

# OS DESAFIOS DO ESTADO DE BEM-ESTAR SOCIAL NA PROMOÇÃO DO DIREITO À SAÚDE

*THE CHALLENGES OF THE WELFARE STATE IN PROMOTING THE RIGHT TO HEALTH*

**Maria Eduarda Granel Copetti<sup>1</sup>**

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Brasil

**José Francisco Dias da Costa Lyra<sup>2</sup>**

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Brasil

DOI: <https://doi.org/10.46550/ilustracao.v7i3.582>

Aceito em: 28.03.2026

**Resumo:** O presente artigo visa refletir sobre a concretização do direito fundamental à saúde pelo Estado de Bem-Estar Social, a partir de uma observação da obra “Do mágico ao social”, de autoria de Moacyr Scliar. Para a realização e desenvolvimento da pesquisa, adota-se o método de abordagem hipotético-dedutivo. Constatou-se que o progresso dos cuidados com a saúde pública ao longo da narrativa da humanidade institui-se como um dos pilares fundamentais para a implantação das políticas públicas no âmbito do Welfare State, corroborando a relevância da saúde quanto um direito humano fundamental e social. Entretanto, o direito à saúde no Brasil, segundo os preceitos da Constituição Federal de 1988, é um direito de todos e um dever do Estado, alicerçado no que preza o artigo 196 da Magna Carta e garantido através de políticas públicas econômicas e sociais que buscam à redução do risco de doenças e também o acesso universal e igualitário aos serviços e ações para sua recuperação e proteção. Além disso, destaca-se a criação do Estado de Bem-Estar Social e os desafios da saúde pública enfrentados atualmente.

**Palavras-chave:** Constituição Federal. Direito à Saúde. Direitos Fundamentais. Estado de Bem-Estar Social. Políticas Públicas.

- 1 Dotoranda em Direitos Especiais do Programa de Pós-Graduação stricto sensu em Direito – Doutorado da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI. Mestre em Direitos Especiais do Programa de Pós-Graduação stricto sensu em Direito – Mestrado da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI, campus Santo Ângelo. Especialista em Direito Processual Civil pela Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC. Membro do grupo de pesquisa: Conflito, Cidadania e Direitos Humanos (Linha II – Políticas de Cidadania e Resolução de Conflitos). E-mail: mariaeduardagcopetti@gmail.com
- 2 Doutor em Direito pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS. Mestre em Desenvolvimento, Cidadania e Gestão pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUÍ. Especialista em Direito Público pelo Instituto Cenecista de Ensino Superior de Santo Ângelo – IESA. Especialista em Direito Privado pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUÍ. Graduado em Direito pela Faculdade de Santo Ângelo – FADISA. Professor titular do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Direito – Doutorado e Mestrado e da Graduação da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI, campus de Santo Ângelo. Professor de Direito Penal na Faculdade CNEC – campus de Santo Ângelo. Juiz de Direito – Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul.



**Abstract:** This article aims to reflect on the implementation of the fundamental right to health by the Social Welfare State, based on an observation of the work “From magic to social”, written by Moacyr Scliar. To carry out and develop the research, the hypothetical-deductive approach method was adopted. It was found that the progress of public health care throughout the narrative of humanity is established as one of the fundamental pillars for the implementation of public policies within the scope of the Welfare State, corroborating the relevance of health as a fundamental human and social right. However, the right to health in Brazil, according to the precepts of the 1988 Federal Constitution, is a right for everyone and a duty of the State, based on what is valued in article 196 of the Magna Carta and guaranteed through public economic and social policies that seek reducing the risk of disease and also universal and equal access to services and actions for recovery and protection. Furthermore, the creation of the Social Welfare State and the public health challenges currently faced stand out.

**Keywords:** Federal Constitution. Right to Health. Fundamental Rights. Welfare State. Public policy.

## 1 Introdução

O direito à saúde no Brasil, é dever do Estado e plenamente assegurado pela Constituição Federal de 1988 em seu artigo 196 há mais de 28 anos, o que demonstra que o ordenamento jurídico brasileiro protege os Direitos Humanos que, por sua vez, compõem a ordem jurídica internacional, sendo a saúde um direito precioso.

Sabe-se que o direito à saúde no Brasil consagrou-se quanto direito humano fundamental após a promulgação da CF/88. Desse modo, a Organização Mundial da Saúde (OMS) define a saúde como o mais impecável estado de bem-estar físico, mental e social que um ser humano pode alcançar, e não somente a ausência de doenças e enfermidades. Todavia, este direito só poderá ser efetivamente garantido por meio de políticas públicas implementadas pelo Estado.

No Brasil O Welfare State se desenvolveu a partir de 1930 e se estabeleceu com a redemocratização do país e após a Constituição Federal de 1988. Contudo, a redemocratização do país sob a guarda da Constituição de 1988 intensificou consideravelmente a perspectiva de consolidação do Estado de bem-estar social no Estado brasileiro. Logo, o presente artigo tem como objetivo refletir sobre o Estado de Bem-Estar Social, ou seja, o Welfare State, e suas relações com os direitos sociais, principalmente o direito à saúde, com base em fundamentos da obra “Do mágico ao social”, do renomado autor Moacyr Scliar. Ademais, aborda a evolução da saúde em conformidade com os avanços no âmbito das políticas públicas, adentrando na contemporaneidade com o conceito de Welfare State quanto instrumento necessário para a materialização da Democracia.

## 2 A origem histórica da preocupação com a saúde pública

O percurso da saúde pública foi bem descrito por Scliar (2005) em sua obra “Do mágico ao social”, ao sugerir sua historicidade e entendimento a partir de quatro olhares diversos: o olhar mágico, o olhar empírico, o olhar autoritário e o olhar social. Conforme a perspectiva do *olhar mágico*, Scliar orienta que o indivíduo sempre evitou situações que são nocivos à saúde, como o caso de alimentos com indicativos de putrefação, o medo da doença, que são antigos pensamentos do ser humano. As pessoas sempre tiveram obstáculos para instituir a relação de causa e efeito referente aos inúmeros tipos de doença.

Dessa forma, carecidos de recursos e conhecimento qualificado para constatar a causa dos problemas de saúde, os povos primitivos desvendavam as doenças em torno de uma percepção mágica do mundo, onde o doente era vítima de espíritos malignos e demônios. Confiava-se que tais demônios e espíritos poderiam ser afetados por inimigos para alcançar a saúde de outras pessoas, de modo que o ser humano que considerado vítima de feiticeiro permitia-se enfraquecer até morrer (SCLIAR, 2005).

Scliar destaca que os sumérios que viveram na Mesopotâmia há aproximadamente 4.000 anos a.C., e transmitiram parte de seus conhecimentos escritos em placas de barro, incluindo as receitas empíricas e médicas. Os assírios e babilônicos que chefaram os sumérios por volta de 2.000 a.C., dispunham de crenças que as doenças eram provocadas pelos demônios e era imprescindível que o médico-sacerdote apontasse as divindades com intermédios dos astros. Para os hebreus, por mais que a doença não estivesse unida a ação dos maus espíritos, ela retratava, em várias oportunidades uma ação direta de Deus em função dos pecados dos cidadãos. Logo, o olhar mágico acabou perdendo força com as novas formas de conhecimento provenientes do componente empírico (MARTINI; STURZA, 2017).

Conforme Scliar (2005) explica, o *olhar empírico* surgiu na Roma e na Grécia antiga. Na Grécia antiga o protótipo de indivíduo ideal deveria ser harmônico entre mente e corpo, e de proporções amigáveis. Essa definição de saúde advém da religião, considerando que os gregos cultuavam divindades da medicina, da razão e da cura, ocorria entre eles a ideia de que tudo poderia ser curado através dos métodos naturais e das plantas, e não somente pelos procedimentos ritualísticos. Em meados dos anos 460 a.C., Hipócrates desenvolveu a observação empírica registrando incalculáveis casos clínicos demonstrando seus conhecimentos e uma visão epidemiológica do problema de saúde-enfermidade.

De acordo com Scliar (2005), os romanos registravam empiricamente alguns sinais de intoxicação por chumbo e mercúrio, ocasionando a curta duração de vida dos trabalhadores nas minas desses materiais, conforme registros médicos de que a vida desses trabalhadores era

vinculada pelo trabalho, o qual obrigatoriamente consumiria suas vidas. Entretanto, na Idade Média houve inúmeras consequências catastróficas no âmbito da saúde, como por exemplo, a “Peste Negra” que ceifou a vida de cerca de 25 milhões de seres humanos (MARTINI; STURZA, 2017).

Na Idade Média surgiram os primeiros hospitais, ainda nos moldes de asilos e hospícios, advindo da caridade, considerando que os procedimentos mágicos ou religiosos não eram competentes para a cura. No entanto, no fim da Idade Média, nos mosteiros, a ciência deu sinais de avanços com a essência fundamentada na medicina grega. Outrossim, foi em Salerno na Itália, em meados de 1240, que se fundou uma escola médica que iniciou a formação de profissionais autorizados pela lei para exercer a medicina (SCLIAR, 2005).

O *olhar autoritário* trouxe o intervencionismo estatal, que posteriormente passou a ser expressado em termos econômico-financeiros. Logo, manifesta-se a nosologia ou ciência de classificação de doenças. Com a idade moderna houve a institucionalização do ensino médico e o combate ao charlatanismo, e neste período surgiram as políticas de saúde, resultado da relação política entre sociedade e saúde. Ademais, a saúde pública teve origem na autoridade governamental – autoridade sanitária, e, assim, uma atividade estatal essencial (SCLIAR, 2005).

Além de tudo, Scliar (2005) explica que com os avanços científicos, o modelo autoritário do Século XVIII ficou defasado, e posteriormente apareceram três outros modelos de progresso da ciência e controle sobre o corpo social: o olhar contábil, o olhar epidemiológico e o olhar armado. No Século XIX a saúde pública assumiu definitivamente o status de ciência, instaurando o olhar científico. Destaca-se que os primeiros números referentes a saúde eram sobre a medição de morbidade e mortalidade.

Observa-se que a partir de 1840 nos inquéritos estatísticos sobre a condição da classe trabalhadora na Inglaterra e as estatísticas de saúde que indicavam desigualdades entre os distritos saudáveis e não saudáveis da Inglaterra. Assim, os números que operavam como índices de saúde estão para a saúde do corpo social, como é o caso dos sinais vitais que estão para o corpo individual. Logo, os levantamentos, mesmo que sejam relevantes, não se adequavam para verificar as causas das enfermidades, por isso o olhar contábil foi transformado para o olhar epidemiológico, ou seja, um olhar mais dinâmico e completo (SCLIAR, 2005).

Percebe-se que a epidemiologia emprega outras áreas do conhecimento, como a sociologia, a demografia e a antropologia para alcançar resultados. Nota-se que foi durante o surto de Cólera em Londres no Século XIX que se obteve uma das primeiras políticas eficientes de saúde pública e controle epidemiológico pela estatística. Esta foi desenvolvida pelo médico John Snow, que

constatou que a doença era causada por algo que circulava do doente para o saudável, e que tinha propriedade de se multiplicar no organismo (SCLIAR, 2005).

Posteriormente com o surgimento da puericultura, houve mudanças acerca do cuidado e proteção à saúde da criança, levando em consideração que a sobrevivência das crianças durante a gestação até a puberdade era muito instável. Assim, as crianças não participavam das contagens entre os vivos, e somente com a modernidade que a maternidade obteve o status social que possui nos dias atuais (SCLIAR, 2005).

Scliar (2005) explica que no ano de 1880, o progresso da medicina tropical iniciou com Alphonse Laveran compreendeu, na Argélia, o plasmódio responsável da malária, e Ronald Ross expôs, na Índia, que a malária era transmitida pelo mosquito. Em 1882 Robert Koch apresentou o agente causador da tuberculose e constituiu os postulados da teoria microbiana da doença. A aplicabilidade da microbiologia na saúde pública foi, logicamente, a descoberta dos agentes imunizantes (MARTINI; STURZA, 2017).

Com a revolução industrial e os avanços do capitalismo, houve diversos benefícios para a saúde pública, entretanto, outros problemas sociais apareceram com esse novo modo de estruturação econômico. Estes problemas exigiram um posicionamento crítico que soubesse estimular as soluções sociais, porque as estruturas capitalistas nascentes eram ineficientes no fornecimento de uma saída para o estado de exclusão a que os cidadãos, das classes baixa, eram submetidos à miséria (SCLIAR, 2005).

O *olhar social* teve início após a revolução industrial, nesta época, o crescimento sem planejamento que se evidenciou nas cidades, com deficiência de equipamentos sanitários, como é o caso do esgoto, coleta de lixo, abastecimento de água e higiene das residências modificou o cenário dos rios urbanos em esgoto a céu aberto, provocando agrupamentos de habitações oportunistas a proliferação de doenças (SCLIAR, 2005).

No século XIX, a tuberculose era definida como a “peste branca”, considerando que era a doença relacionada ao aparecimento de emoções românticas. Esse “romantismo” teve fim quando Robert Koch compreendeu que o bacilo era o causador da doença. Após isso, em 1848, promulga-se uma lei criando a Diretoria Geral de Saúde que estaria encarregada de recomendar medidas de saúde pública e de convocar médicos sanitaristas, dando início ao trabalho de saúde pública inglês (SCLIAR, 2005).

Scliar (2005) destaca um caso semelhante ocorrido nos Estados Unidos, onde Lemuel Shattuck em 1850 organizou um Relatório referente as questões sanitárias em Massachusets e uma Diretoria de saúde que contou com o auxílio de médicos foi oficialmente instaurada. Todavia, a preocupação com a saúde pública somente foi intensificada quando os problemas

deixaram de afetar apenas as classes menos favorecidas nas áreas de miséria das periferias das grandes cidades, e passaram a atingir também as classes mais altas, prejudicando a saúde e a economia. Tudo isso acabou protagonizando, nos estados capitalistas, um conjunto de medidas progressivas que possibilitaram, posteriormente, na implantação do *Welfare State* o Estado do Bem-Estar Social em diversos países na Europa.

### **3 O direito à saúde quanto direito humano fundamental**

Os direitos fundamentais são decorrentes de conquistas históricas, isto é, criados em determinadas circunstâncias, definidos por esforços em defesa de novas liberdades contra antigos poderes, surgiram de forma gradual, ao longo dos anos. Estes direitos estão dispostos nas Constituições dos países democráticos, sendo considerados fiel contrato social que concede aos Estados o dever de organizar políticas públicas, onde que a concepção desses direitos abrange uma série de medidas imperativas por parte do Estado (BOBBIO, 2004).

Historicamente, o autor supracitado destaca que a consolidação dos direitos do homem advém de uma drástica inversão de expectativa, específica da formação do Estado moderno, na apresentação da relação política, assim, na relação Estado/cidadão ou soberano/súditos, caso este que é analisado como os direitos dos seres humanos não mais súditos, porque para que a sociedade seja entendida é preciso compreender os cidadãos que compõe a mesma (BOBBIO, 2004).

No ano de 1948 houve a estruturação da Declaração Universal dos Direitos Humanos a qual foi admitida e constituída pela resolução 217 A (III) da Assembleia Geral das Nações Unidas, onde se especificaram os direitos atrelados à vida e a dignidade, que pressupõe que o acesso à saúde e sua proteção e garantia por parte dos Estados. Com base na Declaração Universal da Organização das Nações Unidas (ONU), percebe-se uma nova fase dos Direitos Humanos, qualificada pela universalidade, ao mesmo tempo, concreta e abstrata, por meio da positivação no âmbito internacional, dos direitos fundamentais devidamente admitidos a todos indivíduos (SARLET, 2015).

Os direitos fundamentais na perspectiva de reconhecimento nas primeiras Constituições escritas são a mercadoria própria (exceto determinado conteúdo social referente do constitucionalismo francês) do “do pensamento liberal-burguês do século XVIII de marcado cunho individualista, surgindo e afirmando-se como direitos do indivíduo frente ao Estado, mais especificamente como direitos de defesa, demarcando uma zona de não intervenção do Estado e uma esfera de autonomia individual em face de seu poder” (SARLET, 2015, p. 46).

Tratando-se a saúde de forma direta à qualidade de vida, ela não pode ser entendida de forma inerte, porque faz parte do contexto social, onde o Estado tem o dever/poder de planejar, com contribuições positivas, ações que proporcionam a vida adequada e digna das pessoas, lhes viabilizando uma vida mais justa, honrada e saudável (BAHIA, 2014).

Entretanto, no ano de 1946, a definição de saúde foi estendida pela Organização Mundial da Saúde, abandonando a finalidade apenas curativa, mas preventiva, explicando que a “saúde é o completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças”, zelando pela vida e principalmente, pela igualdade, respeito, democracia, desenvolvimento etc. Assim, a boa qualidade de vida não está apenas vinculada a questões médicas, mas também à moradia, educação, meio ambiente, proteção da família, do trabalhador, morte digna, informação, não ter fome, assistência social, segurança e outros que venham a surgir, visto que não são taxativos, mas apenas enumerativos e progressivos” (CARVALHO, 2017, p. 17).

A Constituição Federal de 1988, especificamente em seu artigo 1º reconhece que a República Federativa do Brasil, fundamenta-se no Estado Democrático de Direito, considerando como princípio fundamental a dignidade da pessoa humana resultando deste princípio, o direito à vida e o direito à saúde, que necessitam ser protegidos e garantidos a todos os indivíduos do território nacional (FINK; GIMENEZ, 2018).

Observa-se que o Direito à Saúde é um direito fundamental e deve ser assegurado pelo Poder Público, de acordo com o disposto no artigo 196 da Constituição Federal de 1988: “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” (BRASIL, 1988). Colaborando com a redação deste artigo, sancionou-se a Lei nº 8.080 de setembro de 1990, a qual aduz sobre os serviços de saúde, e determina no *caput* do artigo 2º, § 1º e artigo 3º, § único que segue:

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 3º 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. (Redação dada pela Lei nº 12.864, de 2013).

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

O Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, Observação geral nº 14, de 2000, pode-se ressaltar o conceito do direito à saúde, de acordo com aquele documento:

A saúde é um direito humano fundamental e indispensável para o exercício dos demais direitos humanos. Todo ser humano tem direito a desfrutar do mais alto nível possível de saúde que lhe permita viver dignamente. A efetividade do direito à saúde pode ser alcançada mediante numerosos procedimentos complementares, como a formulação de políticas em matéria de saúde, a aplicação dos programas de saúde elaborados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) ou a adoção de instrumentos jurídicos concretos. Além disso, o direito à saúde inclui determinados componentes, aplicáveis em virtude da lei (OMS, 2014).

Ainda no preâmbulo da Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS), os Estados partes manifestam que, de acordo com a Carta das Nações Unidas, os princípios elencados naquele documento são básicos para a felicidade, as relações harmônicas e a segurança de todos os povos, além de conceituarem a saúde quanto:

[...] um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de afecções ou enfermidades. O gozo do grau máximo de saúde que se possa alcançar é um dos direitos fundamentais de todo ser humano sem distinção de raça, religião, ideologia política ou condição econômica ou social. A saúde de todos os povos é uma condição fundamental para atingir a paz e a segurança, e depende da mais ampla cooperação das pessoas e dos Estados. Os resultados alcançados pelo Estado no fomento e proteção da saúde são valiosos para todos. A desigualdade dos diversos países, relativa ao fomento da saúde e ao controle das enfermidades, sobretudo as transmissíveis, constitui um perigo comum. O desenvolvimento saudável da criança é de importância fundamental; a capacidade de viver em harmonia num mundo que muda constantemente é indispensável para esse desenvolvimento. A extensão dos benefícios dos conhecimentos médicos, psicológicos e afins a todos os povos é essencial para alcançar o mais alto grau de saúde. Uma opinião pública bem informada e uma cooperação ativa por parte do público são de importância capital para o aperfeiçoamento da saúde do povo. Os governos têm responsabilidade pela saúde de seus povos, que só pode ser cumprida mediante a adoção de medidas sanitárias e sociais adequadas (OMS, 2014).

Entretanto, o cuidado dos indivíduos com a saúde sempre foi observado como forma de resguardar a sua própria sobrevivência, especialmente a vida, sendo muitas as evoluções ocorridas à medida que a ciência se aprimora e faz novas descobertas, transformando as possibilidades de tratamento. Todas essas mudanças nas formas de tratamento de doenças e de manutenção da saúde sobreveio acompanhada da multiplicação dos seus gastos, o que restou inviável, em muitos países, o acesso dos cidadãos em geral a essas evoluções tecnológicas. O Estado, que é encarregado pela preservação e garantia desse acesso ao serviço de saúde, com o passar do tempo, mostrou-se ineficaz ou inoperante para agir perante os seus elevados custos (SPITZCOVSKY, 2016).

Logo, analisando a força de todos elementos desenvolvidos, não poderia ter outra perspectiva quanto à inabilidade de se dissociarem os condutores da dignidade humana do direito

à saúde, ou seja, da vida. Nota-se que a disposição do direito à saúde e à vida quanto cláusulas pétreas e seus vínculos com o fundamento constitucional da dignidade da pessoa humana alcançam, como decorrência, a determinação de o Poder Público garantir a eficiente prestação dos serviços públicos necessários à garantia e proteção de uma condição de vida íntegra, sob pena de responsabilizar-se. Desse modo, o direito a saúde:

[...] representa consequência constitucional indissociável do direito a vida. O Poder Público, qualquer que seja a esfera institucional de sua atuação no plano da organização federativa brasileira, não pode mostrar-se indiferente ao problema da saúde da população sob pena de incidir, ainda que por censurável omissão, em grave comportamento inconstitucional (STF, AgRg em RE, 2.<sup>a</sup> T., j. 12.12.2006, rel. Min. Celso de Mello, DJ 02.02.2007, p. 140, Ementário, vol. 02262-08, p. 1524).

A saúde, quanto direito à integridade física e psíquica, psíquica, introduzida no rol dos direitos da personalidade intrínsecos à dignidade da pessoa humana, por sua vez, possui a devida proteção do Estado, conforme ensina Pontes de Miranda (2000, p. 216): “Os direitos de personalidade, os direitos, as pretensões e ações que deles se irradiam são irrenunciáveis, inalienáveis, irrestringíveis. São direitos irradiados dele os de vida, liberdade, saúde (integridade física e psíquica) honra e igualdade”.

Outrossim, a dignidade da pessoa humana, como fundamento da República Federativa do Brasil, presume o direito à vida digna, à integridade física, psíquica e social. Entretanto, a dignidade da pessoa humana pode ser analisada quanto sobreprincípio constitucional, do qual todos os princípios e regras relativas aos direitos fundamentais seriam derivados, ainda que tenha variáveis intensidades (DIDIER, 2015).

Na perspectiva de que o fundamento da dignidade da pessoa humana tem como propósito o direito à vida, que é conhecido quanto direito fundamental inviolável cabe constatar que o direito à saúde indica uma consequência indissociável do direito à existência e a incapacidade do Estado na prestação desses serviços, resultando na violação da dignidade da pessoa humana. Logo, resta-se necessária e essencial a criação do Estado de Bem-Estar Social como garantidor de prestações sociais, aptas a reduzir as desigualdades existentes na Sociedade e a possibilitar o desenvolvimento das potencialidades inerentes a cada cidadão.

#### **4 A criação do estado de bem-estar social e os desafios da saúde pública**

Primeiramente, destaca-se que no início do século XX, alguns fatores impulsionaram o desenvolvimento do *Welfare State*, como por exemplo, a criação do Estado Soviético, a ameaça socialista sobre o capitalismo efetivada com a Revolução Russa de 1917 e o despertar da constitucionalização dos direitos sociais ressaltado na Europa pela Constituição Alemã de

Weimer em 1919 (DELGADO; PORTO, 2019). Após a Primeira Guerra Mundial em 1918, acompanhada da Grande Depressão Econômica ocasionada pela crise de 1929, prossegue o caso da Alemanha de Bismarck e implementaram sistemas de seguro social, a Grã-Bretanha e a França. As condições políticas e sociais do pós-guerra foram elementos fundamentais para que a ideia de Estado de Bem-Estar Social se consolidasse nas sociedades ocidentais de economia capitalista avançada (SILVA; MATTOS, 2009).

Com a crise de 1929, o sistema capitalista ficou à beira da decadência e se transformou em um dos principais elementos para o *Welfare State* (GOMES, 2006). As políticas sociais juntamente com o impacto dos gastos governamentais no âmbito econômica tiveram visibilidade com a criação das teorias desenvolvidas por Keynes, em um âmbito de crise de carência da demanda efetiva. A circunstância econômica prejudicial a partir de 1929, a segunda Guerra Mundial, e a separação do mundo em dois blocos – um “comunista” e outro capitalista – provocaram o convencimento de que o futuro dos indivíduos não deveria estar completamente subordinado à instabilidade intrínseca às forças de mercado. Logo, a sociedade começou a proceder políticas que possibilitassem o engrandecimento econômico, objetivando à diminuição do desemprego e o crescimento do nível de proteção social (SILVA; MATTOS, 2009).

Entretanto, o Estado evoluiu a ponto de ter uma maior intervenção na economia, a partir do fornecimento de serviços sociais e por meio da elaboração das políticas fiscais e monetárias relacionadas ao emprego. Desse modo, entre os anos de 1930 a 1970, sobrevém, nos países centrais, um Estado de Bem-Estar Social, com despesas públicas em políticas sociais, especialmente na área da saúde, que correspondiam parcelas cada vez mais específicas do gasto público (SILVA; MATTOS, 2009).

Observa-se que pelos princípios do *Welfare State*, cada indivíduo nacional possui o direito a serviços estatais ou proporcionados imediatamente pelo Estado ou indiretamente perante o poder de regulamentação sobre a sociedade civil. No repertório básico referente a esses serviços estão os direitos humanos de segunda geração, como a universalidade e a gratuidade do acesso à assistência médica, à educação, auxílio ao desemprego, pensão, aposentadoria, proteção e assistência maternal (FERREIRA FILHO, 2016).

Os doutrinadores Delgado e Porto (2019) elencam nove pilares fundamentais sobre os quais se fundam o *Welfare State*. O primeiro, analisa a presença e a instituição da Democracia multidimensional com a aplicabilidade de significativos princípios civilizatórios, como por exemplo: a igualdade; a solidariedade; a liberdade; a dignidade da pessoa humana; a valorização do trabalho; a centralidade da pessoa humana na vida socioeconômica e na ordem jurídica; o emprego; a subordinação da propriedade privada e da livre iniciativa às suas funções socioambientais; a justiça social e por fim, do bem-estar social e individual.

Já o segundo compreende a existência e institucionalização dos direitos civis e políticos. O terceiro na presença e estabelecimento dos direitos individuais, sociais e coletivos. O quarto é determinado pela busca da igualdade e da liberdade, da solidariedade, dos direitos sociais, políticos, civis e coletivos, principalmente referentes ao sindicalismo e suas instituições. No quinto consiste em a presença, garantia e instauração de meios de comunicação de massas estável e independente, capacitado a transferir diversas perspectivas que englobam os diversos problemas visualizados na vida econômica, política, social, institucional e cultural (DELGADO; PORTO, 2019).

No sexto encontra-se a existência e instituição da participação igualitária das mulheres nas diversas proporções da sociedade política e civil, isto é, o reconhecimento da maioria no plano demográfico das comunidades humanas nacionais e da substancialidade dos princípios sociais e humanistas do Estado de Bem-Estar Social e do Constitucionalismo Social e Humanista. Já no sétimo encontra-se a presença e institucionalização da estratégica participação e envolvimento nas instituições na sociedade e na economia, quanto instrumento de proteção da universalidade das políticas públicas assecuratórias dos direitos sociais aos seres humanos, e também a garantia do desenvolvimento sustentável no plano do sistema econômico capitalista (DELGADO; PORTO, 2019).

No oitavo objetiva-se a presença e instituição de uma política tributária baseada nos princípios da eficiência e solidariedade, de modo que assegure a higidez fiscal do Estado em consonância com o princípio da igualdade substancial. O último pilar do Estado de Bem-Estar Social compreende na presença e institucionalização de um sistema econômico capitalista sustentável, respondente, capaz de proporcionar a concretização do desenvolvimento sustentável, caracterizado por um capitalismo com responsabilidade ambiental e social (socioambiental) e correspondência socioeconômica para a população. Obviamente que a efetividade dessa característica pressupõe a estruturação e atuação de políticas públicas interventivas no sistema econômico (DELGADO; PORTO, 2019).

No Brasil o seguro social adveio com Getúlio Vargas na fase de urbanização e industrialização dos anos 1930-1940. Anteriormente, o campo coordenava as cidades e a população espalhada não vinha formar a massa crítica para influenciar no processo político. Predominava a política coronelista com seus currais eleitorais. Com a crise de 1929 a ressecção econômica que ela propiciou, a urbanização dos país com a principiante indústria que ocupava a mão de obra dos negros e brancos mais carentes, e com a chegada de imigrantes europeus com outra perspectiva do mundo, a maioria com pensamento anarquista, esses fatores relacionados gerou a pressão social essencial para que surgisse, na década de 1930-1940 o seguro social no Brasil (NASCIMENTO, 2009).

Scliar (2005) entende que o seguro social faz parte de um elenco de medidas no âmbito trabalhista e na assistência médica determinada inicialmente pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP's) que eram fragmentados de acordo com a categoria profissional (marítimos, bancários, comerciários, industriários, etc). No ano de 1967 os diversos IAP's unificaram-se no Instituto Nacional de Previdência, INPS. Em 1970 a área previdenciária de assistência médica era o Instituto Nacional Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) que fazia parte do Ministério de Assistência e Previdência Social (implantado em 1974) e operava independente do Ministério da Saúde.

Ademais, Silva (2008) destaca que a saúde do trabalhador está integrada no rol dos direitos humanos, principalmente ao princípio ontológico da dignidade da pessoa humana que se estabelece no fundamento maior do Estado Democrático e Social de Direito, e, por capacidade nas políticas públicas sociais do *Welfare State*. Em detrimento disso, a Constituição Federal de 1988 elencou no artigo 170, III, a proteção do meio ambiente no trabalho. Desse modo, a saúde dos trabalhadores é baseada e fiscalizada por meio do contrato individual de trabalho e das regras de proteção à saúde do trabalhador e ao meio ambiente do trabalho, considerando que a livre iniciativa e o trabalho são fundamentos expressos da República Federativa do Brasil.

Contudo, a proteção social brasileira foi elaborada na Constituição Federal de 1988 que possibilitou variadas inovações na normatividade da Ordem Social, especialmente os princípios essenciais do *Welfare State*. A partir de 1988, adota-se no Brasil o modelo de seguridade social baseado na solidariedade, que compreende o ser humano em situação de risco social, pois a regra constitucional elencada no artigo 194 determina que a seguridade social abrange um conjunto de ações e iniciativas dos Poderes Públicos e da sociedade, indicada a assegurar os direitos no âmbito da saúde, da previdência e da assistência social (SILVA, 2008).

Observa-se que é um sistema fundamentado em múltiplos princípios examinados no *Welfare State*: diversidade da base de financiamento; equidade na forma de participação dos benefícios e serviços; universalidade da cobertura e do atendimento; uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; caráter democrático e descentralizado da administração, perante a gestão quadripartite, com participação dos empregadores, dos trabalhadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados (ARAÚJO; MEDINA, CONDÉ, 2017).

O Brasil após a redemocratização e sob o amparo da Constituição Federal de 1988, demonstra movimentos consideráveis do *Welfare State* ampliando a perspectiva da consolidação do Estado de Bem-Estar Social. Nesse sentido, Draibe (1993) salientou alguns desses movimentos: incremento da sociabilidade das políticas, com a participação dos clientes nas políticas sociais em todas as fases do processo; organização político-administrativa com eixo

central na descentralização; realinhamento nas relações da sociedade com o Estado e a economia; os programas sociais para a população abaixo da linha da pobreza e em situação de risco social, para aquisição de moradia popular, para alimentação, para erradicação do trabalho infantil, para mobilização urbana, valorização do poder de compra do salário mínimo; e especialmente, para a saúde.

Sendo assim, todos esses elementos colaboram para a constituição e implementação da política social acrescidos a política que se atua no âmbito da saúde, tendo em vista que a saúde se encontra no vértice entre mercado, sociedade e Estado (ARAÚJO; MEDINA, CONDÉ, 2017). Logo, nessa perspectiva que a Organização Mundial da Saúde ultrapassou o entendimento que ter saúde é não ter doença para ponderar a saúde quanto “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades” (OMS, 1946).

Desse modo, percebe-se que o Estado Social não existiria se não houvesse a implementação e a execução de políticas públicas, ao passo que a razão da existência e da necessidade de políticas públicas está direcionada para a materialidade dos direitos das pessoas na comunidade em que estão inseridas, ou seja, a efetivação dos direitos fundamentais constitucionalmente previstos. No que tange ao controle judicial das políticas públicas, destaca-se que é um instrumento fundamental para a consolidação da democracia no Brasil, porquê, por meio do Poder Judiciário, as demandas de natureza social e econômica poderão ser problematizadas com fulcro em discursos ancorados na Constituição Federal (APPIO, 2012)

Na visão de Bonavides (1996) o Estado Social demonstrou uma evolução superestrutural onde passou o antigo Estado liberal. Assim explica Bonavides (1996, p. 184): *“No ocidente, todavia, ele se distingue, desde a origem, do Estado proletário que o socialismo marxista pretendia implantar: é que ele conserva sua adesão à ordem capitalista, princípio cardeal ao qual não renuncia”*. Por mais que se encontra afastado do liberalismo econômico, segue leal ao liberalismo político; exigindo do Estado um papel imprescindível na economia, sem excluir a iniciativa privada e o mercado (MIRANDA, 2011).

Portanto, o *Welfare State* seria um Estado onde o ser humano independentemente de sua posição social, detém o direito a ser protegido contra dependências de longa ou curta durabilidade. Assim, seria o próprio Estado que garante tipos mínimos de renda, saúde, habitação, educação, alimentação, estabelecidos a todo indivíduo como direito político. Em comparação com o Estado Liberal, que sugeria uma Sociedade de “indivíduos livres e iguais”, para os quais seria suficiente um Estado sólido e garantidor da paz social, o novo modelo engloba a ideia de uma relação solidária entre os membros da comunidade, onde cabe ao Estado, sempre que constatada a existência de desigualdades – mentais, econômicas, sociais e físicas-, a integração dos grupos sociais aos benefícios da Sociedade contemporânea (MORAIS, 2005).

No entanto, é evidente que há muitos desafios no âmbito da saúde pública, que segue:

No Brasil são diversos problemas sofridos pela população na área da saúde; com frequência significativa, hospitais e demais serviços de saúde enfrentam problemas como falta de médicos, leitos, materiais cirúrgicos e desabastecimentos de medicamentos, entre outros. O que quer que seja, todas as necessidades, na saúde são prementes, não podendo deixar o tempo corroê-las (MARTINI; MICHELON, 2019, p. 71).

Nessa perspectiva, as políticas públicas no Brasil podem ser definidas como um arsenal heterogêneo dotado de medidas jurídicas, tendo em vista que “envolvem a discussão de diversos ramos do Direito, tais como as leis que tratam do regime de finanças públicas, leis que regem as concessões de serviços públicos, leis de zoneamento urbano etc.” (LOPES apud APPIO, 2012, p. 133). Ressalta-se que o Estado é responsável por zelar pelos princípios constitucionais associados à efetividade da Administração Pública, que é orientada pelo legislador, e este se responsabiliza por fixar serviços e atividades prioritárias. Ademais, o Estado, com sua comunidade de pessoas, poderá certificar-se da eficiência das políticas públicas (LIBERATI, 2013).

Compreende-se que o direito norteará a implementação das políticas públicas, cujo catálogo constará nas leis e na Constituição Federal, oferecendo garantia e segurança jurídica aos cidadãos. Nessa conjuntura, com o intuito de promover o desenvolvimento do atual cenário social, Amitai Etzioni desenvolveu a Teoria da Orientação Social, baseada nas razões para conceber a dinâmica das sociedades complexas como sistemas, apoiada em fatores que devem ser respeitados para que a orientação social presente nas políticas públicas alcance seus objetivos desejados e transforme o cenário social de forma que seja capaz de efetivar os direitos fundamentais da coletividade (SCHMIDT, 2016).

Em detrimento dos desafios e da falta de efetividade no âmbito sanitário, a judicialização acaba tornando-se uma das consequências mais utilizadas pelos indivíduos, considerando os inúmeros obstáculos enfrentados para a concretização do direito fundamental à saúde pelo Estado de Bem-Estar Social atualmente.

## **5 Considerações finais**

A Constituição Federal de 1988 reforçou e ampliou os direitos básicos determinando mudanças no cenário político, sanitário e jurídico. Desse modo, a ação do Estado passou a estruturar a concretização dos direitos por meio de políticas públicas e programação adequada de acordo com as necessidades da sociedade. Verifica-se que há deficiências estruturais do sistema de saúde atualmente, porém o direito à saúde ainda se encontra longe de ser efetivado na sociedade, considerando que os direitos fundamentais arrolados na CF/88 não se constata na

prática. Outrossim, os indivíduos recorrem em busca de apoio junto ao Poder Judiciário, isto é, impetrando demandas convenientes para atender às suas necessidades.

Após a Revolução Industrial, o capitalismo com a sua divisão do trabalho e das experiências de poder fundada na divisão das classes sociais, a saúde pública mostra-se como reposta as epidemias ocasionadas pelas deficiências de higiene, moradia, educação, saúde e etc. Além de solucionar os problemas no âmbito da saúde dos indivíduos, a saúde pública surge com o intuito de controlar para manter o corpo saudável e apto para o trabalho que age com o capital e mantém o status das classes empreendedoras (FOUCAULT, 2014), assim, o desenvolvimento da saúde pública e das políticas públicas colaboraram efetivamente para o surgimento das democracias capitalistas direcionadas para o Welfare State.

Com a contemporaneidade observa-se o olhar sobre o corpo social, de modo mais abrangente, porém, não exclui o olhar mágico e empírico da antiguidade. Atualmente, na saúde pública ainda existem elementos empíricos e autoritários, que podem ser analisados, por exemplo, na administração de medicamentos cuja forma de ação ou eficácia curativa seguem desconhecidas.

A pesquisa trouxe a evolução da saúde, exibindo os avanços nas políticas públicas sociais até chegar na contemporaneidade à definição do Welfare State – Estado de Bem-Estar Social como instrumento decisivo de materialização da Democracia, em seu sentido amplo, quanto eficiente instrumento de controle do capitalismo individualista, capacitado a eliminar ou atenuar, as perturbações socioeconômicas mais graves e anti-humanistas. Portanto, a transformação nos cuidados com a saúde pública ao longo da história humana foi, um dos elementos essenciais para a efetividade da implementação dos direitos sociais e conseqüentemente, a criação do Welfare State – Estado de Bem-Estar Social e seus sistemas de saúde pública.

## Referências

APPIO, Eduardo. Controle Judicial das Políticas Públicas no Brasil. 1. ed. Curitiba: Juruá, 2012.

ARAÚJO, Carolina Pires; MEDINA, Lízia Coelho; CONDÉ, Eduardo Salomão. Políticas públicas de saúde e bem-estar social: fronteiras entre o financiamento público e o privado no Brasil e em Portugal. *Revista Estudos de Sociologia*, v. 1, n. 23, maio 2017.

BAHIA, Carlos José Amaral; ABUJAMRA, Ana Carolina Peduti; MARTA, Taís Nader. A proteção jurídica na ordem nacional e o direito fundamental ao acesso a medicamentos. Disponível em: [http://www.rkladvocacia.com/arquivos/artigos/art\\_srt\\_arquivo20100728201015.pdf](http://www.rkladvocacia.com/arquivos/artigos/art_srt_arquivo20100728201015.pdf). Acesso em: 21 out. 2014.

- BOBBIO, Norberto. *A era dos direitos*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.
- BONAVIDES, Paulo. *Do estado liberal ao estado social*. 6.ed. São Paulo: Malheiros, 1996.
- BRASIL. *Constituição (1988)*. Constituição da República Federativa do Brasil. 18.ed. Brasília, DF: Senado, 1988.
- CARVALHO, Patrícia Luciane de. *Patentes farmacêuticas e acesso a medicamentos*. São Paulo: Atlas, 2007.
- DELGADO, Maurício Godinho; PROTO, Lorena Vasconcelos. *Introdução ao Welfare State: construção, pilares estruturais e sentido civilizatório*. *Revista da Faculdade Mineira de Direito*, v. 22, n. 43, maio 2019.
- DIDIER, Fredie Jr. *Curso de Direito Processual Civil*, v.1, 17ª ed., São Paulo: Saraiva, 2015.
- DRAIBE, S. *O Welfare State no Brasil: características e perspectivas*. *Caderno de Pesquisa*. n. 80. Núcleo de Estudos de Políticas Públicas, 1993.
- FERREIRA FILHO, Manoel Gonçalves. *Direitos humanos fundamentais*. São Paulo: 15ª edição, Editora Saraiva, 2016.
- FINK, Lígia Daiane. GIMENEZ, Charlise Paula Colet. *O direito à saúde sob a ótica da metateoria do direito fraterno*. In: *Revista de Direito Sociais e Políticas Públicas*. Disponível em: <https://www.indexlaw.org/index.php/revistadsp/article/view/4410/pdf>. Acesso em: 11 mai. 2020.
- GOMES, Fábio Guedes. *Conflito social e welfare state: Estado e desenvolvimento social no Brasil*. *Revista de Administração Pública*, vol. 40, n. 2. Abr. 2006.
- LIBERATI, Wilson Donizeti. *Políticas públicas no Estado Constitucional*. São Paulo: Atlas, 2013.
- MARTINI, Sandra Regina e MICHELON, Ana Luísa. *Mediação Sanitária, um olhar para o direito à saúde à luz do diritto vivente*. In: *Revista formas consensuais e solução de conflitos*. Disponível em: <https://www.indexlaw.org/index.php/revistasolucoesconflitos/article/view/5963>. Acesso em: 11 mar. 2020.
- MARTINI, Sandra Regina e STURZA, Janaína Machado. *A dignidade humana enquanto princípio de proteção e garantia dos direitos fundamentais sociais: direito à saúde*. *Revista Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*. 2017 jan./mar, 6(2):25-41.
- MIRANDA, Francisco Cavalcanti Pontes de. *Tratado de direito privado*. Atual. Wilson Rodrigues Alves. 2.ed. Campinas: Bookseller, 2000. Tomo I.
- MIRANDA, Jorge. *Os novos paradigmas do estado social*. In: CONGRESSO NACIONAL

DE PROCURADORES DE ESTADO, 37., 28 set. 2011, Belo Horizonte. Os novos... Lisboa: Instituto de Ciências Jurídico-Políticas, 2011. Disponível em: <https://www.icjp.pt/sites/default/files/media/1116-2433.pdf>. Acesso em: 6 jul. 2019.

MORAIS, José Luis Bolzan de. As crises do estado. In: MORAIS, José Luis Bolzan de.(Org.). O estado e suas crises. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2005.

NASCIMENTO, Amauri Mascaro. Compêndio de Direito Sindical. 6ª ed. São Paulo: Editora LTr, 2009.

OMS. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Documentos Básicos. 48.ª edición. 2014.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Constituição (1946). Constituição da Organização Mundial da Saúde. Nova Iorque, EUA: ONU. Disponível em: [http://www.who.int/gover-nance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/gover-nance/eb/who_constitution_en.pdf). Acesso em: 21 abr. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Constituição (1946). Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) – 1946. Biblioteca Virtual de Direitos Humanos, São Paulo, 2018. Disponível em: <http://direitoshumanos.usp.br>. Acesso em: 15 mai. 2019.

SARLET, Ingo Wolfgang. A eficácia dos direitos fundamentais. 12. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2015.

SCLIAR, Moacyr. Do mágico ao social - Trajetória da saúde pública. São Paulo: SENAC, 2005.

SCHMIDT, João Pedro. In: Revista Brasileira de Políticas Públicas. UniCEUB, Brasília, vol. 6, nº 3, dez. de 2016. Disponível em: [https://www.academia.edu/31133992/RBPP\\_Vol\\_6\\_n.3\\_2016.pdf](https://www.academia.edu/31133992/RBPP_Vol_6_n.3_2016.pdf). Acesso em 15 jun. 2020.

SILVA, José Antônio Ribeiro de Oliveira. A saúde do trabalhador como um direito humano: conteúdo essencial da dignidade humana. São Paulo: LTr, 2008.

SILVA, Luiz Marcos de Oliveira; MATTOS, Fernando Augusto Mansor de. Welfare State e emprego em saúde nos países avançados desde o Pós-Segunda Guerra Mundial. Revista de Economia Política, vol. 29, nº 3, set. 2009.

SPITZCOVSKY, Celso. O direito à vida e as obrigações do Estado em matéria de saúde. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/8382/o-direito-a-vida-e-as-obrigacoes-do-estado-em-materia-de-saude>. Acesso em: 13 out. 2016.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. AgRg em RE, 2.ª T., j. 12.12.2006, rel. Min. Celso de Mello, DJ 02.02.2007, p. 140, Ementário, vol. 02262-08, p. 1524.

STURZA, Janaína Machado, SOUZA, Ezequiel Cruz de. DIREITO À SAÚDE E POLÍTICAS PÚBLICAS: O ESTADO DE BEM-ESTAR SOCIAL E A EVOLUÇÃO NO CUIDADO COM A SAÚDE PÚBLICA. *Conpedi Law Review*. Disponível em: <https://indexlaw.org/index.php/conpedireview/article/view/9043/pdf> . Acesso em 10 jun. 2025.