 consagrou a saúde como “direito de todos e dever do Estado”, onde a saúde passa a ser assegurada mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de riscos e o amplo acesso aos serviços e ações de saúde.

Diante desse cenário, a nova formulação do direito à saúde marca uma ruptura com o período anterior e estabelece um novo modelo organizacional e constitucional. Contudo, apesar do avanço formal instituído através do Sistema Único de Saúde (SUS), a institucionalização do mesmo se deu em um ambiente de conciliação entre forças progressistas e conservadoras, o que provocou ambivalências e contradições no desenho do sistema, onde as tensões entre os princípios normativos do Sistema Único de Saúde (SUS) e a lógica da mercantilização da saúde, mesmo em dias atuais, ainda estruturam a sua base.

Essa ambivalência se expressa de forma clara nos problemas enfrentados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) ao longo de sua história, como o subfinanciamento crônico do sistema, a fragmentação administrativa, a sobreposição de competências entre as esferas de governo, a limitada participação social nos espaços de controle e deliberação e as desigualdades regionais

e socioeconômicas que marcam o território brasileiro, conforme destacado por Bravo (2018) em sua análise.

Além disso, o domínio do setor privado na execução dos serviços de saúde compromete a autonomia do sistema público e corrompe seus princípios originários; essas contradições estruturais revelam que o Sistema Único de Saúde (SUS), embora previsto constitucionalmente como instrumento de promoção da cidadania, tem sua efetivação comprometida por escolhas políticas que priorizam a contenção de gastos, a privatização e a desresponsabilização estatal.

O resultado dessas tomadas de decisões reflete um sistema que opera frequentemente em estado de emergência, que depende da dedicação dos trabalhadores da saúde e da mobilização popular, mais do que da diligência efetiva do Estado, assim a política de saúde no Brasil permanece, atravessada por uma tensão permanente entre o avanço formal das garantias legais e a precariedade material de sua realização.

Nesse contexto, a realidade exposta evidencia que a saúde, enquanto direito, ainda se encontra condicionada pelas estruturas de poder que moldam o Estado brasileiro, e que a cidadania, em sua dimensão social, continua sendo, para muitos, uma promessa não formalizada.

Contudo, vale ressaltar que a consolidação da saúde como direito social na Constituição Federal de 1988 não pode ser compreendida como uma concessão espontânea do Estado, mas sim, como um resultado direto das mobilizações coletivas e das disputas políticas realizadas pelos movimentos sociais, sindicais e populares que marcaram o período da redemocratização. A construção da Seguridade Social expressa uma correlação de forças historicamente situada em meio à pressão social, o que foi determinante para a implementação dos direitos sociais.

Dessa forma, a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) deve ser compreendida como fruto de uma luta social, o que evidencia que os direitos não são conquistados por meio da “benevolência” estatal, mas pela ação coletiva dos sujeitos políticos, o que também coloca que os direitos conquistados não são definitivos, mas permanecem em constante disputa, exigindo mobilização contínua para sua defesa.

1.2.Marco normativo da saúde no Brasil: CF/88, Leis 8.080/90 e 8.142/90

A consolidação normativa da política de saúde no Brasil, teve seu marco histórico através da promulgação da Constituição Federal de 1988, e posteriormente pela Lei n.º 8.080 publicada em 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica de Saúde) e a Lei n.º 8.142 publicada em 28 de dezembro de 1990 (Lei que dispõe acerca da participação da população na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS), representando um dos pilares fundamentais para a

consolidação dos direitos sociais no país e a construção de um sistema de saúde voltado à universalização do acesso.

A partir da implementação desse arcabouço legal, o Estado brasileiro passou a reconhecer a saúde como direito de todos e como um dever instituído dentro de suas responsabilidades, comprometendo-se, em tese, com as políticas públicas que possibilitem esse direito de forma plena. Contudo, há uma distância entre a previsão constitucional e a realidade cotidiana dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), revelando uma contradição entre os marcos legais instituídos e a realidade experienciada através dos atendimentos.

Partindo-se de uma análise minuciosa das leis que normatizam a política de saúde, em que se inclui a Constituição Federal de 1988 (produto do processo de redemocratização e de intensos embates sociais e políticos), é preciso destacar que, inicialmente, a Constituição Federal em seu artigo 6º consagra a saúde como um direito social, o detalhando, a partir dos artigos 196 a 200; o artigo 196 estabelece a base para a concepção da saúde, conforme já mencionado.

Tal formulação rompe com a lógica previdenciária e excludente do período anterior, em que o acesso à saúde era restrito aos trabalhadores formais, e introduz um novo paradigma fundado na cidadania universal; o Sistema Único de Saúde (SUS), instituído a partir dessa diretriz constitucional, se ergue como expressão concreta do direito à saúde enquanto direito de cidadania, e não como um benefício vinculado à contribuição ou ao mercado.

Os princípios constitucionais do Sistema Único de Saúde (SUS) (universalidade, integralidade e equidade) sustentam a base normativa e ética do sistema. Nesse âmbito, a universalidade estabelece que todos os indivíduos têm direito ao acesso aos serviços de saúde, independentemente de sua condição contributiva, laboral ou socioeconômica. A integralidade prevê que o cuidado em saúde deve considerar todas as dimensões da atenção à saúde, desde o tratamento e a reabilitação até a promoção e prevenção, respeitando a complexidade das necessidades humanas. Já a equidade impõe ao Estado a obrigação de se salientar as particularidades de cada indivíduo, garantindo, consoante às especificidades das demandas impostas, o atendimento necessário, visando superar as desigualdades sociais existentes no campo da saúde.

Contudo, o cumprimento prático desses princípios encontra obstáculos significativos quando confrontados com as limitações orçamentárias, a precarização dos serviços, as desigualdades territoriais e a lógica seletiva na gestão de recursos.

Dentro dessa lógica, o Distrito Federal, por exemplo, expressa de forma contundente as contradições entre o direito constitucional à saúde e a sua efetivação concreta, consolidando a

prerrogativa da cidadania formal que, apesar de estabelecer os marcos normativos para o acesso ao direito, mostra-se insuficiente para a sua materialização diante a população.

Levantamentos de dados recentes, publicados no site do jornal Metrópoles³, demonstram que o déficit dos profissionais de saúde atualmente chega a mais de 25 mil profissionais, o que corresponde a 45,5% das vagas não preenchidas na rede pública de saúde do Distrito Federal (DF). Assim como as longas filas de espera, em conjunto com o aumento de 535% do tempo médio de espera entre os anos de 2019 a 2025 para cirurgias eletivas, apontam para um cenário inquietante, onde a rede pública de saúde do Distrito Federal (DF) enfrenta desafios contundentes quanto à absorção das demandas da população ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Complementando o texto constitucional, a Lei n.º 8.080/1990, também conhecida como Lei Orgânica da Saúde, regulamenta a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo os fundamentos de sua operacionalização. Essa norma legal estabelece que:

Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. (BRASIL, 1990)

Para além disso, a mesma dispõe sobre a estrutura organizacional do Sistema Único de Saúde (SUS), pautando-se na descentralização político-administrativa, na hierarquização dos serviços e na regionalização.

A descentralização transfere a responsabilidade da gestão do sistema para os entes federativos (União, Estados, Distrito Federal e Municípios) visando a aproximação da gestão com as realidades locais. A regionalização, por sua vez, busca articular os serviços de saúde por regiões, permitindo uma cobertura mais equitativa e racional da rede assistencial. No entanto, a prática dessas diretrizes enfrenta dificuldades operacionais, tais como a falta de integração entre os entes, a fragmentação das ações e as disputas por recursos.

No caso do Distrito Federal, mesmo sendo uma unidade federativa com peculiaridades administrativas (pois acumula as funções de município e estado), observa-se uma gestão frequentemente marcada por sobrecarga dos hospitais, ineficiência na regionalização da rede de saúde e carência de profissionais, o que compromete o acesso contínuo e articulado aos

³ Disponível em: <https://www.metropoles.com/distrito-federal/saude-do-df-tem-deficit-de-25-mil-profissionais-aponta-relatorio> e <https://www.metropoles.com/distrito-federal/tcdf-investiga-o-aumento-de-535-no-tempo-de-espera-de-cirurgias>. Acesso em: 28 jun. 2025.

serviços e expõe a fragilidade da descentralização quando não acompanhada de um financiamento adequado e da capacidade institucional local.

A Lei n.º 8.142/1990 regula a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), criando os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde enquanto espaços permanentes, deliberativos e paritários. Esses mecanismos se constituem como instrumentos fundamentais do controle social e da democratização das políticas públicas, permitindo que desde os usuários até os gestores influenciem de forma direta nas diretrizes que compõem o sistema. A proposta de democratização da gestão, contudo, enfrenta barreiras estruturais, como a burocratização dos processos deliberativos, a desvalorização dos espaços participativos, a limitada capacidade de incidência real nas decisões e a baixa representatividade dos usuários.

No Distrito Federal (DF), apesar da existência formal dos Conselhos Regionais de Saúde e do Conselho de Saúde do DF, existem reclamações recorrentes, que exprimem a inconformidade com o fato de que as decisões tomadas nesses espaços, são desconsideradas pela gestão pública, o que gera o esvaziamento do sentido político do controle social e enfraquece a legitimidade do Sistema Único de Saúde (SUS) enquanto uma política construída de forma coletiva.

Em suma, a análise do marco jurídico da saúde no Brasil revela não apenas a robusta normativa do Sistema Único de Saúde (SUS), mas a complexidade de sua concretização em um país historicamente atravessado por desigualdades, onde a efetivação dos princípios constitucionais e das diretrizes legais do Sistema Único de Saúde (SUS) exige mais do que normas bem elaboradas, requer o financiamento adequado, a gestão qualificada, o compromisso político e, principalmente, o fortalecimento da participação social.

1.3. A construção do Sistema Único de Saúde (SUS) e seus limites institucionais

A estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme instituído pela Constituição Federal de 1988, representou um marco histórico para a formulação de políticas públicas de saúde no Brasil, ao reconhecer a saúde enquanto direito de todos e atribuição do Estado.

Inspirado pelos princípios da universalidade, da integralidade e da equidade, em conjunto com a descentralização e a participação social, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi idealizado como um sistema público, universal e gratuito, comprometido com a democratização do acesso aos serviços de saúde e a superação das desigualdades sociais e regionais. Contudo, as dificuldades históricas de sua consolidação prática, evidenciam uma profunda assimetria entre o modelo ideal, normativamente instituído, e sua implementação real, especialmente em territórios como o Distrito Federal, que possui características socioespaciais e político-administrativas que acentuam essas contradições.

Assim, essas contraposições revelam inconsistências estruturais que comprometem a efetividade do direito à saúde e reforçam as estruturas da cidadania formal, ou seja, uma cidadania cujo reconhecimento legal não se converte em garantias reais.

Ao longo dos anos, o Sistema Único de Saúde (SUS) passou por vários momentos diferentes, marcados pela sua expansão e retração. Durante a década de 1990, os avanços para a consolidação do SUS como uma política pública, apesar de representar um marco para esse direito social, ainda enfrentavam percalços estruturais quanto ao seu funcionamento.

Desde a sua criação, o Sistema Único de Saúde (SUS) reuniu importantes avanços no âmbito do enfrentamento das desigualdades de acesso à saúde, como a ampliação da cobertura vacinal, a expansão da atenção básica, a garantia de acesso gratuito à medicamentos essenciais e a criação de programas de saúde da família, sendo esses, exemplos de políticas que contribuíram significativamente para a desenvolvimento dos indicadores sanitários do país. Contudo, apesar dos avanços, os mesmos convivem com entraves persistentes, que limitam a concretização plena do direito à saúde.

Durante o período de sua implementação, o país enfrentava a ascensão de um pensamento neoliberal. Com o fim da ditadura militar e as consequências deixadas pela sua existência, a crise fiscal enfrentada no Brasil em culminância aos governos de Fernando Collor de Mello (1990-1992) e Fernando Henrique Cardoso (1995-1998 e 1999-2002) através da adoção de uma gestão pública pautada em um caráter gerencialista, desencadearam consequências diretas ao âmbito da saúde.

O período decorrente desses mandatos foi marcado por: políticas de ajuste fiscal, expansão da privatização de instituições públicas, aumento da terceirização, vendas de instituições financeiras, redução de funcionários através da antecipação das aposentadorias ou com grandes volumes de demissão, redução do papel do Estado e valorização do mercado como agente central na provisão de serviços, incluindo a abertura do mercado nacional ao mercado internacional.

Com a adoção das reformas administrativas das décadas de 1990 e 2000, que introduziram Organizações Sociais (OS) e Parcerias Público-Privadas (PPPs) na gestão do sistema de saúde, as mesmas colaboraram para a fragmentação institucional e para a captura do Sistema Único de Saúde (SUS) por interesses privados, com a justificativa de se ampliar a eficiência do sistema de saúde e gerar uma redução de gastos.

Segundo Wladimir Tadeu Baptista Soares (2021), essa dinâmica não se deve à ineficiência estatal, como muitas vezes se argumenta, mas sim a uma escolha deliberada de priorizar a lógica do lucro em detrimento da lógica dos direitos sociais e, como resultado, pode-

se observar uma sistemática dissociação entre os princípios constitucionais do Sistema Único de Saúde (SUS) com a realidade de sua operacionalização, reproduzindo uma cidadania formal marcada pela formalidade de direitos não efetivados.

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído em meio a um período em que a adoção de políticas públicas neoliberais se encontrava em ascensão, como resultado de uma recomposição da dominação burguesa e de uma lógica de dependência, o que influenciou de forma direta o investimento público no âmbito da saúde, para além do descompasso entre um compromisso político social com o mesmo. Esse processo resultou em políticas frágeis de financiamento e, por consequência, na escassez de recursos para acompanhar as demandas impostas pelo crescimento da população. Nesse cenário, o SUS nasce subfinanciado e reproduz um subfinanciamento crônico.

Vale ressaltar que, mesmo meio à existência de um subfinanciamento crônico no Sistema Único de Saúde (SUS), o seu financiamento ainda é capturado por segmentos mercantis que lucram com a execução de seus serviços.

No ano de 1996, houve a criação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), tributo de caráter provisório sancionado pela Lei nº. 9.311/1996, que incidia sobre movimentações financeiras e se propunha a assegurar novos recursos para o investimento no âmbito da saúde. Apesar da intenção inicial, as verbas arrecadadas foram distribuídas para outras áreas do orçamento federal, reafirmando o descompasso entre o compromisso político-social para o fortalecimento do SUS e as práticas de políticas neoliberais de contingenciamento de recursos.

A Emenda Constitucional n.º 29/2000, promulgada após o tensionamento advindo dos intensos debates no ano 2000, estabeleceu um marco na luta pelo financiamento da saúde no país, instituindo percentuais mínimos obrigatórios no âmbito da saúde por parte da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com o objetivo de combater a precariedade histórica do financiamento e assegurar uma ampliação tanto da cobertura quanto da qualidade dos serviços do sistema.

Apesar de representar um passo importante para o financiamento do sistema de saúde, o déficit legislativo em seu texto propiciou uma ampla interpretação quanto a contabilização do percentual destinado a cada ente federativo, sendo necessário posteriormente uma legislação complementar (Lei Complementar nº. 141/2012), para a estabilização desses recursos.

Durante os mandatos assumidos pelo presidente Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2006 e 2007-2010), houve avanços significativos quanto ao acesso à saúde no país, fortalecendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) e a consolidando como a porta de entrada do SUS através

das Unidades Básicas de Saúde (UBS), a criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), a ampliação do programa Farmácia Popular e das campanhas de vacinação.

Apesar dos avanços alcançados durante os dois mandatos, o governo Lula também perpassou pelo subfinanciamento do sistema de saúde, mantendo o modelo de terceirização e a não ampliação das fontes de recursos, que mantiveram a tensão já existente entre os princípios basilares do Sistema Único de Saúde (SUS) e a lógica privatista já implementada anos antes.

No mandato de Dilma Rousseff (2011-2014 e 2015-2016), a ampliação dos avanços no âmbito da saúde foi mantida, sendo o programa *Mais Médicos* (2013) considerado um dos marcos de sua gestão; a criação do programa ampliou a cobertura da atenção básica e proporcionou impactos significativos na redução de desigualdades regionais, considerando o seu caráter de ampliação de profissionais da saúde em locais de difícil acesso.

Mesmo com a permanência da ascensão de avanços atrelados à saúde, o seu mandato também foi marcado pelo subfinanciamento do SUS, que teve uma piora com o início de uma crise econômica seguida por uma instabilidade política, que contribuíram para os entraves em relação à ampliação dos investimentos públicos. Nesse cenário, o investimento federal em saúde manteve-se aquém das necessidades do mesmo, comprometendo sua capacidade de resposta às demandas da população.

Após o impeachment de Dilma Rousseff e com a posse de Michel Temer (2016-2018), a aprovação da Emenda Constitucional n.º 95/2016, que institui um teto de gastos públicos, através do congelamento das despesas primárias do governo federal por 20 anos e limitando seu crescimento à reposição inflacionária, o financiamento público já comprometido, sofreu com profundos retrocessos, intensificando a precarização do subfinanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Na prática, a Emenda Constitucional n.º 95/2016 impôs ao Sistema Único de Saúde (SUS) um progressivo desfinanciamento, o que influencia diretamente a sua capacidade de absorver as demandas que lhe são impostas diante do crescimento populacional, além da necessidade de se atualizar diante das novas necessidades atreladas à saúde.

Wladimir Tadeu Baptista Soares (2021) expõe em sua obra: *Sistema Único de Saúde: um direito fundamental de natureza social e cláusula pétreia constitucional*, que a Emenda Constitucional n.º 95/2016 representou uma afronta direta ao pacto constitucional de 1988, pois com a mesma se institucionaliza a precarização, ao congelar os investimentos sociais por duas décadas, contribuindo diretamente para o esvaziamento e precarização do Sistema Único de Saúde (SUS).

A análise realizada por Soares (2021) aponta que os limites institucionais enfrentados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) não se explicam apenas pela falta de recursos, mas resultam de um projeto político sustentado por uma lógica mercadológica, que promove a progressiva mercantilização da saúde. Assim, a partir da leitura realizada da obra do autor, a ideia de que o Sistema Único de Saúde (SUS) nasce imerso em contradições, embora tenha sido concebido como um sistema universal e igualitário, reforça que a sua implementação ocorreu em um contexto político predominado por interesses conservadores e pela ascensão do neoliberalismo, o que se reflete diretamente em sua atuação.

Para além dos desafios anteriormente citados, a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) também enfrenta desafios significativos no que diz respeito à sua descentralização e à articulação federativa; embora a descentralização seja um princípio basilar do Sistema Único de Saúde (SUS), sua operacionalização encontra barreiras na assimetria da capacidade administrativa dos entes federativos e na fragmentação da rede de serviços públicos.

O Distrito Federal, por sua condição híbrida de ente estadual e municipal é acometido de forma peculiar a essas contradições, considerando que o mesmo acumula responsabilidades amplas sem, necessariamente, dispor de estruturas administrativas eficazes que consigam responder a essas demandas; a carência de profissionais, a concentração de equipamentos de saúde em áreas centrais, a precarização das unidades de atenção básica e a morosidade no acesso a exames e cirurgias, são sintomas concretos desse processo, se configurando como obstáculos para a equidade no cuidado e para a integralidade da atenção à saúde, o que afeta diretamente os usuários do sistema, sobretudo a população em situação de vulnerabilidade social, que depende exclusivamente da rede pública de saúde.

Outro fator crítico que compromete a efetividade do Sistema Único de Saúde (SUS) é a dualidade entre o setor público e o setor privado para a prestação de serviços de saúde; apesar da Constituição Federal de 1988 prever a complementariedade entre os setores, essa relação tem se estruturado ao longo dos anos de forma assimétrica, ao se considerar que o setor privado vem assumindo um papel hegemônico nos atendimentos de saúde, sendo financiado com recursos públicos e tendo como base interesses mercadológicos.

A análise realizada por Soares (2021) é contundente ao explicitar que o setor privado está longe de ser complementar ao setor público, atuando de forma concorrente e predatória, reforçando uma estrutura de exclusão e esvaziando os princípios fundantes do Sistema Único de Saúde (SUS); tal lógica se consolida em um sistema híbrido, onde práticas de terceirização, fragmentação de políticas públicas e gestões por Organizações Sociais (OSs) rompem com a

concepção original proposta pela Reforma Sanitária, obstruindo a possibilidade da consolidação de um sistema público e universal.

Adicionalmente, um dos pilares da construção democrática do Sistema Único de Saúde (SUS), a participação social, tem sido reiteradamente esvaziada. Com a criação dos Conselhos e Conferências de Saúde, buscava-se garantir o controle popular sobre as políticas públicas e democratizar sua formulação e gestão, contudo, como colocado por Soares (2021), esses espaços vêm sendo desvalorizados pelas gestões e enfraquecidos em sua capacidade de influência real, tornando-se muitas vezes apenas instâncias formais sem poder deliberativo efetivo.

No Distrito Federal, tal esvaziamento se reflete na ausência da escuta ativa dos conselhos regionais e no distanciamento político com as deliberações populares. Assim o autor enfatiza que a ausência da participação efetiva compromete a dimensão democrática do Sistema Único de Saúde (SUS) e contribui para sua deslegitimização social, ao mesmo tempo em que reforça uma lógica tecnocrática e centralizadora nas tomadas de decisões no campo da saúde.

Em suma, no capítulo 5: *A saúde enquanto direito no Brasil*, Soares (2021) apresenta uma contundente defesa da saúde como direito fundamental, argumentando que o artigo 196 da Constituição Federal de 1988 não pode ser relativizado por questões orçamentárias, pois a saúde é uma condição elementar para a dignidade da pessoa humana e se classifica como um fundamento do Estado Democrático de Direito. Assim a tentativa de promover o desmonte do Sistema Único de Saúde (SUS) ou de reduzir seu alcance representa, segundo o autor, uma violação grave ao pacto democrático.

A função social do Estado, nesse sentido, é indelegável no que se refere à materialização dos direitos historicamente construídos, e sua omissão diante das demandas da saúde configura um atentado contra a própria noção de cidadania construída através das lutas sociais, o que Soares (2021) reafirma, não se tratar apenas de uma política pública, mas de um compromisso político, ético e jurídico que exige garantia concreta e responsabilidade institucional contínua.

Assim, a leitura crítica proposta por Soares (2021) denuncia os limites institucionais do Sistema Único de Saúde (SUS) não como meras falhas operacionais, mas como expressões de um projeto político que subverte os direitos sociais e aprofunda as desigualdades, onde, ao evidenciar a distância entre o Sistema Único de Saúde (SUS) idealizado pela Constituição Federal de 1988 e o sistema efetivamente implementado nas políticas públicas, o autor fornece argumentos sólidos para a denúncia dos processos que visam o desmonte do sistema e, por outro lado, para a defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) como um patrimônio público.

1.4. Desafios contemporâneos: retrocessos e resistência

Compreender as adversidades contemporâneas que confrontam a política de saúde no Brasil e particularmente no Distrito Federal, exige uma análise temporal histórica crítica que articule os impactos dos desmontes das políticas públicas com intuito de apreender a realidade atual vivenciada; o recorte temporal aqui analisado tem início a partir do golpe de 2016, seguindo a linha cronológica até a ascensão do governo Bolsonaro, a pandemia da Covid-19, até as ações de resistência democrática que se materializam na defesa do Sistema Único de Saúde (SUS).

A obra: *O neofascismo da política de saúde de Bolsonaro em tempos perigosos da pandemia da Covid-19*, escrita por Maurílio Castro de Matos (2021), ao abordar o neofascismo dentro da política de saúde durante o Governo Bolsonaro, oferece subsídios relevantes para a realização dessa análise crítica, demonstrando ao longo de seu desenvolvimento como o Sistema Único de Saúde (SUS) se tornou um dos principais alvos de uma estratégia política orientada pelo desmonte de direitos sociais e pelo avanço do ultraconservadorismo e do ultraneoliberalismo.

Com o impeachment da presidente Dilma Rousseff em 2016, inicia-se um novo ciclo de regressões no âmbito dos direitos sociais, com um destaque para a aprovação da Emenda Constitucional n.º 95/2016, popularmente conhecida como a “Emenda do Teto de Gastos”, aprovada durante o mandato do governo de Michel Temer, passa a estabelecer um limite para os gastos públicos federais durante 20 anos, determinando que as despesas primárias da União só poderão ser expandidas conforme a inflação do ano anterior, o que, na prática, congela os investimentos em áreas sociais e compromete diretamente o financiamento da saúde e da educação.

Segundo Matos (2021), essa medida propiciou o processo para uma maior intensificação do desmonte das políticas sociais no governo Bolsonaro, pavimentando uma base material para o esvaziamento das políticas públicas de Estado e para a expansão de práticas privatizantes. No âmbito da saúde, esse processo se expressou com a progressiva retirada de investimentos, a desvalorização das instituições de controle social, como conselhos e conferências, a terceirização dos serviços mediante as Organizações Sociais e a anulação de programas sociais no âmbito da saúde, como por exemplo, o *Mais Médicos*, instituído em 2013.

A ascensão do governo de Jair Bolsonaro em 2018 trouxe à tona não apenas um governo de extrema-direita, mas um projeto neofascista articulado à lógica ultraneoliberal; na saúde, esse projeto de governo se manifesta através da promoção de práticas higienistas e excluientes, na negação científica e na tentativa de uma moralização da saúde pública por meio da

deslegitimação de pautas que foram historicamente construídas com base nos direitos humanos, como, por exemplo, a reforma psiquiátrica e a política de enfrentamento ao HIV/Aids.

Matos (2021) evidencia a desestruturação do Departamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) e Hepatites Virais, além da reconfiguração da política de saúde mental através do fortalecimento de comunidades terapêuticas e hospitais psiquiátricos, exemplos esses de um retrocesso às práticas excludentes, estigmatizadas e autoritárias, que negam a dignidade dos indivíduos e passam a violar os princípios constitucionais do Sistema Único de Saúde (SUS).

Durante a pandemia da Covid-19, o caráter neofascista da política de saúde se evidenciou de forma visceral, através da condução de uma crise sanitária marcada por uma série de negligências no decurso do governo Bolsonaro, adotando desprezo pelas orientações científicas, além do incentivo deliberado ao contágio, expresso múltiplas vezes por meio de discursos negacionistas, na recusa ao distanciamento e ao uso de máscaras, na defesa de medicamentos comprovadamente ineficazes e na promoção de aglomerações.

Maurílio Castro de Matos (2021) analisa que essa postura não foi meramente fruto de ignorância ou desinformação, mas parte de uma estratégia política de naturalização da morte, que nega a responsabilidade do Estado pela proteção da vida e passa a legitimar uma necropolítica, com o intuito de erradicar uma parcela da população considerada “indesejável”, em especial a população LGBTQIAPN+, negros, pessoas com deficiência, indígenas, etc.

No Distrito Federal (DF), os efeitos desse desmonte se materializaram através da precarização dos serviços, no aumento das desigualdades de acesso e na sobrecarga dos profissionais de saúde; o Sistema Único de Saúde (SUS) dentro desse contexto, permaneceu como o único suporte para responder às demandas impostas pela pandemia, apesar do subfinanciamento crônico e da ausência do apoio federal ao sistema, assim como a atuação dos profissionais da saúde, das instituições de pesquisa como, o Instituto Butantan, a Fiocruz e as universidades públicas, durante esse período, foram essenciais para a contenção dos impactos trágicos pelo colapso sanitário, representando um ato concreto de resistência democrática frente a um projeto em curso, do desmonte da política de saúde.

Assim, é possível afirmar que a pandemia trouxe à tona as contradições entre o direito à saúde constitucionalmente assegurado e sua efetivação concreta no cotidiano da população, o que expressa o fenômeno advindo da cidadania formal, que durante esse período assumiu formas mais alarmantes considerando que o mesmo, atrelado à necropolítica adotada pelo Governo Federal durante o mandato de Jair Bolsonaro, não apenas desassocia o direito institucional do direito efetivo, como também, passa a utilizar os aspectos que constituem esse

fenômeno, para hierarquizar o valor da vida dos indivíduos que compõem a população, por meio de critérios como raça, gênero, classe e território.

Contudo, apesar do cenário pandêmico durante o governo Bolsonaro exposto por Matos (2021) em sua obra, é necessário reconhecer e fortalecer as ações de resistência protagonizadas por trabalhadores da saúde, pelos conselhos de saúde, pelos movimentos sociais e pelos coletivos populares, essenciais para a manutenção e fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), não só apenas durante o período da crise sanitária, mas também, como a base que sustenta esse sistema.

Também se faz necessário pontuar que, apesar do recorte político explicitado, a fragilização do SUS não se restringe a apenas um governo específico, mas deve ser compreendida como resultado de um processo histórico permeado por contrarreformas que atravessaram diferentes gestões.

Desde a sua implementação, o Sistema Único de Saúde (SUS) esteve imerso em um campo de permanentes disputas entre o projeto constitucional de saúde universal e a lógica neoliberal de ajuste fiscal, centralização das políticas sociais e mercantilização. Ainda que com intensidades distintas, os governos que se sucederam incorporaram/enfrentaram limites em detrimento da lógica capitalista.

A defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) dentro dessas circunstâncias ultrapassa a dimensão técnica ou sanitária: ela se configura como uma barreira fundamental na luta pela democracia, pelos direitos humanos e pela justiça social, onde, em um contexto de retrocessos tão profundos, resistir é, mais do que nunca, afirmar que a saúde é direito de todos e dever do Estado, que combater projetos autoritários e excludentes é fundamental para que essa conquista civilizatória não seja apagada.

Aqui, vale ressaltar os elementos centrais discutidos ao longo deste capítulo acerca da trajetória da política de saúde no Brasil, do marco jurídico do Sistema Único de Saúde (SUS) e de seus limites institucionais. Evidenciou que o Sistema Único de Saúde (SUS) representa uma conquista histórica, popular e social, que, articulada ao processo de redemocratização e a 8^a Conferência Nacional de Saúde, conseguiu assegurar, através da Constituição Federal de 1988, um novo paradigma de saúde pública, que atuasse no âmbito universal, integral, equitativo, descentralizado e participativo. No entanto, a distância entre o modelo ideal normativamente instituído e a sua implementação concreta configura um relevante paradoxo na política pública.

A partir das contribuições teóricas de autores como Maria Inês Souza Bravo, André Vianna Dantas, Wladimir Tadeu Baptista Soares e Maurílio Castro de Matos, comprehende-se que os entraves enfrentados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) não se constituem como

meramente operacionais, mas sim, uma disputa profunda entre projetos de Estado. Por um lado, o projeto constitucional de construção de um sistema universal e público. Por outro lado, a imposição de políticas neoliberais e autoritárias promovem o desmonte progressivo das políticas sociais e a transferência da responsabilidade pública para o setor privado. O caso do Distrito Federal, tomado como referência empírica nesta pesquisa, traz à tona essa assimetria entre o direito formal e o acesso real.

Reafirmar a importância do Sistema Único de Saúde (SUS), perante esse cenário, torna-se não apenas um gesto técnico ou administrativo, mas um posicionamento político em defesa da democracia, da justiça social e da dignidade humana.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é, mais do que uma política pública, a materialização do reconhecimento de que o bem-estar e a vida são valores que devem ser protegidos pelo Estado e garantidos a todos, independentemente de sua classe, raça, território ou condição econômica; defender o Sistema Único de Saúde (SUS) significa resistir a um modelo de sociedade que hierarquiza vidas e transforma direitos em privilégios, é fortalecer a construção de uma cidadania ativa, que exige não apenas o cumprimento das leis, mas sua tradução em ações concretas, efetivas e equitativas.

Isto posto, comprehende-se que os limites institucionais do Sistema Único de Saúde (SUS) não anulam sua importância como uma ferramenta fundamental para a garantia de direitos, mas exigem um olhar crítico permanente às formas pelas quais o Estado estrutura (ou desestrutura) suas políticas sociais.

Assim, inaugura-se o debate do próximo capítulo, que se propõe a aprofundar o conceito de cidadania formal, a partir do distanciamento entre os direitos formalmente instituídos e sua consolidação efetiva no cotidiano da população. Tal análise permitirá compreender com maior profundidade como esse fenômeno se manifesta no campo da saúde e como ele afeta a legitimidade do Estado Democrático de Direito.

CAPÍTULO 2 - CIDADANIA FORMAL: O DISTANCIAMENTO ENTRE OS DIREITOS FORMAIS E A SUA CONSOLIDAÇÃO EFETIVA.

O debate acerca da cidadania no contexto da política de saúde no Brasil exige uma abordagem crítica e multidimensional, principalmente quando se considera que o direito à saúde, embora legalmente assegurado por meio da Constituição Federal de 1988, enfrenta entraves históricos, políticos e estruturais que dificultam sua consolidação efetiva.

Em um país historicamente marcado por profundas desigualdades sociais e por uma trajetória de políticas públicas frequentemente fragmentadas e seletivas, refletir sobre o significado de ser cidadão e como se dá o acesso concreto aos direitos previstos em ordem jurídica se torna algo crucial, sobretudo quando a realidade social se contradiz diante da integralidade do texto legal. Essa contradição é ainda mais evidente no campo da saúde, onde, apesar do Sistema Único de Saúde (SUS) representar uma das mais ambiciosas políticas públicas inclusivas já estabelecidas no país, sua efetivação sofre retrocessos e precarizações constantes.

Assim, debruçar-se sobre a temática da cidadania no desenvolvimento do segundo capítulo desta pesquisa, parte do reconhecimento de que os direitos apenas juridicamente assegurados não abrangem a totalidade de sua efetivação, sendo necessário que, para além de sua instituição formal, os mesmos sejam concretamente acessíveis e efetivamente usufruídos pela população.

A cidadania, nesse sentido, não pode ser compreendida apenas como uma condição formal, de mera titularidade de direitos, mas deve ser analisada em sua dimensão efetiva, ou seja, na capacidade real que os indivíduos possuem de exercer esses direitos em sua vida cotidiana; esse conceito de cidadania, trabalhado pelo autor Carlos Nelson Coutinho (2005), na obra *Notas sobre cidadania e modernidade*, permite se compreender o abismo existente entre o que se é proposto em lei e o que se efetiva na realidade social.

Nesse contexto, a abordagem adotada neste capítulo buscará, inicialmente, contextualizar o conceito de cidadania a partir de sua origem histórica, até alcançar a sua configuração na democracia contemporânea. A proposta é demonstrar como, no campo jurídico brasileiro, a cidadania ocupa lugar de destaque como fundamento da República (art. 1º, inciso II da CF/88) e está intimamente ligada ao ideal de justiça social, enquanto o direito à saúde, reconhecido como um direito social e dever do Estado, reforça o compromisso com uma cidadania inclusiva e universal.

A análise será conduzida sob o prisma da pergunta investigativa que orienta esta pesquisa: “Como se manifestam as contradições entre o direito à saúde, assegurado constitucionalmente como dever do Estado, e a sua efetivação no Distrito Federal (uma aproximação), através do Sistema Único de Saúde (SUS), sob a perspectiva da cidadania plena?” Assim, ao longo deste capítulo, pretende-se mapear essas contradições por meio da articulação entre fundamentos teóricos e dados empíricos, especialmente no recorte do Distrito Federal.

Para tanto, serão realizadas leituras como *Notas sobre cidadania e modernidade*, de Carlos Nelson Coutinho (2005), que oferece as bases para a distinção entre cidadania formal e a cidadania plena; *A emancipação política e a defesa de direitos*, de Sérgio Lessa (2007), que problematiza o limite da cidadania na sociedade capitalista a partir da crítica marxista; *Sobre a questão judaica*, de Karl Marx (2010), que introduz a cisão entre emancipação política e emancipação humana; *Cidadania regulada: uma exploração crítica do conceito*, de Teresa Cristina de Souza Cardoso Vale (2004), que demonstra como o conceito de cidadania pode ser instrumentalizado pelo Estado para operar inclusões e exclusões seletivas; e *Os direitos e a Política Social*, de Evaldo Vieira (2009), que reforça a compreensão da cidadania como construção política em disputa, diretamente relacionada à efetivação de políticas públicas.

Ao reunir esse referencial teórico, o capítulo pretende oferecer uma leitura crítica da cidadania brasileira, marcada por um aparente reconhecimento jurídico de direitos, mas atravessada por profundas marcas de desigualdade em sua concretização. Essa distância entre os direitos legalmente instituídos e a sua concretização no cotidiano dos sujeitos, especialmente no que se refere ao direito à saúde, será analisada com o intuito de compreender como essa “cidadania incompleta” se reflete no contexto de um Brasil contemporâneo dentro da política de saúde.

Com isso, espera-se demonstrar que a cidadania formal, embora necessária, se demonstra insuficiente diante das dinâmicas sociais para a concretização efetiva dos direitos sociais, sendo nesse tensionamento entre a norma e realidade, que o conceito de cidadania ganha densidade e revela sua centralidade no debate sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), a saúde pública e os direitos sociais.

Ao final, busca-se ser possível compreender que a efetivação do direito à saúde é indissociável da construção de uma cidadania efetiva, o que exige não apenas políticas públicas comprometidas com a universalização e a equidade, mas também uma profunda transformação das estruturas sociais que perpetuam desigualdades e exclusões.

2.1. Conceito de cidadania: origem, evolução e significados

A compreensão de cidadania, enquanto construção histórico-política, passou por transformações significativas ao longo dos séculos, moldando-se conforme os contextos sociais, culturais e econômicos.

Na Grécia antiga, a cidadania estava profundamente vinculada à participação política direta, sendo restrita a um grupo muito específico: homens livres, proprietários e nascidos em Atenas. A cidadania em Atenas durante esse período, apesar de não em sua totalidade, estava atrelada ao engajamento na vida pública, onde os cidadãos atenienses, podiam deliberar de forma direta acerca dos assuntos da pôlis, o que atribuía um caráter político a cidadania exercida em Atenas.

Segundo Ellen Meiksins Wood, em sua obra *Democracia contra Capitalismo a Renovação do Materialismo Histórico*, reimpressa no Brasil em 2023, pela editora Boitempo, o exercício dos direitos políticos modificava a vida econômica dessa população, pois estas deixavam de ser superexploradas e pagar impostos exorbitantes. Na opinião da autora, o modelo de democracia alcançado através dos cidadãos camponeses na Grécia antiga representa um modelo de cidadania plena, considerando o seu processo de instauração, a liberdade do povo sob seus senhorios.

Em Roma, a cidadania adquiriu um caráter jurídico mais amplo, voltado à extensão de direitos civis e legais, como o direito ao voto, à propriedade e à proteção legal. Assim, a cidadania romana evoluiu para uma ferramenta de integração territorial, à medida em que o império crescia e passava a estender esse status a povos conquistados, servindo como meio de coesão jurídica e social, embora sem o mesmo teor participativo existente na experiência grega.

O conceito de cidadania foi profundamente ressignificado ao longo dos anos. Os filósofos como John Locke, Montesquieu e Rousseau, apesar das diferenças entre suas concepções, foram fundamentais para a elaboração das bases filosóficas da cidadania moderna, centrando-se na noção de direitos naturais e no contrato social, assim, dentro desse contexto a cidadania passa, a ser compreendida como uma condição do sujeito de direitos, vinculada à liberdade individual, à igualdade perante a lei e à participação na construção das normas que regem a sociedade; este pensamento inspirou as revoluções liberais do século XVIII, como a Revolução Francesa e a Revolução Americana, que consolidaram a ideia de que todos os indivíduos nascem livres e iguais em direitos, ao menos dentro da perspectiva do plano normativo.

Dentre os filósofos supracitados, Rousseau tinha um conceito mais ampliado de democracia e cidadania. Era contrário à desigualdade imposta pela propriedade privada, embora

não tenha se manifestado contra a propriedade privada. Mas, defendeu que todos deveriam ter o suficiente para viver sem precisar se vender.

A consolidação do Estado moderno trouxe consigo a institucionalização dos direitos, contudo, esse processo não se deu de maneira homogênea nem linear. A cidadania moderna passa a ser estruturada em três dimensões, conforme apontado pelo sociólogo Thomas Humphrey Marshall: direitos civis (ligados à liberdade e à propriedade), direitos políticos (ligados à participação) e direitos sociais (ligados ao bem-estar e à igualdade de condições), sendo neste terceiro aspecto que reside a maior contradição do modelo de cidadania burguesa: enquanto os direitos civis e políticos foram amplamente promovidos pelas democracias liberais, os direitos sociais enfrentaram dificuldades significativas para serem universalizados, especialmente em países periféricos.

Ellen Wood (2023) discute em sua obra a diferença entre o processo da instituição da democracia grega e da democracia europeia, traçando além das suas diferenças entre si, as semelhanças com a democracia a qual conhecemos atualmente, assim como o nosso exercício de cidadania. A autora dispõe em seu texto, como citado anteriormente, que a cidadania grega é uma cidadania plena, considerando que o processo de implementação de sua democracia se deu através da conquista dos cidadãos camponeses de Atenas, sob uma perspectiva de liberdade de seus “senhores”, em um processo de conquista de direitos e inserção na vida política ativa, o que lhes permitia um poder de mudança e decisão real.

Já a perspectiva de instauração da democracia europeia não se deu por meio das reivindicações da população por direitos, o que influencia diretamente no exercício da cidadania formal existente nesse modelo de democracia. Wood (2023) pontua que a democracia europeia advém de outro cunho, sendo reivindicada pelo burguês, que se impõe sobre a monarquia e sobre o povo, sendo assim, uma democracia, não construída pelo povo, mas baseada nas reivindicações burguesas, o que anula a característica do “governo pela demos” descrita pela autora, como a base da democracia grega que buscava o equilíbrio entre as classes (classe burguesa e classe proletária).

Com esses argumentos, a autora dispõe que “se a cidadania é o conceito constitutivo da democracia antiga, o princípio fundamental da outra variedade é, talvez, o senhorio” (WOOD, 2023, p. 177). Assim, Ellen Wood (2023) coloca o modelo de democracia atual como semelhante ao modelo de democracia europeia, o qual reafirma os direitos burgueses sob o povo, o que por sua vez resulta na experiência de uma cidadania formal.

Nessa perspectiva, Carlos Nelson Coutinho (2005) propõe uma leitura crítica da cidadania a partir da realidade brasileira; para o autor, a cidadania deve ser compreendida como

um processo histórico que leva à ampliação de direitos, avançando em conjunto com as lutas sociais e a conquista de novos espaços no campo jurídico e político. O autor distingue dois níveis fundamentais da cidadania: a cidadania formal e a cidadania plena; a primeira refere-se ao reconhecimento legal dos direitos sociais, ou seja, à inscrição legal das garantias fundamentais no ordenamento jurídico, enquanto a segunda está vinculada a um projeto societário que ultrapassa os limites do liberalismo e se insere em um projeto de sociedade socialista, o que implica em uma sociedade sem classes e sem Estado.

Diferente de uma leitura restrita, que realiza a associação da cidadania ao cumprimento formal dos direitos circunscritos em lei, a cidadania plena pressupõe a transformação das condições reais de vida, a universalização real dos direitos e a superação da lógica mercantil do capital que subordina o social ao lucro. Assim, trata-se de uma concepção incompatível com a sociedade na qual estamos inseridos.

Contudo, a experiência de uma cidadania formal, dentro do contexto brasileiro, não pode ser compreendida como uma concessão estatal de direitos à população, considerando que a mesma advém das lutas sociais, o que leva à análise do distanciamento entre o que se está previsto em lei e a sua efetivação concreta, considerando a existência de uma cidadania formal.

No contexto brasileiro, apesar da existência de uma cidadania formal, com o reconhecimento legal dos direitos sociais, a mesma não é experienciada em sua totalidade, havendo limites estruturais no seu acesso pela população. Coutinho dispõe em seu texto que, “A presença de tais direitos nas Constituições, seu reconhecimento legal, não garante automaticamente a efetiva materialização dos mesmos” (COUTINHO, 2005, p. 13).

Isso ocorre porque o Estado opera sob a lógica de uma autocracia burguesa, na qual a tomada de decisões políticas prioriza os interesses do capital em detrimento das necessidades sociais, onde a escolha sistemática pelo lucro, associada à concentração de renda e poder, inviabiliza a efetivação de direitos, mesmo quando circunscritos no ordenamento jurídico. Dessa forma, a limitação da cidadania é estrutural, o que revela a incompatibilidade entre a lógica do capital e a universalização dos direitos sociais. Contudo, apesar de o reconhecimento jurídico não ser sinônimo da materialização desses direitos sociais, o seu reconhecimento circunscrito em lei é essencial, onde Coutinho coloca que “... embora a conversão desses direitos sociais em direitos positivos não garanta sua plena materialização, é muito importante assegurar seu reconhecimento legal, já que isso facilita a luta para torná-los efetivamente um dever do Estado” (COUTINHO, 2005, p. 13).

Essa distinção é crucial para a análise da política de saúde pública no Brasil, pois evidencia o abismo entre o direito constitucionalmente assegurado através dos mecanismos

legislativos e a sua efetivação concreta, especialmente em contextos marcados por desigualdades estruturais. Considerando que apenas a cidadania formal não se constitui como suficiente para a garantia de igualdade, dignidade e acesso a direitos, se faz necessário que ela seja acompanhada de condições materiais e políticas que possibilitem sua vivência cotidiana.

No caso da saúde, isso se traduz por meio de um acesso real a serviços de qualidade e em períodos de espera adequados para os tratamentos, acesso com equidade e integralidade, o que mesmo em tempos atuais ainda se encontra distante da realidade experienciada para uma grande parcela populacional brasileira.

Ao adotar a leitura da “cidadania coutineana”, é possível observar que o Brasil opera, sob uma lógica de cidadania formal, onde os direitos são amplamente proclamados, mas sua realização é desigual, seletiva e, por vezes, inexistente. Além disso, a cidadania política não modifica as condições de desigualdade econômica, o que corresponde a uma cidadania capitalista do modelo atual de democracia descrito por Ellen Wood, que dispôs sobre o fato de o capitalismo pressupor cidadãos formalmente iguais, mas com o exercício de uma cidadania limitada.

No campo da saúde, isso se expressa mediante as de longas filas de espera, lacunas nos quadros de profissionais, infraestruturas comprometidas, ausência de insumos básicos e a constante judicialização do acesso a medicamentos e procedimentos. Tais fenômenos não se atêm apenas a problemas de gestão, mas revelam a falência do pacto democrático que deveria garantir a concretização dos marcos estabelecidos na cidadania formal. Conforme destacado por Coutinho (2005), uma sociedade apenas será verdadeiramente democrática se os direitos legalmente instituídos passarem a ser concretizados e democratizados de forma linear à população.

Portanto, compreender o conceito de cidadania em suas dimensões histórica e crítica é essencial para analisar os limites da efetivação do direito à saúde no Brasil. A cidadania não pode ser reduzida a um status jurídico; ela deve ser compreendida como um processo político e social de construção coletiva, que só se realiza plenamente quando os direitos deixam de ser promessas legais e passam a compor o cotidiano dos indivíduos.

A reflexão proposta neste capítulo fundamenta-se, assim, na tensão entre o que está previsto no texto constitucional e o que é de fato garantido à população, tendo como base a distinção entre cidadania formal e cidadania plena, proposta por Carlos Nelson Coutinho (2005), e como horizonte normativo a consolidação de um Estado democrático que assegure, de maneira concreta, os direitos sociais fundamentais.

2.2. Cidadania e o ordenamento jurídico brasileiro

No ordenamento jurídico brasileiro, a cidadania ocupa um lugar de destaque como princípio estruturante do Estado democrático de direito. A Constituição Federal de 1988, conhecida como Constituição Cidadã, inaugura um novo marco na consolidação dos direitos fundamentais ao estabelecer, em seu artigo 1º, inciso II, a cidadania como um dos fundamentos da República Federativa do Brasil.

Tal previsão indica que a cidadania não deve ser compreendida unicamente como um status legal, mas como um elemento central da vida democrática, que abrange tanto a titularidade de direitos quanto sua efetiva concretização. Nesse sentido, a cidadania constitui-se como instrumento de inclusão social e política, devendo assegurar aos indivíduos não apenas o reconhecimento formal de direitos, mas também os meios materiais para exercê-los.

A Carta Magna de 1988 também consagra a saúde como um direito social, conforme disposto no artigo 6º, inserindo-a entre os direitos fundamentais que devem ser garantidos a todos; em seguimento, o artigo 196 dispõe a saúde enquanto um direito de todos e como atribuição do Estado, devendo ser promovido mediante políticas públicas que visem à ampliação do acesso a ações e serviços de saúde, de modo universal e igualitário com o objetivo de proporcionar a redução de doenças e que por consequência promova a proteção e recuperação da população.

Trata-se de uma formulação que reflete a concepção universalista da seguridade social adotada pela Constituição Federal de 1988, cuja inspiração advém da Reforma Sanitária e das lutas sociais por um modelo de saúde pública mais justo, equitativo e democrático, onde, nesse contexto, o Sistema Único de Saúde (SUS) representa o principal mecanismo de materialização desse direito, estruturado com base nos princípios da universalidade, integralidade e equidade.

Contudo, a distância entre a previsão constitucional e a realidade vivida pela população no contexto atual de saúde pode ser considerada um traço notável diante da democracia brasileira. Conforme argumenta Evaldo Vieira (2009), a cidadania deve ser compreendida como uma conquista histórica, produto das lutas sociais por direitos, e como mecanismo essencial para a efetivação da justiça social.

O autor destaca que, embora o texto constitucional brasileiro seja avançado em termos de reconhecimento de direitos sociais, sua concretização é dificultada por diversos fatores, como o subfinanciamento das políticas públicas, a ausência de políticas voltadas a sua efetivação, a ineficiência na gestão e, principalmente, a resistência das elites econômicas e políticas em promover uma redistribuição real de recursos e poder. Assim, a cidadania, tal como

idealizada no plano normativo, sofre um processo de esvaziamento no cotidiano da maioria da população, em particular na classe proletária.

Para compreender essa contradição, faz-se necessário recorrer à análise crítica de Teresa Cristina de Souza Cardoso Vale (2004), que propõe o conceito de “cidadania regulada” como chave interpretativa; segundo a autora, a cidadania no Brasil não se desenvolve de forma plena e universal, mas é constantemente moldada, restringida e seletivizada de acordo com os interesses do Estado e das classes dominantes, assim, essa “regulação da cidadania” opera por meio de dispositivos legais, institucionais e discursivos que definem quem pode acessar determinados direitos e em que condições, resultando na construção de um modelo de inclusão precário, condicionado e focalizado.

De acordo com Vale (2004), dentro dessa lógica, os direitos vêm em forma de concessões estatais, sem uma conexão direta às lutas sociais, mas em contrapartida interligados a uma lógica de controle social, através das ações estratégicas às quais são subordinados.

Essa lógica reguladora se faz presente no campo da saúde, onde, embora o Sistema Único de Saúde (SUS) represente um avanço em relação aos modelos anteriores, ainda enfrenta inúmeros obstáculos para assegurar à população um atendimento digno, equitativo e eficiente. As dificuldades de acesso, as longas filas de espera, a carência de profissionais, a precarização das condições de trabalho e a crescente privatização do setor comprometem a efetividade do direito à saúde e, por conseguinte, a própria ideia de uma cidadania formal.

Como enfatizado por Evaldo Vieira (2009), a efetivação da cidadania depende da existência de condições objetivas que permitam aos indivíduos usufruir dos direitos garantidos no plano legal, onde, sem essas condições, o reconhecimento formal se transforma em mera retórica, reforçando a desigualdade e a exclusão.

O autor Felipe Demier, em sua obra, *Depois do golpe: a dialética da democracia blindada no Brasil* (2017), pontua a *democracia blindada* como o exercício de uma “democracia limitada”, que mantém o status formal de um regime democrático, mas utiliza de instrumentos legais do Estado para bloquear a participação popular, impedindo a ampliação de direitos sociais e a tomada real de decisões por parte da população, exercendo, portanto, um papel de controle social e caracterizando-se principalmente pelo exercício de uma cidadania esvaziada de direitos efetivos e carregada pela falsa sensação do poder efetivo de decisão.

A análise crítica a partir da produção desses autores permite compreender que a cidadania no Brasil se apresenta como uma promessa em constante adiamento. Embora juridicamente reconhecida, ela é sistematicamente negada no plano material, o que se reflete nas correlações de forças sociais que atravessam a estrutura do Estado. Essa situação revela um

Estado que, ao mesmo tempo em que se constitui como responsável pela instituição dos direitos conquistados socialmente, opera em contrapartida como em espaço de disputas e reprodução de exclusão, ao não promover as condições necessárias para a sua concretização. No caso da saúde, essa contradição assume contornos drásticos, pois afeta diretamente os princípios fundamentais da dignidade humana e o direito à vida, elementos que se constituem enquanto a base da cidadania democrática.

Portanto, ao destacar a cidadania como fundamento da República e a saúde como direito social e dever do Estado, a Constituição de 1988 estabelece um projeto de sociedade baseado na justiça social e na igualdade de condições, no entanto, esse projeto encontra limites práticos que revelam a seletividade do acesso aos direitos, desafiando a efetivação da cidadania formal.

A partir das contribuições de Evaldo Vieira (2009), Teresa Vale (2004) e Felipe Demier (2017), pode-se concluir que a cidadania brasileira permanece em disputa, sendo permanentemente tensionada entre sua dimensão formal e sua realização concreta, ainda amplamente condicionada por interesses políticos, econômicos e ideológicos, onde esse cenário impõe a necessidade de aprofundar as lutas por políticas públicas universais, redistributivas e emancipatórias, que superem a lógica da “cidadania regulada”, assim como a da *democracia blindada* e promovam a concretização efetiva dos direitos sociais, especialmente o direito à saúde.

2.3. Cidadania formal e saúde: entre a norma e a realidade

No Brasil, o direito à saúde é consagrado como cláusula fundamental no texto da Constituição Federal de 1988, contudo, a distância entre o que está formalmente garantido através da norma jurídica e o que se materializa na vida cotidiana dos cidadãos pode ser considerada alarmante, levando-se em consideração que a mesma evidencia uma contradição estrutural no exercício da cidadania formal. Essa contradição em particular no âmbito da saúde pública pode ser observada ao se considerar que, apesar do arcabouço jurídico robusto, o acesso real aos serviços de qualidade ainda é um privilégio restrito a determinados segmentos sociais.

Essa situação revela que a cidadania, quando esvaziada de conteúdo material, torna-se apenas uma abstração retórica, desprovida de eficácia social, onde, diante desse contexto, se insere a noção crítica de uma “cidadania incompleta”, expressão essa que, embora metafórica, sintetiza com precisão o abismo entre o reconhecimento formal dos direitos e a sua efetivação concreta.

Carlos Nelson Coutinho (2005) em *Notas sobre cidadania e modernidade* realiza uma análise fundamental ao diferenciar a cidadania formal da cidadania plena, destacando que a

última não se realiza nos marcos da sociedade capitalista, enquanto a primeira, mesmo restrita ao reconhecimento jurídico de direitos, não se materializa concretamente à população.

O autor argumenta que a cidadania expressa, dentro dos marcos do sistema capitalista, se classifica como um processo histórico e conflituoso na conquista de direitos, e sua efetividade está profundamente condicionada à correlação de forças sociais e políticas que sustentam ou sabotam os mecanismos públicos de garantia dos direitos sociais; nesse sentido, a cidadania não pode ser reduzida ao seu aspecto normativo. Quando os direitos, embora inscritos na Constituição Federal, não são assegurados na prática, o que se tem é uma forma vazia de cidadania, um disfarce jurídico que oculta a exclusão social.

Sérgio Lessa (2007), em *A Emancipação Política e a defesa de direitos*, ao dialogar com Karl Marx (2010), aprofunda essa crítica ao apontar os limites da emancipação política; em sua leitura da obra: *Sobre a Questão Judaica*, escrita por Karl Marx. Lessa (2007) destaca que a igualdade formal assegurada pelo Estado liberal burguês não garante, por si só, a superação das desigualdades materiais.

A emancipação política, segundo Marx (2010), é considerada insuficiente para promover a emancipação humana, pois esta exige transformações reais nas condições de vida, na apropriação dos recursos sociais e no acesso aos bens comuns, assim em concomitância Lessa (2007) afirma que o reconhecimento legal dos direitos, sem a construção de mecanismos sociais que os possibilite se tornar concretamente efetivos, apenas disfarçam a manutenção da dominação e da exclusão; tal reflexão é essencial para compreender que a universalidade proclamada pelo sistema jurídico constitucional pode coexistir com práticas sociais exclutivas, especialmente em sociedades atravessadas por profundas desigualdades sociais, como por exemplo, a sociedade brasileira.

No campo da saúde, essa contradição se manifesta de maneira contundente. Embora constitucionalmente orientado pela universalidade e pela equidade, o Sistema Único de Saúde (SUS) está operando sob lógicas de precarização e negligência institucional. Nesse contexto, a desigualdade no acesso também se expressa territorialmente, através de uma distribuição desigual dos recursos, o que reforça um ciclo de exclusão que penaliza justamente os grupos sociais mais pobres. Assim, essa fragmentação do acesso à saúde revela que a cidadania brasileira, embora proclamada como universal, é profundamente hierarquizada e estratificada.

Diante desse cenário, as críticas formuladas por Coutinho (2005), Lessa (2007) e Demier (2017) mostram-se indispensáveis; sem a construção de políticas públicas universais, redistributivas e igualitárias, os direitos sociais permanecem confinados ao plano da idealização normativa. A saúde, enquanto bem comum e condição essencial para o exercício pleno da

cidadania, é transformada em mercadoria ou em privilégio, enquanto as reformas neoliberais, o desfinanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS), a terceirização da gestão e o enfraquecimento da participação popular agravam esse quadro, comprometendo ainda mais a execução concreta da cidadania formal vigente.

Quando a cidadania não é acompanhada de condições materiais mínimas, ela se esvazia de sentido, revelando-se como uma forma jurídica destituída de eficácia social; uma “cidadania regulada”, moldada conforme os interesses das elites políticas e econômicas, como argumentado por Teresa Vale (2004).

Portanto, é imprescindível reconhecer que o direito à saúde, como tantos outros direitos sociais, depende de mediações políticas, econômicas e sociais que transponham o simples reconhecimento legal, onde a cidadania, para ser efetiva, não pode se restringir à formalidade jurídica, mas deve possibilitar que cada indivíduo, independentemente de sua origem social, possa acessar os bens e serviços essenciais à vida com dignidade. O desafio contemporâneo, nesse sentido, é construir um Estado capaz de garantir não apenas direitos formais, mas também condições reais para que esses direitos se concretizem.

2.4. O abismo entre cidadania formal e plena na política de saúde

A política de saúde no Brasil, ancorada na Constituição Federal de 1988, representa um marco normativo relevante ao estabelecer a saúde como direito de todos e dever do Estado, contudo, a realidade concreta do Sistema Único de Saúde (SUS) revela um abismo entre a cidadania formal, expressa na garantia legal desse direito, e a sua efetiva concretização no plano material.

A distância entre esses dois níveis, se manifesta não apenas em falhas técnicas ou problemas de gestão, mas em um arranjo estrutural, social e político que visa limitar, seletivamente, o acesso a direitos sociais. O acesso à saúde no Brasil, portanto, embora juridicamente universal, permanece submetido a mecanismos históricos de exclusão, aprofundando desigualdades já existentes e restringindo a cidadania a um estatuto legal vazio de conteúdo prático para amplas parcelas da população.

O conceito de “cidadania regulada”, proposto por Teresa Cristina Vale (2004), é central para compreender esse fenômeno, onde segundo a autora, os direitos sociais no Brasil foram historicamente constituídos a partir de uma lógica de concessão e não de universalização, sendo regulados conforme os interesses do Estado e das elites econômicas; essa forma de regulação dos direitos transforma o princípio da universalidade, formalmente estabelecido na Constituição Federal de 1988, em uma ficção jurídica, pois na prática o acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS) continua sendo marcado por recortes territoriais, raciais, econômicos e sociais, onde a

seletividade do sistema compromete sua função pública e transforma a saúde em um bem escasso, distribuído segundo lógicas de mercado e de gestão tecnocrática.

A análise marxista de Sérgio Lessa (2007) em *A Emancipação Política e a defesa de direitos* aprofunda essa crítica ao demonstrar que a separação entre a esfera política e a esfera da vida material é uma construção do próprio Estado burguês, onde a cidadania política, baseada na igualdade formal perante a lei, convive com profundas desigualdades na apropriação dos recursos sociais.

Karl Marx (2010), por sua vez, na obra: *Sobre a Questão Judaica*, já alertava para a limitação da “emancipação política”, afirmando que ela não implica automaticamente a “emancipação humana”; a primeira diz respeito à igualdade jurídica e à garantia abstrata de direitos, enquanto a segunda exige a transformação das condições concretas de existência. Lessa (2007), retoma esse argumento para afirmar que os direitos apesar de estabelecidos formalmente, não são consagrados como reais se não estiverem alinhados a estruturas que promovam a sua efetivação.

Assim, diante do exposto, o Sistema Único de Saúde (SUS) pode reconhecer em sua legislação a universalidade do atendimento, mas sem financiamento adequado, estrutura física e recursos humanos suficientes, essa universalidade não consegue transpor as vias teóricas para alcançar as vias práticas de acesso.

O caso do Distrito Federal traz de forma contundente o abismo entre a cidadania formal e a sua materialização diante à população, como evidenciado em dados citados anteriormente. Assim, tais falhas não são incidentes pontuais, mas sintomas de uma política pública esvaziada de sentido social e voltada à gestão da escassez. Nesse contexto, não se trata de uma crise ocasional do sistema, mas de um projeto político que opera pela contenção e fragmentação dos direitos. A cidadania é tratada como privilégio e não como direito universal, onde a seletividade no acesso à saúde faz parte de uma racionalidade política que busca manter sob controle as demandas dos setores populares, sem promover, de fato, a inclusão social.

A precarização do Sistema Único de Saúde (SUS), está longe de ser mero efeito colateral de más gestões, é a expressão de uma disputa de modelos: entre o direito social como bem público e sua mercantilização progressiva, sob a lógica da financeirização e da austeridade fiscal. O desfinanciamento crônico, agravado pela Emenda Constitucional nº 95/2016, que congelou os gastos públicos por vinte anos, institucionaliza essa contenção de direitos, reduzindo a capacidade do Estado de cumprir seu papel redistributivo.

Portanto, o abismo entre a cidadania formal e a sua materialização diante à população na política de saúde não pode ser compreendido apenas a partir das deficiências operacionais

do sistema, mas como parte de uma lógica política que regula e restringe o acesso a direitos de acordo com os interesses de classe.

A saúde, como direito social, torna-se o campo onde se expressa, com nitidez, a contradição entre o modelo constitucional de Estado Democrático de Direito e a prática de um Estado seletivo e excludente, onde a construção da cidadania formal efetiva exige, assim, não apenas a manutenção dos marcos legais, mas a luta por políticas públicas universalistas, financiadas adequadamente, e que reconheçam as desigualdades sociais como ponto de partida para a ação estatal; superar esse abismo é condição para a efetivação do direito à saúde e, mais amplamente, para a consolidação de uma democracia efetiva no Brasil.

2.5. Impactos sociais da não efetivação da cidadania no campo da saúde

A não efetivação da cidadania no campo da saúde representa um dos mais contundentes sintomas das contradições estruturais do Estado brasileiro. Embora o texto constitucional de 1988 tenha consagrado a saúde como um direito de todos e dever do Estado, a realidade vivenciada por grande parte da população brasileira, especialmente pelas camadas sociais historicamente marginalizadas, revela que esse direito permanece restrito ao campo formal. A cidadania, inserida nesse contexto, manifesta-se de forma limitada, circunscrita aos marcos da cidadania formal, concebida como fruto das lutas históricas e tensionamento entre as lutas de classe, onde a sua materialização no acesso à saúde ocorre de maneira contraditória e tensionada.

Evaldo Vieira (2009), ao discutir os direitos sociais como expressão da cidadania, afirma que estes não podem ser concebidos como concessões estatais condicionadas à lógica do mercado, mas sim como conquistas históricas que visam garantir condições dignas de vida à população. Para o autor, a cidadania não se traduz apenas por meio da legitimação dos direitos formais, mas sim, mediante a sua efetiva concretização, ou seja, através de políticas públicas alinhadas aos interesses da população e comprometidas com a justiça social.

No contexto histórico e político ao qual se insere a atuação do Estado brasileiro, que exprime as contradições de um ente moldado pelas disputas e correlações de forças sociais, no âmbito da saúde, ocorre o aprofundamento das desigualdades, o colapso dos sistemas públicos de atenção e, como consequência, a ampliação de estratégias individuais de sobrevivência, como a judicialização da saúde e a dependência de redes informais e precárias de cuidado. Assim, a sociedade passa, então, a experienciar uma ruptura entre os princípios democráticos e as práticas institucionais, revelando a falência da cidadania como instrumento de inclusão e dignidade.

Diante desse cenário, a leitura crítica marxista contribui para se compreender que a negação da cidadania no campo da saúde não é um desvio pontual do projeto democrático, mas um componente estrutural do capitalismo periférico. Marx (2010), ao distinguir entre emancipação política e emancipação humana, já denunciava os limites da cidadania liberal, que assegura igualdade jurídica abstrata ao mesmo tempo em que perpetua desigualdades materiais concretas, assim a garantia formal do direito à saúde, sem a ruptura com a lógica de mercantilização da vida e da política pública, mantém a cidadania aprisionada ao nível da abstração.

A judicialização do direito à saúde, por exemplo, reflete tanto a falência das políticas universais quanto a reconfiguração do acesso aos direitos em termos individualizados, elitizados e desiguais. Em vez de promover a equidade, esse processo reforça o privilégio dos que possuem recursos para acessar o sistema judiciário, perpetuando o ciclo de desigualdade.

A consequência mais alarmante desse cenário é o comprometimento da dignidade humana; a negação sistemática do direito à saúde fragiliza a própria ideia de cidadania como pertencimento político e social, minando o pacto fundante da Constituição de 1988. A população deixa de se reconhecer como titular de direitos e passa a operar sob lógicas de sobrevivência que escapam ao campo da justiça social, onde a confiança nas instituições democráticas se esgota e o espaço público se torna cada vez mais um território de disputas, no qual o Estado atua seletivamente, segundo interesses de classe e de mercado.

Portanto, discutir os impactos sociais da não efetivação da cidadania no campo da saúde é revelar as contradições de um projeto democrático que se estabelece como inclusivo, mas opera sob lógicas excludentes, é evidenciar que a cidadania, enquanto conceito jurídico-político, só pode se realizar plenamente se ancorada em práticas sociais transformadoras, que confrontem as desigualdades e ampliem as condições reais de acesso aos direitos.

A luta por uma cidadania efetiva no campo da saúde exige, portanto, o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), a ampliação do financiamento público, a valorização da participação popular e a construção de um novo pacto social, capaz de resgatar um padrão de vida socialmente aceitável como fundamento da vida democrática.

CAPÍTULO 3 - O ESPAÇAMENTO ENTRE A GARANTIA LEGAL E O ACESSO REAL AO DIREITO À SAÚDE

A Constituição Federal de 1988 consagrou o direito à saúde como um dos pilares do pacto democrático, instituindo-o como um direito social universal e um dever do Estado, conforme disposto no artigo 6º e reforçado pelo artigo 196.

A consolidação desse princípio materializou-se na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), estruturado sob os fundamentos da universalidade, integralidade e equidade, contudo, apesar do robusto arcabouço normativo, observa-se, na prática cotidiana, um profundo distanciamento entre o que se está legalmente assegurado e a efetivação concreta desses direitos, especialmente em contextos de maior carência social, como ocorrido em determinadas Regiões Administrativas (RAs), o que se expressa através da conduta de gestão adotada, mas também, através da condição territorial do Distrito Federal (DF), que possui características socioespaciais e político-administrativas que acentuam essas contradições, considerando-se que por sua condição híbrida de ente estadual e municipal é acometido de forma peculiar a essas contradições, onde o mesmo acumula responsabilidades amplas, sem necessariamente, dispor de estruturas administrativas eficazes que consigam responder a essas demandas.

Tal discrepância revela um fenômeno estrutural expresso por meio da tensão entre a cidadania formal circunscrita ao reconhecimento jurídico de direitos e a cidadania plena, concebida como um ideal que não se materializa nos marcos da sociedade capitalista, sendo esse distanciamento o eixo central que estrutura a presente pesquisa, além da compreensão entre o reconhecimento de uma cidadania formal sem a sua materialização diante da população.

Esse capítulo se propõe a analisar, com base em dados secundários atualizados, o espaçamento entre a garantia constitucional do direito à saúde e o acesso real aos serviços públicos de saúde pela população do Distrito Federal (DF). Tal análise se justifica pela crescente precarização da rede pública, pela desigualdade regional no provimento de equipamentos e profissionais, pela sobrecarga dos serviços, pelo aumento das filas de espera e pela estagnação de políticas públicas resolutivas.

Os dados evidenciam que, embora o Sistema Único de Saúde (SUS) represente um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo em sua concepção normativa, sua execução encontra limites práticos profundos, atravessados por desigualdades históricas, contingenciamentos orçamentários, escolhas políticas seletivas e omissões institucionais. Assim, diante desse cenário, torna-se urgente compreender como essas barreiras se materializam nos territórios e impactam diretamente o exercício da cidadania.

A importância de discutir esse tema reside na necessidade de demonstrar que a promessa constitucional da universalização do direito à saúde permanece, em muitos casos, como um enunciado normativo distante da realidade experienciada pela população, tendo por objetivo, portanto, sistematizar e interpretar criticamente dados concretos que comprovem a distância entre a legalidade e a efetividade dos direitos sociais, em particular o direito à saúde.

Para tal propósito, será dado destaque à realidade do Distrito Federal (DF), considerando que, apesar de ser a sede política-administrativa do país, ainda enfrenta cenários crônicos de desassistência e escassez de políticas públicas estruturantes. Assim, a partir dessa análise, busca-se sustentar a hipótese investigativa da pesquisa de que a contradição entre o direito à saúde e sua efetivação revela a persistência de uma cidadania restrita e regulada, onde a garantia legal não se traduz, necessariamente, em acesso real, afetando diretamente a dignidade humana e a função social do Estado.

3.1. Desigualdades regionais e fragmentação territorial no acesso à saúde no distrito federal

O relatório disponibilizado pelo Instituto de Pesquisa e Estatística do Distrito Federal (IPEDF) no ano de 2023, revela que a desigualdade territorial tem um impacto direto sobre a qualidade e a efetividade do acesso à saúde, desse modo, Regiões Administrativas (RAs) mais periféricas, apresentam um menor número de Unidades Básicas de Saúde (UBS), infraestrutura deficitárias e ausência de equipamentos adequados, o que compromete a cobertura populacional e dificulta o atendimento contínuo, integral e universal; em contrapartida áreas centrais como o Plano Piloto concentram em sua maior parte uma oferta mais abrangente de serviços e melhores condições estruturais, contudo, assim como em outras Regiões Administrativas (RAs) consideradas periféricas, também convive com as longas filas de espera, escassez de profissionais de saúde e tempo de espera elevado para consultas, exames e cirurgias.

O Distrito Federal (DF), de acordo com os últimos dados coletados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), possui uma expansão territorial de 5.760,783 km², com uma densidade demográfica de 489,6 hab/km², possuindo como população estimada no ano atual de 2025, de 2.996.899 pessoas.⁴ Considerando os dados gerais da estrutura territorial e do quantitativo populacional do Distrito Federal (DF), faz-se necessário o desmembramento

⁴ Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/df/brasil.html#:~:text=O%20c%C3%B3digo%20do%20IBGE%20para%20Bras%C3%ADlia%20%C3%A9,A%20densidade%20demogr%C3%A1fica%20de%20489%2C06%20hab/km%C2%B2>. Acesso em: 27 out. 2025.

dessa divisão socioespacial para a compreensão da disponibilidade do acesso à saúde em cada região administrativa do Distrito Federal (DF).

Atualmente o Governo do Distrito Federal (GDF) registra a Capital Federal com 35 Regiões Administrativas (RAs), contudo além do quantitativo de Regiões Administrativas (RAs) a última Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios Ampliada (PDAD-A) realizada em 2024, realizou a pesquisa em 58 territórios, contando com as 35 Regiões Administrativas (RAs), 12 Municípios da Periferia Metropolitana de Brasília (MPB) e 16 outros territórios que estão inseridos dentro desses Municípios e Regiões Administrativas (RAs).⁵ Tais dados demonstram uma abrangência territorial que não se restringe apenas ao Distrito Federal (DF), considerando que alguns territórios alcançam o Estado do Goiás, o que amplifica a quantidade de pessoas absorvidas pela rede de saúde do Distrito Federal.

De acordo com os dados fornecidos através da planilha “Brasília Metropolitana” disponibilizada no site do Instituto de Pesquisa e Estatística do Distrito Federal (IPEDF)⁶, comprehende-se que atualmente existem 11 Regiões Administrativas (RAs) que concentram a maior parte da população da Capital Federal, contudo, apesar de concentrarem a maior parte da população Brasiliense, a média da renda per capita por pessoa não acompanha o percentual da população, como pode ser demonstrado na tabela abaixo:

Tabela 1 – Relação entre as Regiões Administrativas com maior número de habitantes do DF e a média de renda per capita da região.

Regiões Administrativas	População	Renda per capita
Ceilândia	350.347	1.728
Samambaia	247.629	1.806
Plano Piloto	224.848	7.052
Taguatinga	210.498	2.592
Planaltina DF	186.498	1.309
Guará	142.083	3.679
Gama	137.331	1.773
Recanto das Emas	133.564	1.155
Santa Maria	130.970	1.503
Águas Claras	120.107	5.901
São Sebastião	118.972	1.063

⁵ Disponível em: <https://pdad.ipe.df.gov.br/>. Acesso em: 27 out. 2025.

⁶ Disponível em: <https://infodf.ipe.df.gov.br/>. Acesso em: 27 out. 2025.

Fonte: Elaborado pela autora, com base nos dados fornecidos através do Portal de Informações Estatísticas do Distrito Federal (Info DF).

Com base no demonstrativo de dados expostos na tabela anterior, observa-se que, com exceção da Região Administrativa (RA) de Águas Claras e do Plano Piloto, as demais possuem uma média de renda per capita inferior a 3 salários mínimos, o que reforça a afirmativa anterior de que as desigualdades territoriais têm um impacto direto sobre a qualidade e a efetividade do acesso à saúde, principalmente ao se analisar a distribuição das unidades de saúde ao longo do território.

Atualmente, a rede de saúde do Distrito Federal se distribui principalmente entre Unidades Básicas de Saúde - UBS (176 unidades), Hospitais Regionais (11 unidades), Unidades de Pronto Atendimento – UPAs (13 unidades) e unidades de referência distrital (5 unidades), que apesar de representarem avanços para o atendimento da população, a forma a qual estão distribuídas no território, potencializa a dificuldade de acesso às unidades de saúde seja pela sua distribuição desigual ao longo do território, ou seja, pelo número de unidades inferior ao que se seria necessário para a absorção efetiva da população na rede de saúde, como demonstrado a seguir:

Tabela 2 – Distribuição da rede pública de saúde do Distrito Federal por territórios

Regiões Administrativas	Unidades de Pronto Atendimento - UPA	Hospitais Regionais	Unidades de Referência Distrital	Unidades Básicas de Saúde - UBS
Plano Piloto	-	1	4	5
Gama	1	1	-	14
Taguatinga	-	1	1	7
Brazlândia	1	1	-	9
Sobradinho	1	1	-	5
Sobradinho II	-	-	-	8
Planaltina	1	1	-	19
Paranoá	1	-	-	7
Núcleo Bandeirante	1	1	-	2
Ceilândia	2	1	-	18
Guará	-	1	-	5
Cruzeiro	-	-	-	2
Samambaia	1	1	-	12
Santa Maria	-	1	-	10
São Sebastião	1	-	-	11
Recanto das Emas	1	-	-	6
Lago Sul	-	-	-	1
Riacho Fundo	1	-	-	2
Riacho Fundo II	-	-	-	4
Lago Norte	-	-	-	2
Candangolândia	-	-	-	1

Águas Claras	-	-	-	-
Sudoeste/Octogonal	-	-	-	-
Varjão	-	-	-	1
Park Way	-	-	-	1
SCIA/Estrutural	-	-	-	1
Jardim Botânico	-	-	-	9
Itapoã	-	-	-	4
SIA	-	-	-	-
Vicente Pires	1	-	-	1
Fercal	-	-	-	3
Sol Nascente e Pôr do Sol	-	-	-	1
Arriqueira	-	-	-	1
Arapoanga	-	-	-	2
Água Quente	-	-	-	2
TOTAL:	13	11	5	176

Fonte: Elaborado pela autora, com base nos dados fornecidos através do Portal de Informações e Transparência da Saúde do Distrito Federal (Info Saúde-DF)

Assim, o demonstrativo de dados exposto por meio da tabela corrobora com as afirmativas supracitadas e demonstra de forma visual a distribuição da principal rede de saúde pública do Distrito Federal. Apesar do número robusto de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e do seu plano de atendimento que abrange todas as Regiões Administrativas, a sua distribuição territorial não acompanha esse fluxo, desencadeando assim, um grande fluxo de atendimento dentro das UBS, que passam a atender uma área territorial maior do que a sua capacidade de atendimento, desencadeando em conjunto a sobrecarga na sobrecarga profissional.

Em contrapartida à quantidade de Unidades Básicas de Saúde (UBS), a distribuição da rede secundária e terciária de atendimento do DF mantém um número aquém ao volume populacional da Capital Federal, e no caso das Unidades Referência Distrital soma-se à existência de poucas unidades, a sua concentração no Plano Piloto, o que também corrobora com as barreiras de acesso a essas unidades.

Assim, essa desigualdade é intensificada pela falta de planejamento e investimento proporcional às necessidades de cada território, onde a fragmentação da oferta dos serviços de saúde pública revela uma seletividade histórica na aplicação de políticas públicas, o que demonstra a desigualdade de acesso aos direitos básicos de saúde. A ausência de unidades hospitalares em determinadas regiões, aliada à concentração dos serviços especializados em centros urbanos mais ricos, implica em custos extras para deslocamento, perda de dias de trabalho e agravamento de condições crônicas de saúde, contribuindo para o aprofundamento das desigualdades sociais.

Além dos dados quantitativos, relatos de conselheiros de saúde em concomitância com profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS) indicam que o subfinanciamento crônico, aliado à desvalorização dos profissionais da saúde e à precarização das estruturas de atendimento, agrava o cenário atual da saúde pública no Distrito Federal.

Denúncias registradas com recorrência na Ouvidoria do Sistema Único de Saúde (SUS), Disque Saúde (136) e em plataformas online, bem como o Fala.BR, demonstram em sua grande maioria as faltas recorrentes de insumos, equipamentos quebrados e longos períodos de espera; esse contexto não apenas nega o acesso pleno ao direito à saúde, mas reafirma um padrão de gestão pública que normaliza o não acesso a direitos e reforça a lógica da cidadania regulada.

Segundo a autora Teresa Cristina de Souza Cardoso Vale (2004), em *Cidadania Regulada: uma exploração crítica do conceito*, a cidadania regulada segue uma lógica onde os direitos são moldados conforme os interesses das elites políticas e econômicas, resultando na contenção e fragmentação da cidadania, o que vai de encontro ao que o autor Felipe Demier (2017) descreve como uma *democracia blindada*, onde há o exercício, portanto, de uma cidadania esvaziada de direitos efetivos e, por consequência, a ampliação de uma democracia restrita ao povo.

Esse cenário revela, portanto, uma política de saúde moldada sob desigualdade territorial, onde o local de moradia torna-se um dos principais determinantes do acesso ao cuidado. Essa realidade desafia o princípio da equidade do Sistema Único de Saúde (SUS) e demonstra que, no Distrito Federal (DF), o reconhecimento constitucional não se converte automaticamente em práticas inclusivas, podendo-se observar a reverberação de um modelo de acesso desigual e precarizado, que compromete o exercício da cidadania e aprofunda a vulnerabilidade das populações já marginalizadas.

A análise dos dados e das condições estruturais das Regiões Administrativas (RAs) evidencia a necessidade urgente de políticas de saúde territorializadas e comprometidas com a justiça social. Assim, superar o espaçamento entre a garantia legal e o acesso real exige mais do que reformas administrativas pontuais; demanda o enfrentamento das estruturas de poder que mantêm a desigualdade como projeto político, fazendo-se necessária a superação desse modelo político de gestão, caso contrário, o direito à saúde continuará sendo, para muitos, um direito apenas formal, insuficiente para transformar suas condições concretas de vida.

3.2. A precarização da saúde pública e a negação da cidadania formal

No ano de 2025, foram aprovados para os gastos em saúde, através da Lei Orçamentária Anual (LOA), o valor de R\$ 6,21 bilhões, dentre o valor autorizado que chegou a R\$ 7,45

bilhões.⁷ Contudo, ao se realizar uma comparação entre o orçamento disponibilizado e os valores empenhados e liquidados ao longo do ano para os serviços de saúde, pode-se observar que há um distanciamento entre o que foi proposto inicialmente e o que foi realmente investido, cerca de 1,92 bilhões que correspondem a aproximadamente 25,8% do valor destinado a saúde não chegou a ser empenhado, ou seja, não foram formalizados em compromissos efetivos para a expansão da rede de saúde.

Assim, esses dados demonstram, para além da existência de entraves administrativos para o investimento dessa verba, que por mais que haja a previsão de recursos voltados para a área da saúde, os mesmos não obrigatoriamente resultarão em serviços prestados ou em melhorias no sistema de saúde, o que reforça a colocação do autor Vladimir Tadeu Baptista Soares (2021), em que ele aponta que os limites enfrentados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) não se traduzem apenas através da escassez de recursos.

Em consonância com o subfinanciamento, a não aplicação dos recursos já limitados no âmbito da saúde amplifica a oferta de serviços com restrições e a escassez de recursos.

A precarização da saúde pública no Brasil, em especial no Distrito Federal, manifesta-se como expressão concreta do distanciamento entre os direitos formalmente assegurados e a sua efetivação material, revelando a fragilidade da cidadania formal.

Ainda que a Constituição Federal de 1988 reconheça a saúde como um direito universal, atribuindo a responsabilidade ao Estado, a experiência cotidiana vivenciada pela população evidencia uma ruptura entre a norma e a realidade; essa ruptura tem se agravado diante de um cenário marcado por sucessivos cortes de investimentos, déficit de profissionais e respostas governamentais que se limitam à lógica paliativa. Ao invés de políticas públicas estruturantes e universais, prevalecem estratégias emergenciais que aprofundam a seletividade do acesso e institucionalizam a exclusão social no campo da saúde.

Mesmo diante de tamanha crise, as respostas institucionais mantêm-se limitadas a soluções pontuais, como por exemplo, a criação do programa “Mais Especialistas” em 2025, que busca ampliar o acesso a especialistas na área da saúde, além de qualificar esses serviços, contudo, tal medida revela mais uma vez o caráter paliativo das políticas adotadas, que não enfrentam as raízes estruturais da precarização. Iniciativas como carretas de atendimento itinerante, mutirões de exames e contratações temporárias refletem uma política de gestão baseada na emergência e não na universalidade, princípio fundante do Sistema Único de Saúde

⁷ Disponível em: <https://www.mpdft.mp.br/portal/index.php/mapa-social-do-df>. Acesso em: 27 out. 2025.

(SUS), com isso, a saúde deixa de ser tratada como um direito e passa a ser gerida como uma mercadoria escassa, distribuída conforme a lógica da regulação e da escassez.

Nesse contexto, torna-se imprescindível a introdução de categorias analíticas que ajudem a compreender o funcionamento dessa dinâmica excludente. A noção de “cidadania regulada”, formulada por Teresa Cristina de Souza Cardoso Vale (2004), é especialmente relevante, pois denuncia o processo histórico de contenção de direitos sociais no Brasil, que se expressa em políticas públicas fragmentadas, seletivas e controladas por interesses das elites políticas e econômicas, onde a cidadania não é universalizada, mas sim regulada conforme critérios de custo-benefício e viabilidade orçamentária. Essa seletividade perpetua a marginalização de populações inteiras, sobretudo aquelas que vivem em periferias urbanas, comunidades rurais, territórios indígenas ou quilombolas.

Para Sérgio Lessa (2007), em *A Emancipação Política e a defesa de direitos*, ao analisar a tradição marxista e as críticas à emancipação política, conclui que o reconhecimento formal dos direitos não garante sua realização material, em outras palavras, a igualdade jurídica não assegura igualdade real de condições, sendo necessário um processo de emancipação humana que confronte as bases materiais da desigualdade. Assim, a não efetivação do direito à saúde não pode ser explicada apenas por ineficiências técnicas ou falhas de gestão: trata-se de uma escolha política, de um modelo de Estado que opta por não universalizar os direitos, reforçando a lógica da exclusão e da desigualdade como mecanismos estruturantes da sociedade.

A consequência direta desse modelo é o aprofundamento das desigualdades sociais e a quebra do pacto democrático firmado através da Constituição Federal de 1988. Quando o acesso à saúde depende de ações judiciais, redes de solidariedade informal ou longas filas de espera, o princípio da dignidade da pessoa humana é violado e a cidadania deixa de ser um instrumento de inclusão e torna-se um marcador de exclusão, ao qual poucos têm acesso pleno; o impacto constitucional, baseado na justiça social, na igualdade de oportunidades e na universalização dos direitos, é deslegitimado diante de uma população que vivencia, cotidianamente, a ausência de garantias reais.

Em síntese, a precarização da saúde pública no Distrito Federal não é um fenômeno isolado ou acidental, mas sim expressão de um projeto político mais amplo de contenção de direitos e de regulação da cidadania. O distanciamento entre legalidade e materialidade revela que o direito à saúde, tal como os demais direitos sociais, permanece submetido a interesses econômicos e a uma lógica do não acesso sistemático. O desafio, portanto, é reconstruir a cidadania como instrumento de emancipação, rompendo com a lógica reguladora e

fragmentadora do Estado neoliberal e reafirmando o direito à saúde como um direito inegociável, coletivo e universal.

Assim, também se faz necessário pontuar que a atuação estatal é atravessada por disputas e tensionamentos das classes sociais, que embora a conquista da Seguridade Social tenha sido impulsionada por meio das mobilizações sociais, é possível observar que essa organização e pressão popular não se manteve de forma linear e contínua, onde a ausência de um movimento social amplo e permanente em defesa da saúde pública também contribui para a fragilização desse direito, abrindo espaços para contrarreformas, intensificação do subfinanciamento e dos processos de privatização. Portanto, a permanência do direito à saúde depende não apenas de sua inscrição legal, mas também da capacidade da organização social de manter e disputar a sua efetivação no âmbito estatal.

Isto posto, a análise desenvolvida ao longo deste capítulo permitiu a compreensão aprofundada das contradições entre a garantia legal do direito à saúde e sua efetivação concreta, especialmente no contexto do Distrito Federal. Os dados sistematizados e debatidos evidenciam, com clareza, o fenômeno da cidadania formal, marcada pelo reconhecimento jurídico dos direitos, mas dissociada de sua concretização material. O distanciamento entre a previsão normativa, ancorada na Constituição Federal de 1988, e a realidade experienciada cotidianamente pela população, revela uma cidadania restrita, seletiva e condicionada, cujas falhas estruturais e institucionais são expressão de um modelo político e econômico que não prioriza a universalização dos direitos sociais.

A fragmentação territorial do acesso aos serviços de saúde, a insuficiência de profissionais e recursos, os longos tempos de espera para procedimentos e exames, e a persistência de desigualdades regionais materializadas através das Regiões Administrativas (RAs) do Distrito Federal (DF) são exemplos concretos de que a materialização da cidadania formal, permanece como um projeto ainda não alcançado. Conforme apontado por Carlos Nelson Coutinho (2005), a cidadania deve ser concebida como um processo histórico de ampliação de direitos, o que pressupõe não apenas seu reconhecimento jurídico, mas sua materialização nas condições reais de vida, sendo essa distinção o ponto central para se compreender os motivos que levam o direito à saúde, embora formalmente assegurado, a ser, em grande parte, negado na prática.

Ao se considerar a pergunta investigativa que orienta esta pesquisa: “Como se manifestam as contradições entre o direito à saúde, assegurado constitucionalmente como dever do Estado, e a sua efetivação no Distrito Federal (uma aproximação), através do Sistema Único de Saúde (SUS), sob a perspectiva da cidadania plena?”, as respostas emergem de forma

contundente nas evidências e análises discutidas. O Sistema Único de Saúde (SUS), enquanto política pública relacionada à consolidação da cidadania formal, tem sua missão comprometida por decisões políticas que priorizam soluções paliativas, descontinuadas e, muitas vezes, insuficientes, que embora representem tentativas de mitigação das falhas do sistema, não atacam suas causas estruturais nem garantem justiça social.

Ao contrário, a manutenção de políticas focalizadas aprofunda o quadro de desigualdade social, comprometendo o princípio da equidade e promovendo a naturalização da miséria. A lógica da “cidadania regulada”, conforme proposta por Teresa Vale (2004), ajuda a compreender como o Estado atua seletivamente na efetivação dos direitos, restringindo o acesso aos bens e serviços públicos conforme interesses econômicos e critérios de racionalidade gerencial, onde a cidadania, nessa perspectiva, é negociada e contingente, o que compromete os fundamentos de um Estado Democrático de Direito.

Dessa forma, a sistematização desse capítulo evidencia a urgência da formulação e execução de políticas públicas estruturantes, contínuas e universais que promovam o acesso pleno, igualitário e digno à saúde, exigindo-se desse cenário o enfrentamento das desigualdades históricas e sociais, a interpretação do Sistema Único de Saúde (SUS) como patrimônio coletivo e a consolidação de um pacto político comprometido com os princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana e da justiça social, passando a compreendê-lo como mais do que uma demanda técnica ou administrativa, trata-se de uma exigência ética e democrática.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho buscou apresentar o paradoxo existente entre o arcabouço legal que institui a saúde como um direito de todos e dever do Estado e a efetivação concreta do acesso a esse direito, sob a perspectiva da cidadania plena, apresentada pelo autor Carlos Nelson Coutinho (2005) em *Notas sobre cidadania e modernidade*.

A pesquisa foi guiada pela pergunta investigativa que buscava compreender como se manifestam as contradições entre o direito à saúde e sua concretização no Sistema Único de Saúde (SUS), partindo da hipótese de que, embora o direito esteja legalmente consolidado, sua efetivação é condicionada pela lógica seletiva e desigual do modelo de Estado.

A análise evidenciou que o Sistema Único de Saúde (SUS) representa, de fato, uma conquista histórica e social que, a partir da Constituição Federal de 1988, instituiu um novo modelo de saúde pública pautado na universalidade, integralidade e equidade. Contudo, a pesquisa também demonstrou que a distância entre o modelo de sistema de saúde normativamente instituído e sua implementação prática revela a existência de um paradoxo na política pública de saúde.

Diante desse cenário, pode-se concluir que os entraves enfrentados pelo SUS não são meramente operacionais, mas resultam de uma disputa profunda entre projetos de Estado, que se dividem entre os avanços da proposta de um sistema universal e público, e os retrocessos por meio da implementação de políticas autoritárias e neoliberais, que influenciam diretamente no declínio de políticas sociais, o que pode ser observado por meio dos resultados obtidos com esta pesquisa.

Os resultados, com foco no Distrito Federal (DF), manifestaram-se de forma contundente, evidenciando o impacto direto da desigualdade territorial no acesso à saúde, onde Regiões Administrativas (RAs) periféricas apresentam déficits de cobertura territorial. Para além da distribuição deficitária dos serviços de saúde no território, as evidências dos alargamentos das filas de espera, a falta de investimento em novos recursos tecnológicos e a não ampliação da oferta de remédios oferecidos pelo sistema de saúde intensificam os obstáculos para o acesso aos serviços de saúde.

Atrelada à distribuição de recursos à saúde, a análise dos fundos destinados ao seu financiamento revelou que cerca de 25,8% dos recursos aprovados para a saúde em 2025 não foram empenhados, demonstrando que a previsão orçamentária nem sempre resulta em investimentos efetivos, o que, em consonância com o subfinanciamento crônico do SUS, amplifica a escassez de recursos e a oferta limitada de serviços.

Tais dados corroboram a hipótese e mostram que a efetivação do direito à saúde está profundamente comprometida por fatores estruturais e decisões políticas. Isto posto, a cidadania formal se apresenta como uma realidade experienciada, sem uma materialização concreta, enquanto a cidadania plena permanece como um projeto ainda não alcançado, o que reforça a necessidade da formulação e execução de políticas públicas que promovam, de fato, o acesso digno e igualitário à saúde, que possibilitem ao menos a materialização concreta da cidadania formal.

Em conclusão, a pesquisa aponta que o exercício da cidadania aplicada à perspectiva do campo da saúde é comprometido por soluções paliativas e insuficientes, que não enfrentam as causas estruturais da desigualdade social, ao contrário, aprofunda.

A negação sistemática do direito à saúde fragiliza o próprio sentido de cidadania como pertencimento político e social, resultando no desgaste da proposta pactuada através da elaboração da Constituição Federal de 1988. Compreende-se, portanto, que os limites institucionais do SUS não anulam sua importância como ferramenta de garantia de direitos, mas exigem um olhar crítico permanente, para que os seus avanços não se traduzam por meio de um declínio no acesso ao direito à saúde.

Portanto, a efetivação da cidadania só pode se realizar plenamente, se ancorada em práticas sociais que confrontem as desigualdades e, por consequência, possibilitem o acesso igualitário e digno ao direito. Assim, reafirmar o Sistema Único de Saúde (SUS) e lutar pela sua implementação de maneira integral torna-se mais do que uma demanda técnica; é uma exigência ética e democrática para a consolidação dos princípios da dignidade humana e da justiça social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALLENDE, Salvador. (s.d.)

BRASIL DE FATO. *Precarização na saúde: 95% da atenção básica em Porto Alegre é terceirizada.* Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2025/02/09/precarizacao-na-saudade-95-da-atencao-basica-em-porto-alegre-e-terceirizada>. Acesso em: 28 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ouvidoria-Geral do SUS (OuvSUS). Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/canais-de-atendimento/ouvsus>. Acesso em: 28 jun. 2025.

CGU – Plataforma Integrada de Ouvidoria e Acesso à Informação. Fala .BR. Disponível em: <https://falabr.cgu.gov.br/web/home>. Acesso em: 28 jun. 2025.

CONASS. Para entender o (sub)financiamento do SUS. Disponível em: <https://www.conass.org.br/para-entender-o-subfinanciamento-do-sus/>. Acesso em: 28 set. 2025.

COUTINHO, Carlos Nelson. Notas sobre Cidadania e Modernidade. *Praia Vermelha*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, p. 1-24, fev. 2025. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/praiavermelha/article/view/67297/42765>. Acesso em: 28 jun. 2025.

DEMIER, Felipe. *Depois do golpe: a democracia blindada no Brasil.* Rio de Janeiro: Mauad X; Editora da UFF, 2017.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. *Painel InfoSaúde – Cadastro de Estabelecimentos de Saúde.* Disponível em: <https://info.saude.df.gov.br/sala-de-situacao/painel-infosaude-cadastro-de-estabelecimentos-de-saude/>. Acesso em: 29 out. 2025.

FERREIRA, Mayara. Auditoria: desigualdade na saúde afeta mais regiões vulneráveis do DF. *Metrópoles*, Brasília, 8 jul. 2023. Disponível em: <https://www.metropoles.com/distrito-federal/auditoria-desigualdade-na-saude-afeta-mais-regioes-vulneraveis-do-df>. Acesso em: 18 jul. 2025.

FERREIRA, Mayara. No DF, área com maior dificuldade de acesso à saúde fica na Estrutural. *Metrópoles*, Brasília, 21 set. 2023. Disponível em: <https://www.metropoles.com/saude/no-df-area-com-maior-dificuldade-de-acesso-a-saude-fica-na-estrutural>. Acesso em: 18 jul. 2025.

FLEURY, Sônia. *Teoria da Reforma Sanitária: Diálogos Críticos.* 22. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. p. 145-181.

FOLHA DE S. PAULO. *SUS não entrega ao menos 76 medicamentos e procedimentos incorporados à rede pública desde 2018.* Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2025/01/sus-nao-entrega-ao-menos-76-medicamentos-e-procedimentos-incorporados-a-rede-publica-desde-2018.shtml>. Acesso em: 28 jun. 2025.

G1 GLOBO.COM. Brasil tem 'crônico subfinanciamento' do SUS e precisaria investir mais em Saúde, diz estudo do Senado. Disponível em: <https://g1.globo.com/economia/noticia/2025/07/07/brasil-tem-cronico-subfinanciamento-do-sus-e-precisaria-investir-mais-em-saude-diz-estudo-do-senado.ghtml>. Acesso em: 28 set. 2025.

INESC. *Desigualdades sociais no DF aumentam, revela novo Mapa das Desigualdades*. Instituto de Estudos Socioeconômicos, 25 out. 2022. Disponível em: <https://inesc.org.br/desigualdades-sociais-no-df-aumentam/>. Acesso em: 18 jul. 2025.

INESC; OXFAM BRASIL. *Mapa das Desigualdades do Distrito Federal 2022*. Brasília: INESC, 2022. Disponível em: <https://inesc.org.br/mapa-das-desigualdades-do-df-2022/>. Acesso em: 18 jul. 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades e Estados: Brasília (DF)**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/df/brasilia.html>. Acesso em: 29 out. 2025.

INSTITUTO DE PESQUISA E ESTATÍSTICA DO DISTRITO FEDERAL (IPEDF). **Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios – PDAD**. Disponível em: <https://pdad.ipe.df.gov.br/>. Acesso em: 29 out. 2025.

INSTITUTO DE PESQUISA E ESTATÍSTICA DO DISTRITO FEDERAL (IPEDF). **Info DF – Portal de Informações Estatísticas do Distrito Federal**. Disponível em: <https://infodf.ipe.df.gov.br/>. Acesso em: 20 nov. 2025.

INSTITUTO DE PESQUISA E ESTATÍSTICA DO DISTRITO FEDERAL – IPEDF. **Distrito Federal em Números – Edição Especial: Saúde nas Regiões Administrativas (RAs)**. Brasília, 2023. Disponível em: <https://ipe.df.gov.br/>. Acesso em: 18 jul. 2025.

LESSA, Sérgio. A emancipação política e a defesa dos direitos. *Serviço Social e Sociedade*, n. 90, São Paulo: Cortez, 2007.

MARX, Karl. *Sobre a Questão Judaica*. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2010.

MATOS, Maurílio Castro de. O neofascismo da política de saúde de Bolsonaro em tempos perigosos da pandemia da COVID-19. *Humanidades e Inovação*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 35, p. 25-35, fev. 2021.

METRÓPOLES. *Saúde do DF tem déficit de 25 mil profissionais, aponta relatório*. Disponível em: <https://www.metropoles.com/distrito-federal/saude-do-df-tem-deficit-de-25-mil-profissionais-aponta-relatorio>. Acesso em: 28 jun. 2025.

METRÓPOLES. *TCDF investiga o aumento de 535% no tempo de espera de cirurgias*. Disponível em: <https://www.metropoles.com/distrito-federal/tcdf-investiga-o-aumento-de-535-no-tempo-de-espera-de-cirurgias>. Acesso em: 28 jun. 2025.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO DISTRITO FEDERAL E TERRITÓRIOS (MPDFT). **Mapa Social do DF**. Disponível em: <https://www.mpdft.mp.br/portal/index.php/mapa-social-do-df>. Acesso em: 29 out. 2025.

MOTA, Ana Elizabete; BRAVO, Maria Inês Souza; UCHÔA, Roberta; NOGUEIRA, Vera; MARSIGILA, Regina; GOMES, Luciano; TEIXEIRA, Marlene. *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2018. p. 1-24.

O GLOBO. *Agora tem especialistas: governo prevê começar em agosto atendimento de pacientes do SUS em hospitais particulares*. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/saude/noticia/2025/06/24/ministro-espera-iniciar-atendimento-de-usuarios-do-sus-na-rede-privada-em-agosto.ghtml>. Acesso em: 28 jun. 2025.

O GLOBO. *Entre a fila do SUS e a vida: ferramenta exclusiva revela que espera para consultas pode levar dois anos*. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/politica/noticia/2025/03/17/entre-a-fila-do-sus-e-a-vida-ferramenta-exclusiva-revela-que-espera-para-consultas-pode-levar-dois-anos-veja-como-pesquisar.ghtml>. Acesso em: 28 jun. 2025.

OLIVEIRA, Ariane Cavalcante de et al. Análise geoespacial da cobertura da Estratégia Saúde da Família no Distrito Federal. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 48, esp. 2, e8920, 2024. Disponível em: <https://scielosp.org/article/sdeb/2024.v48nspe2/e8920/pt/>. Acesso em: 18 jul. 2025.

PLANALTO. *Constituição Federal de 1988*. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 28 jun. 2025.

PLANALTO. *Emenda Constitucional nº 29/2000*. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm. Acesso em: 28 jun. 2025.

PLANALTO. *Emenda Constitucional nº 95/2016*. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em: 28 jun. 2025.

PLANALTO. **Lei Complementar nº.141, de 13 de janeiro de 2012**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em: 28 set. 2025.

PLANALTO. **Lei nº. 9.311 de 24 de outubro de 1996**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19311.htm. Acesso em: 28 set. 2025.

PLANALTO. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 28 jun. 2025.

PLANALTO. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm. Acesso em: 28 jun. 2025.

REIS, Camila Ramos; PAIM, Jairnilson Silva. A saúde nos períodos dos governos Dilma Rousseff (2011-2016). **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 58, p. 101-114, jul./2018. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/29852/1/Artigo%20Jairnilson%20Paim.%202018.pdf>. Acesso em: 28 set. 2025.

RONDONIA AO VIVO.COM. *Em março: Governo fará mutirão nacional para redução de filas de cirurgia*. Disponível em:

<https://portal.rondoniaovivo.com/noticia/brasilemundo/2025/02/18/em-marco-governo-fara-mutirao-nacional-para-reducao-de-filas-de-cirurgia.html>. Acesso em: 19 jul. 2025.

SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. **Portal InfoSaúde**. Disponível em: <https://info.saude.df.gov.br/>. Acesso em: 28 jun. 2025.

SCIELO BRASIL. **A política de saúde no governo Lula**. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/ZJ3pn4hRCRDMCVhSV9fvnqL/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 28 set. 2025.

SOARES, Wladimir Tadeu Baptista. *Sistema Único de Saúde: um direito fundamental de natureza social e cláusula pétreia constitucional: a cidadania e a dignidade da pessoa humana como fundamentos do direito à saúde no Brasil*. 1. ed. Belo Horizonte: Dialética, 2021. p. 26-34.

TODA MATÉRIA. **Neoliberalismo no Brasil**. Disponível em: <https://www.todamateria.com.br/neoliberalismo-no-brasil/>. Acesso em: 28 set. 2025.

VALE, Teresa Cristina de Souza Cardoso. *Cidadania regulada: uma exploração crítica do conceito*. 2004. Dissertação (Mestrado em Ciência Política) – Instituto Universitário de Pesquisa do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

VIEIRA, Evaldo. *Os Direitos e a Política Social*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

WOOD, Ellen Meiksins. *Democracia contra capitalismo a renovação do materialismo histórico*. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2003. p. 177-204. 1. reimpressão.