LUMEN ET VIRTUS
ISSN: 2177-2789

A CONCRETIZAÇÃO DO DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE POR MEIO DA FORMAÇÃO E ANÁLISE DE PROJETOS DE GESTÃO DE ESTABELECIMENTOS ASSISTENCIAIS DE SAÚDE

THE REALIZATION OF THE FUNDAMENTAL RIGHT TO HEALTH THROUGH THE TRAINING AND ANALYSIS OF MANAGEMENT PROJECTS FOR HEALTHCARE FACILITIES

LA CONCRECIÓN DEL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD POR MEDIO DE LA FORMACIÓN Y ANÁLISIS DE PROYECTOS DE GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS ASISTENCIALES DE SALUD

https://doi.org/10.56238/levv17n63-038

Data de submissão: 14/07/2026 **Data de publicação:** 14/08/2026

Luiz Tarcísio de Paiva Costa
Mestre em Direito Processual Civil, Mestre em Direito do Estado
Instituição: Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC Campinas), Universidade Federal do Paraná (UFPR), Faculdade de Direito São Miguel (FDSM)
E-mail: luiztarcisiopcosta@gmail.com

Rosane Cássia Floriano
Pós-graduação em Engenharia de Produção, Pós-graduação em Arquitetura de Interiores e Light Designer, Pós-graduação em Vigilância Sanitária
Instituição: SENAI Pouso Alegre
E-mail: rosanefloriano@gmail.com

RESUMO

O presente estudo analisa a efetivação do direito fundamental à saúde por meio da formulação e avaliação técnica de projetos de gestão voltados a empreendimentos com potencial risco sanitário. A partir de uma abordagem jurídico-normativa e institucional, investiga-se como a atuação da Vigilância Sanitária, especialmente na fase de análise prévia de projetos, constitui um instrumento essencial de prevenção e racionalização dos riscos à saúde pública. O trabalho parte da premissa de que a proteção à saúde, enquanto direito social consagrado constitucionalmente, exige mais do que políticas públicas assistenciais: demanda mecanismos de controle técnico que operem preventivamente, garantindo a conformidade entre as atividades econômicas e os valores constitucionais. Nesse contexto, o estudo destaca a importância da estruturação criteriosa dos projetos arquitetônicos, operacionais e organizacionais, considerando aspectos técnicos, legais e geográficos, como forma de assegurar ambientes salubres e adequados ao exercício de atividades de interesse sanitário. A pesquisa reafirma a necessidade de articulação entre Estado, sociedade e setor produtivo para a consolidação de um modelo regulatório eficiente, voltado à prevenção de danos e à promoção da saúde como valor jurídico central.

Palavras-chave: Direito à Saúde. Risco Sanitário. Vigilância Sanitária. Estabelecimentos Assistenciais de Saúde. Prevenção.

ABSTRACT

This study analyzes the implementation of the fundamental right to health through the technical development and assessment of management projects related to enterprises with potential sanitary risks. From a legal and institutional perspective, it investigates how the role of Sanitary Surveillance—particularly during the preliminary analysis of projects—constitutes an essential tool for risk prevention and rational public health management. The research is grounded on the premise that health protection, as a constitutionally enshrined social right, requires more than merely assistential public policies: it demands preventive technical mechanisms capable of aligning economic activities with constitutional values. In this context, the study emphasizes the importance of thoroughly structured architectural, operational, and organizational projects, taking into account technical, legal, and geographic parameters to ensure safe and adequate environments for activities subject to sanitary control. The findings reaffirm the need for coordinated action among the State, society, and the productive sector in order to consolidate an efficient regulatory model oriented toward damage prevention and the promotion of health as a central legal value.

Keywords: Right to Health. Sanitary Risk. Sanitary Surveillance. Healthcare Facilities. Prevention.

RESUMEN

El presente estudio analiza la efectivización del derecho fundamental a la salud por medio de la formulación y evaluación técnica de proyectos de gestión dirigidos a emprendimientos con potencial riesgo sanitario. A partir de un enfoque jurídico-normativo e institucional, se investiga cómo la actuación de la Vigilancia Sanitaria, especialmente en la fase de análisis previo de proyectos, constituye un instrumento esencial de prevención y racionalización de los riesgos a la salud pública. El trabajo parte de la premisa de que la protección a la salud, en tanto derecho social consagrado constitucionalmente, exige más que políticas públicas asistenciales: demanda mecanismos de control técnico que operen preventivamente, garantizando la conformidad entre las actividades económicas y los valores constitucionales. En este contexto, el estudio destaca la importancia de la estructuración rigurosa de los proyectos arquitectónicos, operacionales y organizacionales, considerando aspectos técnicos, legales y geográficos, como forma de asegurar ambientes salubres y adecuados al ejercicio de actividades de interés sanitario. La investigación reafirma la necesidad de articulación entre Estado, sociedad y sector productivo para la consolidación de un modelo regulatorio eficiente, orientado a la prevención de daños y a la promoción de la salud como valor jurídico central.

Palabras clave: Derecho a la Salud. Riesgo Sanitario. Vigilancia Sanitaria. Establecimientos Asistenciales de Salud. Prevención.

1 INTRODUÇÃO

O direito à saúde ocupa posição central entre os direitos fundamentais consagrados pela Constituição da República de 1988. Sua previsão normativa, entretanto, não se esgota na proclamação abstrata de uma titularidade individual ou coletiva, pois impõe ao Estado deveres positivos de organização, regulação, fiscalização, controle e prestação de serviços, especialmente quando estiverem em causa riscos capazes de afetar a vida, a integridade física, a segurança sanitária e a dignidade da pessoa humana.

A atuação da Vigilância Sanitária insere-se precisamente nesse campo de concretização institucional do direito fundamental à saúde. Ao disciplinar, fiscalizar e controlar atividades públicas e privadas sujeitas a risco sanitário, a Administração Pública exerce função constitucionalmente qualificada, voltada à proteção da coletividade e à compatibilização entre livre iniciativa, segurança sanitária e interesse público. A atividade econômica permanece juridicamente protegida, mas seu exercício, quando relacionado à prestação de serviços de saúde ou a atividades de interesse sanitário, deve observar parâmetros técnicos e normativos definidos pelo ordenamento jurídico.

Nesse cenário, ganha relevo a análise prévia de projetos físicos, arquitetônicos, operacionais e organizacionais de estabelecimentos assistenciais de saúde e de outros empreendimentos sujeitos ao controle sanitário. Longe de se reduzir a formalidade burocrática do licenciamento, essa análise constitui instrumento técnico-jurídico de prevenção, pois permite avaliar, antes da instalação ou funcionamento da atividade, a adequação da localização, da estrutura física, dos fluxos de pessoas, materiais, resíduos e equipamentos, da acessibilidade, da segurança do paciente, da prevenção de infecções e da compatibilidade entre a atividade pretendida e o ambiente em que será exercida.

O problema de pesquisa consiste em verificar em que medida a exigência, a formação e a análise prévia de projetos sujeitos à Vigilância Sanitária podem ser compreendidas como instrumentos jurídico-administrativos de concretização do direito fundamental à saúde, e não apenas como etapa procedimental ou burocrática do licenciamento sanitário. Parte-se da hipótese de que, quando fundada em critérios técnicos objetivos, na legalidade sanitária, na proporcionalidade, na prevenção de riscos e na motivação administrativa, essa análise desempenha função constitucional relevante, ao transformar comandos normativos abstratos em práticas institucionais verificáveis de proteção da saúde.

Para os fins deste estudo, a expressão “projetos de gestão” é compreendida em sentido amplo. Abrange não apenas o desenho arquitetônico ou físico do estabelecimento assistencial de saúde, mas também sua organização funcional, seus fluxos operacionais, os riscos sanitários previsíveis, a gestão de resíduos, a disposição de equipamentos, os critérios de acessibilidade, a segurança do paciente, o controle de infecções e a compatibilidade entre atividade econômica, ambiente físico e proteção da saúde coletiva. O projeto, assim compreendido, funciona como mediação entre a intenção empresarial, a técnica sanitária e a força normativa da Constituição.

A pesquisa adota abordagem qualitativa, de natureza bibliográfica e documental, com método jurídico-normativo e dedutivo. Examina a Constituição de 1988, a legislação orgânica da saúde, especialmente a Lei nº 8.080/1990, a Lei nº 9.782/1999, a RDC Anvisa nº 50/2002 e normas sanitárias complementares, articulando esse conjunto normativo à doutrina constitucional, ao direito sanitário, à história da saúde pública no Brasil e à teoria da sociedade de risco. O objetivo é demonstrar que a prevenção sanitária, quando estruturada por parâmetros técnicos, não se opõe à livre iniciativa, mas a conforma aos valores constitucionais da vida, da saúde, da dignidade humana e da segurança coletiva.

O desenvolvimento do trabalho organiza-se em três momentos. Inicialmente, examina-se a compreensão dos direitos fundamentais, sua formação histórica, sua força normativa e sua dimensão objetiva, como premissa necessária para situar a saúde no centro do constitucionalismo social. Em seguida, reconstrói-se a recepção histórica e institucional do direito à saúde no Brasil, desde práticas assistenciais, medidas de polícia sanitária e experiências de saúde pública até sua positivação como direito fundamental na Constituição de 1988. Por fim, analisa-se a formação e a avaliação de projetos sujeitos à Vigilância Sanitária como estrutura concretizadora do direito fundamental à saúde, especialmente diante da necessidade de antecipar riscos, ordenar espaços, disciplinar fluxos e conferir racionalidade técnica à atuação administrativa.

2 PARA UMA COMPREENSÃO DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS

Com a convivência social, instaurou-se uma experiência vital compartilhada no tempo e no espaço, marcada por influências recíprocas entre os indivíduos e entre estes e o ente coletivo que constituem. A sociedade, desta forma, apresenta-se simultaneamente como ambiente, fruto e instrumento das relações intersubjetivas, pois organiza a vida comum, permite a cooperação e a estabilidade de um determinado modo de produção que se torna hegemônico. Entretanto, para que essa coexistência alcance seus objetivos, as liberdades pessoais, assim como os poderes estatais, não podem ser compreendidos como absolutos, pois cada um deve conformar sua conduta às exigências decorrentes da presença do outro e às determinações que a própria sociedade, em constante movimento, estabelece por meio de normas destinadas a instituir direitos, deveres e restrições (Telles Júnior, 2003, p. 263 e segs.).

As normas, de caráter religioso, moral, ético e jurídico, constituem fenômenos sociais, pois "a nossa vida se desenvolve em um mundo de normas" (Bobbio, 2005, p. 23). A norma jurídica contém "sempre um imperativo, prescreve, explícita ou implicitamente, o que deve ser a conduta dos simples indivíduos, autoridades e instituições na vida social" (Diniz, 1996, p. 89), cuja especificidade se expõe, entre outros aspectos, em função dos objetivos que almeja, do conteúdo que apresenta, das obrigações que impõe, do âmbito de sua validade, dos destinatários que pretendem atingir e do bem jurídico protegido, porém com um escopo comum, o de moldar condutas, por meio de proposições prescritivas

derivadas da autoridade do Estado, promovendo uma tensão entre a norma posta, a autoridade e a justiça, como exposto já na tradição clássica, em Antígona, quando Sófocles contrapõe o decreto de Creonte às leis não escritas invocadas pela personagem, vigentes "desde os tempos mais remotos" (Sófocles, 2011, vv. 518-520).

As normas positivadas com fundamento no poder do Estado somente se inserem validamente no ordenamento quando encontram fundamento em competência previamente atribuída e permanecem compatíveis com a Constituição. Nesse sentido, a Constituição se apresenta, do ponto de vista jurídico e político, como a norma fundamental e suprema de um Estado, estruturando sua forma de governo; disciplinando os modos de aquisição e exercício dos poderes públicos; restringindo o uso da autoridade pública; ordenando todo o seu arcabouço normativo, que compreende regras e princípios jurídicos, tomando por centro de unidade de sentido os direitos fundamentais (Moraes, 2018, p. 41); além de atribuir competências e individualizar os órgãos dotados de legitimidade e poder para editar normas.

Precisamente em torno da limitação do poder político, da contenção do arbítrio estatal e da afirmação de esferas de liberdade protegidas contra intervenções indevidas se firmaram as bases ideológicas do constitucionalismo moderno. Esse debate atravessa longa tradição do pensamento político, passando por autores da antiguidade clássica, como Aristóteles e Cícero, por formulações medievais, como as de Marsílio de Pádua, pelo jusnaturalismo moderno, representado, entre outros, por Hugo Grotius, Samuel von Pufendorf, pelo Iluminismo, especialmente em John Locke e Montesquieu, consolidando nesse caminhar o constitucionalismo liberal que fixou a ideia de que o poder somente é legítimo quando juridicamente limitado e funcionalmente distribuído, convertendo a Constituição em instrumento de organização do Estado e de proteção das liberdades fundamentais, especialmente necessárias ao sistema econômico hegemônico a partir da Revolução Industrial e das revoluções liberais.

Nesse percurso, Montesquieu, "último pensador político seriamente preocupado com o problema das formas de governo" (Arendt, 2001, p. 214), ocupa lugar central, não apenas pela sistematização da separação dos poderes, mas pela vinculação entre liberdade política e limitação institucional do arbítrio. A Revolução Francesa, quando "(...) em nenhum outro momento o coração do homem foi tão amplo e espaçoso – em nenhum outro momento as distinções de classe, fortuna e facção foram mais completamente esquecidas (...)" (Michelet *apud* Wilson, 1987, p. 23), por sua vez, converteu parte desse ideário em experiência político-jurídica concreta, projetando o constitucionalismo liberal-burguês sobre a Europa continental e sobre as novas nações formadas no século XIX, em consequência do rompimento do pacto colonial pelos movimentos revolucionários que levaram diversas províncias coloniais no continente americano à independência.

Os direitos fundamentais reconhecidos nas primeiras constituições escritas, denominados de primeira dimensão ou geração, assumiram conteúdo político liberal-burguês e foram concebidos sob o

paradigma jurídico do direito natural moderno. Tinham por objetivo instituir salvaguardas do indivíduo perante o Estado, delimitando o espaço de influência e intervenção do poder público em favor da liberdade pessoal, da propriedade, da autonomia privada, da segurança jurídica e da participação política. Representavam, naquele momento histórico, direitos de conteúdo predominantemente negativo, dirigidos à abstenção estatal e à proteção das liberdades individuais (Sarlet; Marinoni; Mitidiero, 2018, p. 331-332), sem prejuízo de sua conexão com a expansão dos mercados e com a afirmação do sistema econômico hegemônico.

Naturalmente o debate sobre os direitos fundamentais não tem origem com a Revolução Francesa, pois "A resposta a essa indagação fundamental foi dada, sucessivamente, no campo da religião, da filosofia e da ciência" (Comparato, 2015, p. 13), estando presente em documentos jurídicos como Edito de Conrado II, de 1037 (Pereira, 2005, p. 20), precursor da Magna Carta de 1215, que seria complementada por outras normas garantidoras de direitos individuais como a *"Petition of Rights"* de 1628, o *Habeas Corpus Act* de 1679 e o *"Bill of Rights"* promulgado pelo Parlamento Britânico após a *"Glorious Revolution"* de 1689, constantemente relacionados ao sucesso econômico e ao prestígio mundial da Inglaterra (David, 2000, p. 73).

O modelo social e político proposto pelo liberalismo clássico se mostrou incapaz de neutralizar as desigualdades materiais profundas promovidas pela Revolução Industrial, comprometendo a própria legitimidade da democracia liberal. Deslocou-se, assim, o constitucionalismo para além da proteção negativa da liberdade, para a exigência da incorporação de prestações, garantias institucionais e deveres positivos capazes de assegurar condições mínimas de existência digna e participação efetiva na vida comunitária, exigindo-se como elemento social da cidadania "um mínimo de bem-estar econômico e segurança" até a participação na herança social e na vida civilizada segundo os padrões prevalecentes na sociedade (Marshall, 1967, p. 63-64), como defendido no constitucionalismo civil brasileiro, acerca do patrimônio mínimo como projeção jurídica de condições materiais indispensáveis à dignidade da pessoa humana (Fachin, 2006).

Nesse cenário, sob os influxos da Revolução Russa de 1917 e das Constituições do México de 1917 e de Weimar de 1919, apresentaram-se ao debate constitucional os direitos sociais, denominados pela doutrina como direitos fundamentais de segunda dimensão ou geração. Seu surgimento não significou a negação dos direitos individuais, mas o reconhecimento de que a liberdade somente se realiza de modo substantivo quando acompanhada de condições materiais mínimas de educação, trabalho, previdência, assistência e saúde. A experiência histórica do século XX demonstrou, ainda, que a ausência de respostas institucionais adequadas à desigualdade, à insegurança econômica e à exclusão social contribuiu para a erosão da legitimidade democrática.

Os direitos fundamentais sociais ganharam centralidade e expansão nas constituições promulgadas na segunda metade do século XX, sobretudo após a Segunda Guerra Mundial, em

resposta à barbárie revelada pelo conflito, direcionando o sentido a ser tomado pela nova ordem constitucional democrática (Comparato, 1986, p. 11-17).

Nesse ambiente de ruptura com experiências totalitárias, os textos constitucionais passaram a incorporar, ao lado dos direitos e garantias individuais, direitos sociais, coletivos, ambientais e de proteção à democracia e ao pluralismo, reconhecendo a força normativa de princípios dotados de aplicabilidade direta. No plano econômico, esse movimento relacionou-se à expansão do Estado de bem-estar social, posteriormente identificado por Hobsbawm como a era de ouro do capitalismo mundial (Hobsbawm, 1995, p. 253).

A Constituição de 5 de outubro de 1988, tal qual ocorreu com as constituições europeias do pós-guerra em ruptura aos regimes derrotados, especialmente na Alemanha e Itália, como ocorreria mais tarde com a Constituição Portuguesa e Espanhola, ao final dos regimes fascistas, instituiu no Brasil uma nova ordem jurídica em substituição àquela existente ao longo dos anos de ditadura militar, adotando, tardiamente, um constitucionalismo social próprio do Estado de bem-estar, que já se encontrava em processo de superação pelo neoliberalismo em diversos países do mundo, após sua aplicação hegemônica entre 1948 e 1980. Nessa conjuntura se apresentam os direitos fundamentais classificados pela doutrina nacional como individuais e sociais, embora inexista entre eles qualquer diferença ontológica, ostentando o mesmo caráter de fundamentalidade com as consequências técnicas e jurídicas que lhes são próprias.

> Portanto, os direitos sociais não existem enquanto categoria própria, não porque sejam desimportantes, muito pelo contrário: tão importantes são os direitos sociais e cada vez mais e melhor estabelecidos nos sistemas jurídicos (internos e internacionais), que a eles deve ser simplesmente reconhecida – melhor: atribuída a qualidade de direitos fundamentais com sua mais completa expressão. (Rothenburg, 2021, p. 25-26)

Os direitos fundamentais positivados na Constituição, portanto, cristalizam valores essenciais acolhidos pelo legislador constituinte e fixam um padrão de eticidade para o Direito, para o Estado e para a sociedade. Não se trata apenas de executar a Constituição, mas de realizá-la em meio a equilíbrios políticos e sociais oscilantes (Zagrebelsky, 2016, p. 13-40). Na dogmática constitucional contemporânea, os direitos fundamentais não se esgotam em posições subjetivas atribuídas aos seus titulares contra o Estado ou perante terceiros. Eles também desempenham função objetiva, irradiando valores, deveres de proteção, exigências de organização institucional do Estado e parâmetros de interpretação para todo o ordenamento jurídico, inclusive para relações privadas (Sarlet, 2012, p. 127-128), e, desta forma, para toda atividade econômica.

Tomando o sentido do Direito a partir de seus princípios estruturantes, em especial o da dignidade da pessoa humana, os direitos fundamentais consagrados na Constituição apresentam-se como um conjunto jurídico-político destinado a promover a eficácia dos direitos da pessoa humana,

favorecer o desenvolvimento de suas potencialidades e estabelecer um padrão de legitimidade do Poder Público.

> E mesmo dentro dos princípios estruturantes fundamentais da Constituição é ainda possível autonomizar e hierarquizar o princípio da dignidade da pessoa humana e todas as normas constitucionais que em matéria de direitos fundamentais dele decorrem, conferindo a tais preceitos um valor hierárquico prevalecente sobre todos os restantes, criando-se, por esta via, um critério seguro de resolução de tensões ou conflitos entre princípios constitucionais. (Otero, 2004, p. 37-38)

Nessa conjuntura de ideias, a Constituição e os direitos fundamentais que positiva projetam um compromisso histórico e jurídico de dever ser, dotado de pretensão de eficácia e vocação transformadora, capaz de ultrapassar as condições materiais existentes no momento de sua promulgação para conformar a realidade política e social aos valores por ela consagrados (Hesse, 1991, p. 15). A Constituição, nessa perspectiva, não apenas organiza o Estado e disciplina a produção do direito positivo, mas dirige a atuação dos poderes públicos, limita a atividade estatal e privada, orienta a interpretação de todo o sistema jurídico e impõe deveres de proteção, promoção e concretização dos direitos fundamentais. Trata-se, portanto, de uma ordem normativa vinculante, cuja força não se exaure na validade formal de seus preceitos, mas exige realização prática, institucional e socialmente perceptível, especialmente quando estiverem em causa bens jurídicos essenciais à dignidade da pessoa humana.

É nesse horizonte que o direito à saúde se projeta como direito fundamental social de especial densidade normativa. Sua concretização não se esgota na proclamação abstrata de titularidades individuais e coletivas, nem se limita à prestação assistencial posterior à instalação do dano; exige, também, a construção de arranjos institucionais capazes de prevenir riscos, organizar serviços, disciplinar atividades econômicas sensíveis e orientar tecnicamente a atuação administrativa, sem descuidar da liberdade econômica e da proteção da livre iniciativa, protegidas pela Constituição e admitidas em atividades de risco à saúde.

Por isso, a compreensão histórica da saúde pública no Brasil e o exame da Vigilância Sanitária como instância de regulação, fiscalização e controle preventivo revelam-se indispensáveis para demonstrar como a Constituição transforma valores fundamentais em práticas concretas.

3 DIREITO À SAÚDE E SUA RECEPÇÃO COMO DIREITO FUNDAMENTAL

A compreensão do direito à saúde como direito fundamental exige o exame de sua formação histórica e institucional. Essa passagem histórica da saúde ao campo das responsabilidades públicas é bem sintetizada por Hochman, para quem "a transformação da saúde em um bem público interage fortemente com a constituição de uma comunidade nacional e com a formação do Estado no Brasil" (Hochman, 2012, p. 25).

A afirmação é especialmente relevante porque permite compreender que a saúde pública não se desenvolveu apenas como resposta técnica a doenças e epidemias, mas também como processo de ampliação da autoridade pública, de organização administrativa do território e de construção institucional de responsabilidades estatais.

A pertinência dessa reconstrução histórica é reforçada por Escorel e Teixeira, para quem "o conhecimento do processo histórico de conformação do sistema de saúde é um elemento de grande valia" (Escorel; Teixeira, 2012, p. 279), pois permite compreender que a positivação constitucional da saúde como direito fundamental, em 1988, não representa fato normativo isolado, mas ponto de chegada de um percurso marcado por práticas assistenciais, ações de polícia sanitária, campanhas profiláticas, centralização administrativa, formação de estruturas públicas de saúde e progressiva ampliação da responsabilidade estatal.

Se, no plano constitucional, os direitos fundamentais expressam compromissos normativos de eficácia e concretude, no campo da saúde essa exigência revelou-se progressivamente por meio de práticas administrativas, sanitárias e assistenciais voltadas à contenção de riscos, ao controle de epidemias, à organização dos espaços urbanos e à estruturação de serviços públicos e privados de interesse coletivo.

Para fins analíticos, essa trajetória pode ser compreendida a partir de quatro matrizes sucessivas e parcialmente sobrepostas: a assistência caritativa e filantrópica, representada especialmente pelas Santas Casas (Santa Casa da Misericórdia de Passos, 2016); a polícia sanitária urbana, voltada à limpeza, ao controle de alimentos, ao ordenamento dos espaços e à contenção de focos insalubres; o sanitarismo campanhista e a progressiva institucionalização administrativa da saúde pública; e, por fim, a constitucionalização da saúde como direito fundamental, acompanhada da formação do Sistema Único de Saúde e do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, contexto em que foi instituída a Anvisa. A questão sanitária já se apresentava no Brasil colonial sob a influência da legislação portuguesa, que, ainda em 1550, atribuía aos almotacéis funções relacionadas à fiscalização de gêneros alimentícios e à eliminação daqueles considerados insalubres.

A par dessa estrutura pública embrionária, as Santas Casas da Misericórdia, instituição criada em Portugal, em 1498 (Santa Casa da Misericórdia de Passos, 2016), que se difundiu pelos domínios portugueses na Ásia, África e Brasil, desempenharam papel assistencial relevante desde o período colonial, com instituições hospitalares instaladas em diferentes núcleos urbanos brasileiros como Olinda, Santos, Recife e, entre outros, São João del-Rei, além das instituições de caráter caritativo, como o Hospital de São Cristóvão dos Lázaros da Bahia (Abreu; Nogueira; Kury, 2018, p. 52).

Até a instauração do ciclo do ouro, ao longo do século XVIII, Portugal negligenciou uma política sistemática de povoamento e urbanização no Brasil, inexistindo, a princípio, normas destinadas a estabelecer critérios racionais de planejamento das cidades (Holanda, 2007, p. 95-138), favorecendo

a formação de aglomerações urbanas marcadas por precariedade, insalubridade e mecanismos fragmentários de controle social. Com a transferência da família real para o Brasil, em 1808, instituiu-se a primeira organização nacional de saúde pública, com a criação do cargo de Provedor-Mor de Saúde da Corte e do Estado do Brasil, embrião do Serviço de Saúde dos Portos, com delegados nas províncias (Rocha *et al*., [s. d.]). A precariedade dos aglomerados urbanos propiciou um perfil insurreto à população citadina, em meio à insalubridade disseminada. Precisamente essa tensão social, em meio ao ambiente insalubre dos aglomerados humanos, gerou novas estratégias políticas em que "novos agentes de coerção foram aliciados, convertidos, manipulados ou reorientados nos seus mais diversos interesses e formas de agir. Esse foi o momento de inserção da medicina higiênica no governo político dos indivíduos" (Costa, 1989, p. 28).

Com a Independência, foi outorgada a Constituição de 25 de março de 1824, em que a palavra "saúde" somente aparece uma vez em seu artigo 179, inciso XXIV, que tratava de direitos fundamentais e se apresentava a proteção à saúde, à segurança e aos costumes públicos, como limite para qualquer atividade, garantindo, entretanto, os socorros públicos no mesmo artigo em seu inciso XXXI (Brasil, 1824). A Lei de 1º de outubro de 1828 (Brasil, 1828) disciplinou matérias relativas às posturas municipais, atribuindo às câmaras competências relacionadas ao ordenamento urbano e ao controle sanitário. Sob a rubrica "posturas policiaes", tratou de limpeza pública, fontes, aquedutos, chafarizes, poços, tanques, esgotamento de pântanos, asseio de currais e matadouros, depósitos de lixo, salubridade de alimentos expostos à venda, conservação das casas de caridade, vacinação, saúde e asseio, prevendo sanções para o descumprimento dessas determinações, em uma conjuntura em que os Códigos de Postura, desde 1830, buscam civilizar o Império (Abreu, 1999, p. 188).

A Portaria de 9 de março de 1837 determinou que a Câmara Municipal da Corte adotasse providências para remover, para local apropriado, oficinas e fábricas existentes no centro da cidade que representassem risco à saúde pública, medida que pode ser compreendida como antecedente remoto do controle de localização de atividades representativas de risco sanitário (Piragibe, 1880, p. 13). No mesmo contexto histórico, consolidaram-se medidas de imunização obrigatória contra a varíola (Pimenta; Barbosa; Kodama, 2019, p. 321-346), tendo o Decreto nº 464, de 17 de agosto de 1846, criado o Instituto Vacínico do Império (Brasil, 1846). Em 1851 foi criada a Junta Central de Higiene Pública, com a finalidade de promover providências sanitárias de controle da expansão da febre amarela, Decreto nº 598, de 14 de setembro de 1850 (Brasil, 1850). Em seu conjunto a normatização instituída em relação à saúde pública e, sobretudo, ao final do século XIX se vinculou ao êxito econômico do café, à ampliação da imigração e à necessidade de desenvolvimento das cidades (Bertolli Filho, 2011, p. 16).

A Constituição de 1891 (Brasil, 1891), primeira Constituição republicana, foi omissa sobre o assunto, porém as legislações infraconstitucionais positivadas ao longo de sua vigência estabeleceram

normas vinculadas à saúde pública como a criação do Instituto Soroterápico Federal, que seria rebatizado como Instituto Oswaldo Cruz em 1908, com o objetivo de fabricar soros e vacinas contra a peste, utilizado por Oswaldo Cruz a partir de 1903 para apoio técnico-científico ao saneamento, especialmente no combate à febre amarela e à peste bubônica; criou-se em 1904 o Serviço de Profilaxia da Febre Amarela e a Inspetoria de Isolamento e Desinfecção, transformada em 1914 em Inspetoria de Serviços de Profilaxia, tornando obrigatória a vacinação e a revacinação contra a varíola. Em 1918 foi criado o Serviço do Quinina Oficial, profilático da malária, em 1920 o Departamento Nacional de Saúde Pública, em 1930 foi instituído o Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública, e, reativado o Serviço de Profilaxia de Febre Amarela (Rocha *et al*., [s. d.]).

A Constituição de 1934 (Brasil, 1934), precedida por uma Assembleia Nacional Constituinte, considerava nacional o interesse na saúde pública, tratando do tema no artigo 10-II, estabelecendo competência concorrente para a União e Estados cuidarem da saúde e assistência públicas, sem caráter de direito fundamental, embora estivessem presentes no anteprojeto outros dispositivos direcionados à saúde, que não se consolidaram no texto final. Entretanto, foi a primeira Constituição a se dedicar para assuntos de interesse social, apresentando-se como um texto revolucionário, sobretudo, no cotejo com as constituições que a precederam, anunciando, já no anteprojeto, marcantes novidades no âmbito social (Poletti, 2012, p. 25).

A Constituição de 1937 (Brasil, 1937) atribuiu à União a competência para legislar sobre a matéria atinente à saúde pública em seu artigo 16-XXVII, admitindo competência concorrente dos Estados para legislar sobre obras de higiene popular e casas de saúde, no artigo 18-c, período em que Francisco Campos, o principal autor do texto constitucional, atuou como o primeiro Ministro da Educação e Saúde do Brasil depois de 1930, após experiência na Secretaria de Educação do Estado de Minas Gerais, por onde foi eleito Deputado Estadual e depois Deputado Federal (Porto, 2012, p. 17).

Sob a vigência da Constituição de 1937, foi reorganizado, em 1941, o Departamento Nacional de Saúde, do Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública; com a criação, no mesmo ano da Divisão de Organização Sanitária, da Divisão de Organização Hospitalar, do Instituto Oswaldo Cruz, do Serviço Nacional de: Lepra; Tuberculose; Febre Amarela; Malária; Peste; Doenças Mentais; Fiscalização de Medicina; Saúde dos Portos; Águas e Esgotos; Bioestatística; Delegacias Federais de Saúde. Em 1942 foi organizado o Serviço Especial de Saúde Pública; em 1943 a Campanha Contra a Bouba, a Implantação dos Postos Experimentais de Combate à Esquistossomose e ao Tracoma; em 1944 foi criado o Serviço Nacional de Helmintoses (Rocha *et al*., [s. d.]).

A Constituição de 1946 (Brasil, 1946), até então a mais democrática e representativa da história brasileira, foi promulgada no contexto de redemocratização posterior ao Estado Novo e retomou a linguagem constitucional das liberdades públicas, da separação de poderes e do controle do poder estatal. No campo sanitário, porém, ainda não reconheceu a saúde como direito fundamental autônomo,

limitando-se a atribuir à União competência para legislar sobre saúde, nos termos do art. 5º, XV, "b". Apesar disso, sua vigência coincidiu com importante processo de autonomização administrativa da saúde pública, em ambiente marcado por campanhas nacionais, combate a endemias, expansão de estruturas técnicas especializadas e crescente percepção de que a proteção sanitária exigia organização estatal própria.

Nesse período, foi criado o Ministério da Saúde, pela Lei nº 1.920, de 25 de julho de 1953 (Brasil, 1953), medida que separou institucionalmente a saúde da estrutura então vinculada à educação e conferiu maior especificidade administrativa à política sanitária brasileira. Também foi instituído o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DENERu), pela Lei nº 2.743, de 6 de março de 1956 (Brasil, 1956), voltado ao enfrentamento de doenças endêmicas, e, em 1958, o Grupo de Trabalho para a Erradicação da Malária (GTEM), experiência que evidencia a articulação entre agendas nacionais e internacionais de saúde no período desenvolvimentista (Silva; Paiva, 2015, p. 95-114), sob forte impacto ideológico em meio à Guerra Fria (MAGALHÃES, 2016).

Durante a vigência da Constituição de 1946, a Declaração Universal dos Direitos Humanos, adotada e proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948 (resolução 217 A III), em 10 de dezembro 1948 (Organização das Nações Unidas, 1948), que reconheceu a saúde e o bem-estar como componentes de um padrão de vida adequado. Esse reconhecimento internacional deve ser compreendido no contexto de afirmação dos direitos sociais no pós-guerra, a partir do acordo de Bretton Woods, destinado a evitar que se repetisse a conjuntura econômica que deu ensejo aos governos totalitários que promoveram a Segunda Guerra Mundial (Belluzzo, 1995, p. 11-20), em ambiente marcado pela reconstrução econômica e pela consolidação do Estado de bem-estar. Assim, embora a Constituição de 1946 ainda não tenha constitucionalizado a saúde como direito subjetivo fundamental, seu período de vigência contribuiu para consolidar bases administrativas, técnicas e institucionais indispensáveis à futura compreensão da saúde como dever estatal permanente.

O regime militar instaurado em 1964 outorgou a Constituição de 1967 (Brasil, 1967), que fixou a matéria de saúde pública como de competência da União (artigo 8º, incisos XIV e XVII), e, posteriormente, impôs a Emenda Constitucional nº 1/1969, frequentemente tratada pela doutrina como nova carta constitucional em razão da amplitude de suas alterações (Brasil, 1969), que manteve a competência da União (artigo 8º-XIV e XVII), atribuindo dotação orçamentária compulsória à saúde municipal (artigo 25, inciso III, parágrafo 4º). Durante sua vigência, entre os diversos avanços promovidos na saúde pública foi criada a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), pelo Decreto nº 79.056, de 30 de dezembro de 1976 (Brasil, 1976).

A Constituição do Brasil de 1988 (Brasil, 1988), a mais representativa e democrática da história do Brasil, seguiu a tendência das constituições do pós-guerra sendo instituída sob a orientação própria

do constitucionalismo social, adotou entre os direitos fundamentais os de caráter eminentemente social, elevando a saúde, pela primeira vez na história constitucional do país à condição de direito fundamental, como se infere de seu artigo 6º, logo no início do texto constitucional, revelando, por si só, um determinado destaque e até mesmo hierarquia axiológica, pois "Sob o aspecto formal, não é indiferente o arranjo sistemático das normas constitucionais. Ele revela, só por si, uma hierarquia de princípios, que ilumina o sentido de suas disposições particulares" (Comparato, 1986, p. 17). A frequência significativamente superior do vocábulo 'saúde' na Constituição de 1988, que aparece 102 vezes no texto constitucional vigente, em comparação com as constituições anteriores, constitui indício formal do novo lugar normativo atribuído ao tema.

A Constituição de 1824 utilizava a palavra uma vez; a Constituição de 1891 não a empregava; a Constituição de 1934 a mencionava uma vez; a de 1937, três vezes; a de 1946, duas vezes; a de 1967, duas vezes; e a Emenda Constitucional nº 1/1969, quatro vezes. Esse contraste evidencia que apenas em 1988 a saúde passou a ocupar posição sistemática, textual e axiológica compatível com a condição de direito fundamental social. A par de seu caráter de direito fundamental a Constituição de 1988 trata a saúde pública como dever do Estado no artigo 196, criando o Sistema Único de Saúde e estabelecendo regras constitucionais para efetivação do direito fundamental à saúde. A esse desenho constitucional agregam-se normas infraconstitucionais de regulamentação, especialmente a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Brasil, 1990a), que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como sobre a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (Brasil, 1990b), que disciplina a participação da comunidade na gestão do SUS e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

A Constituição de 1988 admite a exploração privada dos serviços de assistência à saúde, mas submete as ações e serviços de saúde à regulamentação, fiscalização e controle do Poder Público, especialmente nos termos dos arts. 197 e 199. No plano infraconstitucional, a Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, criou a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e estruturou o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, conferindo suporte institucional às funções de regulação, fiscalização, controle e normatização de atividades sujeitas a risco sanitário.

A constitucionalização da saúde em 1988 não resultou de ato normativo isolado, mas de um processo político e social amadurecido no movimento da Reforma Sanitária Brasileira. Nesse percurso, a 8ª Conferência Nacional de Saúde exerceu papel decisivo ao consolidar um corpo doutrinário e proposições políticas que tinham entre seus elementos centrais a ampliação do conceito de saúde, o "reconhecimento da Saúde como direito de todos e dever do Estado", a criação do Sistema Único de Saúde, a participação popular e a constituição de bases de financiamento social (Paim, 2008, p. 125). Com isso, a Constituição de 1988 passou a incorporar, no plano jurídico-normativo, diretrizes que já

haviam sido formuladas no campo político-sanitário, convertendo demandas sociais em deveres constitucionais de organização, prestação, regulação e controle. A constitucionalização da saúde como direito fundamental social reforça a passagem da saúde do plano assistencial ou meramente administrativo para o campo dos deveres jurídicos do Estado.

Como observa Dallari, "a reivindicação da saúde como direito tem levado o Estado a assumir responsabilidades crescentes" (Dallari, 1988, p. 327), especialmente quanto à promoção, proteção e recuperação da saúde da população.

O Brasil aderiu à Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, que reconheceu a saúde e o bem-estar como componentes de um padrão de vida adequado. O país também é signatário de instrumentos internacionais relevantes, entre os quais sua adesão à Organização Mundial de Saúde e à Organização Pan-Americana de Saúde, tendo firmado o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, ratificado e vigente no país por força do Decreto nº 591 de 1992 (Brasil, 1992a), o Pacto de São José da Costa Rica (Convenção Americana sobre Direitos Humanos), vigente no Brasil por força do Decreto nº 678, de 6 de novembro de 1992 (Brasil, 1992b) e, em especial, para o direito à saúde o Protocolo de San Salvador, promulgado no Brasil pelo Decreto nº 3.321/1999 (Brasil, 1999b), além de uma série de outros acordos e protocolos, incorporando regulamentos internacionais sanitários, que uma vez ratificados pelo Brasil reforçam a proteção jurídica da saúde, devendo ser interpretados em conformidade com o art. 5º, §§ 2º e 3º, da Constituição. Aqueles aprovados pelo rito qualificado do § 3º possuem equivalência constitucional; os demais, conforme orientação do Supremo Tribunal Federal, ostentam posição supralegal, servindo como parâmetro relevante de interpretação e controle da legislação infraconstitucional.

O direito fundamental à saúde caracteriza-se por sua universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação democrática, abrangendo a todos os residentes no Brasil, constituindo-se como um dever do Estado brasileiro, impondo a efetivação de políticas sociais e econômicas capazes de reduzir a incidência de enfermidades, tendo por objetivo reduzir os riscos sanitários em geral e garantir o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde pública. Para a efetividade do direito fundamental à saúde são necessárias medidas ativas do Estado com a instituição de normatização tecnicamente adequada com observância, sempre que necessário, das diretrizes propostas pela OMS.

Porém mais do que o estabelecimento de mecanismos repressivos ou sancionatórios posteriores à ocorrência da irregularidade, com a aplicação de medidas administrativas punitivas, a eficácia material do direito fundamental à saúde exige instrumentos preventivos e inibitórios voltados à antecipação e mitigação dos riscos, impondo exigências técnicas capazes de afastá-los ou, ao menos, mitigá-los nos empreendimentos em que identificados. Nesse contexto, a vigilância sanitária não atua apenas na fiscalização, mas também por meio da exigência de apresentação prévia de projetos para

atividades capazes de gerar risco sanitário, para que possam ser analisados tecnicamente segundo suas características próprias.

A reconstrução histórica da saúde pública no Brasil não possui, neste estudo, finalidade meramente descritiva. Sua função é demonstrar como as antigas práticas de polícia sanitária, voltadas à limpeza urbana, ao controle de alimentos, à remoção de focos insalubres e à contenção de epidemias, foram progressivamente incorporadas por um modelo jurídico mais complexo, que culminou na Constituição de 1988 com a positivação da saúde como direito fundamental e com a atribuição de função preventiva às ações estatais de vigilância sanitária. A relevância pública das ações e serviços de saúde, expressamente reconhecida pela Constituição, impede que a atividade econômica desenvolvida nesse setor seja compreendida como espaço de liberdade privada absoluta. Ainda quando prestados por particulares, os serviços sujeitos a risco sanitário permanecem submetidos à regulamentação, fiscalização e controle do Poder Público, de modo que a livre iniciativa deve ser exercida em conformidade com a proteção da saúde, com a segurança dos usuários, com a prevenção de danos coletivos e com os critérios técnicos fixados pela autoridade sanitária competente.

A dimensão coletiva da proteção sanitária justifica a submissão das atividades de saúde e de interesse à saúde à regulamentação, fiscalização e controle do Poder Público. A Constituição da República confere fundamento direto a essa intervenção ao qualificar as ações e serviços de saúde como de relevância pública, cabendo ao Estado dispor sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, ainda quando executados por pessoas físicas ou jurídicas de direito privado. Também atribui ao Sistema Único de Saúde a execução das ações de vigilância sanitária e epidemiológica, evidenciando que a tutela constitucional da saúde ultrapassa a prestação individual de serviços e alcança a prevenção de riscos coletivos.

Nesse sentido, Dallari afirma que "a saúde 'pública' tem um caráter coletivo" (Dallari, 1988, p. 330), compreensão que se harmoniza com a Lei nº 8.080/1990, ao definir a Vigilância Sanitária como conjunto de ações voltadas a eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e a intervir em problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde. Assim, a atuação estatal não se limita à assistência posterior ao dano, mas abrange a disciplina preventiva de atividades econômicas sensíveis, a definição de comportamentos sanitariamente relevantes.

Essa lógica preventiva explica por que normas técnico-sanitárias, como a RDC Anvisa nº 50/2002, não devem ser compreendidas como simples exigências formais, mas como instrumentos de planejamento, programação, elaboração, avaliação e aprovação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, voltados à conformação do espaço, dos fluxos e da infraestrutura à proteção sanitária.

4 O PROJETO DE ATIVIDADES REPRESENTATIVAS DE RISCO SANITÁRIO COMO ESTRUTURA CONCRETIZADORA DO DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE

A análise prévia de projetos sujeitos à Vigilância Sanitária encontra fundamento constitucional direto nos arts. 196, 197 e 200 da Constituição da República. O art. 196 vincula a garantia da saúde à formulação de políticas sociais e econômicas destinadas à redução do risco de doença e de outros agravos; o art. 197 qualifica as ações e serviços de saúde como de relevância pública, submetendo-os à regulamentação, fiscalização e controle do Poder Público; e o art. 200 atribui ao Sistema Único de Saúde a execução das ações de vigilância sanitária e epidemiológica. Desse modo, a aprovação técnica de projetos físicos, arquitetônicos, operacionais e organizacionais atua antes da instalação do dano, deslocando a tutela do direito à saúde do plano meramente reparatório ou sancionatório para o campo preventivo, no qual a Administração Pública exerce função constitucionalmente vinculada à proteção da vida, da integridade física e da segurança sanitária da coletividade.

A exigência de projeto técnico não deve ser compreendida como formalidade burocrática ou obstáculo abstrato ao exercício da atividade econômica. Trata-se de instrumento de ordenação administrativa destinado a compatibilizar a livre iniciativa com a proteção da saúde pública, mediante a verificação prévia das condições físicas, funcionais, operacionais e sanitárias do empreendimento. A atividade privada, quando relacionada à prestação de serviços de saúde ou a atividades sujeitas a risco sanitário, permanece juridicamente protegida, mas deve ser exercida em conformidade com parâmetros técnicos definidos pelo ordenamento jurídico e pela autoridade sanitária competente.

Nesse contexto, o projeto funciona como documento técnico-jurídico de mediação entre a iniciativa do empreendedor, a racionalidade administrativa da Vigilância Sanitária e a proteção constitucional da saúde. Nos termos da RDC Anvisa nº 50/2002 e da RDC Anvisa nº 51/2011, a análise de projetos físicos de estabelecimentos de saúde não se limita à verificação formal de plantas arquitetônicas, mas envolve a avaliação da compatibilidade entre atividade pretendida, localização, estrutura física, fluxos operacionais, infraestrutura, acessibilidade, segurança do paciente, prevenção de infecções, gerenciamento de resíduos e riscos sanitários previsíveis. Por meio dessa análise, a Administração qualifica a decisão de licenciamento, exige coerência entre espaço e finalidade assistencial, favorece a motivação técnica do ato administrativo e reduz o espaço de improvisação, subjetivismo ou correção tardia de inconformidades já materializadas.

As atividades sujeitas a controle sanitário desenvolvem-se em ambientes físicos e organizacionais que condicionam diretamente a segurança dos usuários, trabalhadores e terceiros expostos. Por isso, a elaboração do projeto não pode ser compreendida apenas como etapa interna de organização empresarial, mas como instrumento de compatibilização entre atividade econômica, parâmetros técnicos e proteção da saúde coletiva. O projeto traduz, em linguagem técnica verificável, a forma pela qual a atividade pretende funcionar, permitindo à autoridade sanitária avaliar previamente

se a estrutura proposta é adequada ao risco envolvido. A formação do projeto exige a articulação entre conhecimento técnico, finalidade assistencial, fluxo operacional, localização, estrutura física, infraestrutura disponível e regime jurídico-sanitário aplicável. Em estabelecimentos assistenciais de saúde, essa articulação assume especial relevância porque a inadequação do espaço, dos materiais, dos acessos, da ventilação, dos resíduos, dos equipamentos ou dos fluxos pode produzir riscos que não se limitam ao empreendedor, alcançando usuários, trabalhadores e a coletividade. A análise prévia pela Vigilância Sanitária, portanto, não se limita a verificar a existência formal de documentos, mas examina a coerência técnico-funcional entre atividade pretendida, ambiente físico e prevenção de agravos.

Atividades econômicas são constituídas por múltiplos processos interligados e geridos em um sentido de fomento dos negócios em conexão à agregação de valor no ambiente competitivo em que se engendram produtos e serviços. A priorização de determinado modelo de gestão incorpora pretensões de eficiência em qualquer ambiente produtivo, que se materializa por meio de esforços direcionados à melhora de processos e procedimentos empresariais sempre no sentido do melhor desempenho possível (Sordi, 2018), sem o afastamento das condições legais de funcionamento, por imperativo normativo e ético exigível segundo o negócio desenvolvido.

Qualquer modelo de gestão utiliza ferramentas e métodos específicos para planejar, executar e documentar os procedimentos necessários ao funcionamento do empreendimento. Nas atividades sujeitas a controle sanitário, porém, a eficiência empresarial deve ser examinada em conjunto com a legalidade sanitária, a segurança dos usuários, a adequação dos fluxos e a prevenção de riscos. Por essa razão, empreendimentos relacionados à saúde ou a serviços de interesse sanitário dependem de autorizações, licenças e controles administrativos proporcionais ao risco que podem gerar.

A análise de projetos deve ser compreendida à luz da sociedade de risco, em que a atividade humana, a complexidade tecnológica, a circulação de bens e serviços e a intensificação das relações produtivas ampliam a possibilidade de danos difusos, coletivos e de difícil reversão.

Nessa perspectiva, o risco não se limita a um dano atual ou imediatamente perceptível, mas envolve a antecipação racional de eventos futuros indesejados, cuja prevenção exige planejamento, padronização técnica, avaliação de cenários e controle administrativo proporcional (Beck, 2011). No campo sanitário, essa lógica assume densidade própria, pois a inadequação de fluxos, ambientes, equipamentos, resíduos, ventilação, acessibilidade ou procedimentos pode converter o empreendimento em fator de exposição coletiva a agravos evitáveis. Em busca da mitigação do risco de contingências indesejadas a regulamentação, fiscalização e licenciamento de empreendimentos passa por uma análise, antes de tudo, de legitimidade dos órgãos responsáveis, condição indispensável para validação do poder, ao menos desde o iluminismo vitorioso na Revolução Francesa. Trata-se de predicado do poder que busca fundamento nas competências legalmente atribuídas aos órgãos

administrativos, segundo o modelo proposto pela Constituição de 1988, com respeito aos limites estabelecidos pelos direitos fundamentais a estabelecer um sentido para todo o texto constitucional.

Os instrumentos técnicos de mitigação dos riscos implicam a gestão adequada das ameaças, representando a observância do interesse público e o atendimento ao princípio da eficiência, tão caro à administração pública. O gerenciamento dos riscos se vincula plenamente à compreensão técnica do espectro de ameaças, para que sejam adotados os critérios necessários à sua superação, sem que se olvide do conjunto de princípios e valores consagrados no texto constitucional de onde emanam as competências de ação da administração pública vinculada à proporcionalidade e ponderação dos direitos envolvidos, em uma escolha que atesta a legitimidade da atividade estatal.

No contexto do risco sanitário, ferramentas como o Modelo de Avaliação de Risco Potencial (MARP) e os Roteiros Objetivos de Inspeção (ROI) contribuem para conferir maior objetividade, padronização e comparabilidade às ações de inspeção e fiscalização sanitária. Embora não substituam a análise prévia de projetos físicos disciplinada pela RDC Anvisa nº 50/2002, esses instrumentos dialogam com a mesma racionalidade preventiva, pois traduzem riscos sanitários em critérios verificáveis de avaliação.

A Lei nº 8.080/1990 fornece a mediação infraconstitucional indispensável entre o comando constitucional de proteção da saúde e a prática administrativa da Vigilância Sanitária. Ao defini-la como conjunto de ações voltadas a eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e a intervir em problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, o legislador conferiu densidade normativa à dimensão preventiva do direito fundamental à saúde (Brasil, 1990a).

Essa definição revela que a atuação sanitária não se restringe à repressão de ilícitos já consumados, nem se limita à aplicação posterior de sanções administrativas. Ao contrário, compreende função prospectiva de identificação, avaliação e controle de riscos, permitindo que a Administração Pública discipline previamente atividades, espaços, produtos, serviços e processos capazes de afetar a saúde individual e coletiva. Nesse sentido, a Vigilância Sanitária atua como instância de concretização administrativa da Constituição, pois transforma o dever estatal de reduzir riscos e agravos em parâmetros técnicos verificáveis, aptos a orientar o licenciamento, a fiscalização, a análise de projetos e a conformação das atividades econômicas à proteção sanitária. No plano institucional, a Lei nº 9.782/1999 define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e atribui à Anvisa papel central na regulação, normatização, coordenação, controle e fiscalização em matéria sanitária. Com isso, o dever constitucional de proteção da saúde ganha estrutura administrativa própria, articulada em rede federativa e orientada à prevenção e gestão de riscos (Brasil, 1999a).

Nessa mesma racionalidade, instrumentos como o Modelo de Avaliação de Risco Potencial (MARP) e os Roteiros Objetivos de Inspeção (ROI) reforçam a padronização, a objetividade e a

harmonização das ações de inspeção e fiscalização no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil, 2025). Embora não substituam a análise prévia de projetos físicos, esses instrumentos dialogam com ela ao converter riscos sanitários em critérios técnicos verificáveis, favorecendo decisões administrativas mais motivadas, proporcionais e previsíveis.

A análise do projeto deve dialogar, ainda, com normas complementares de funcionamento e gestão sanitária. A RDC nº 63/2011 estabelece requisitos de boas práticas para funcionamento dos serviços de saúde; a RDC nº 36/2013 disciplina ações voltadas à segurança do paciente; e a RDC nº 222/2018 regulamenta as boas práticas de gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde. Esse conjunto normativo revela que a avaliação sanitária não se limita à conformidade estática da planta física, exigindo leitura integrada entre estrutura, processo, fluxo, risco, segurança, resíduos e finalidade assistencial.

A RDC Anvisa nº 50/2002 constitui o eixo normativo específico para o planejamento, a programação, a elaboração, a avaliação e a aprovação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Sua importância está em transformar exigências sanitárias abstratas em parâmetros técnico-funcionais aplicáveis ao espaço físico, aos fluxos operacionais, à distribuição de ambientes, à infraestrutura e à compatibilidade entre atividade, risco e localização. Por isso, a aprovação do projeto não se resume a controle arquitetônico, mas representa etapa de concretização administrativa do direito fundamental à saúde.

Entre as não conformidades capazes de comprometer a aprovação técnica dos projetos, destacam-se a inadequação da localização, falhas de implantação, ausência ou insuficiência de acessibilidade, desorganização espacial dos ambientes, condições inadequadas de ventilação e iluminação, subdimensionamento ou superdimensionamento de áreas, incompatibilidade dos materiais de acabamento com as exigências sanitárias e deficiência na previsão dos fluxos necessários ao funcionamento seguro da atividade (Soldate; Oliveira, 2022, p. 96-105). Esses elementos demonstram que a análise sanitária do projeto não se limita à conferência formal de plantas, memoriais ou documentos, mas envolve a verificação da coerência técnico-funcional entre espaço, atividade, risco e operação. Impõe-se, portanto, que sua elaboração seja conduzida por profissionais tecnicamente habilitados, em diálogo com os responsáveis técnicos e operacionais do serviço, a fim de compatibilizar arquitetura, engenharia, fluxos assistenciais ou produtivos e legislação sanitária aplicável.

Diante disso, a formação e a análise de projetos sujeitos à Vigilância Sanitária devem ser compreendidas como instrumentos de concretização institucional do direito fundamental à saúde. Ao antecipar riscos, ordenar espaços, disciplinar fluxos, exigir conformidade técnica e condicionar a atividade econômica à segurança sanitária, o projeto transforma a força normativa da Constituição em prática administrativa verificável. Nessa perspectiva, a atuação da Vigilância Sanitária participa da

construção positiva de ambientes seguros, funcionais e compatíveis com a dignidade da pessoa humana, com a proteção da coletividade e com a livre iniciativa constitucionalmente conformada. A concretização do direito fundamental à saúde, vinculada à dignidade da pessoa humana, à proteção da coletividade e aos valores sociais do trabalho e da livre iniciativa, exige que a atuação sanitária não se limite à repressão posterior de irregularidades. A análise prévia de projetos permite que a Administração antecipe riscos, qualifique a decisão de licenciamento, reduza assimetrias técnicas e condicione o exercício de atividades sensíveis à conformidade com parâmetros legais, técnicos e proporcionais.

5 CONCLUSÕES

A consagração do direito à saúde como direito fundamental social exige mais do que sua previsão formal no texto constitucional. Como demonstrado ao longo do estudo, a força normativa da Constituição impõe ao Estado deveres de proteção, organização, regulação, fiscalização e controle, especialmente quando estiverem em causa bens jurídicos essenciais, como a vida, a integridade física, a dignidade da pessoa humana e a segurança sanitária de toda a coletividade.

A reconstrução histórica da saúde pública no Brasil revela que a proteção sanitária não surgiu como sistema jurídico acabado, mas como processo gradual de institucionalização. Práticas assistenciais, medidas de polícia sanitária, ações de higiene urbana, campanhas profiláticas, centralização administrativa e formação de estruturas públicas de saúde antecederam a positivação da saúde como direito fundamental na Constituição. Esse percurso permite compreender que a Vigilância Sanitária não constitui exigência burocrática isolada, mas desdobramento técnico de uma longa evolução normativa orientada à prevenção de riscos e à proteção da coletividade.

No modelo constitucional vigente, a saúde é direito de todos e dever do Estado, cabendo ao Poder Público formular políticas sociais e econômicas destinadas à redução do risco de doença e de outros agravos. Além disso, as ações e serviços de saúde são de relevância pública, ainda quando executados por particulares, submetendo-se à regulamentação, fiscalização e controle estatal.

A competência do Sistema Único de Saúde para executar ações de vigilância sanitária confirma que a proteção da saúde não se limita à prestação assistencial posterior ao dano, abrangendo também instrumentos preventivos de ordenação, controle e gestão de riscos. Nesse contexto, a análise prévia de projetos sujeitos à Vigilância Sanitária deve ser compreendida como instrumento jurídico-administrativo de concretização do direito fundamental à saúde. Ao examinar localização, estrutura física, fluxos operacionais, acessibilidade, ventilação, disposição de equipamentos, gerenciamento de resíduos, segurança do paciente, controle de infecções e compatibilidade entre a atividade pretendida e o ambiente em que será exercida, a Administração Pública antecipa riscos e reduz a possibilidade de que o empreendimento se converta em fator de exposição coletiva a agravos evitáveis. A exigência de

projetos técnicos, portanto, não representa obstáculo ilegítimo à livre iniciativa. Ao contrário, constitui forma constitucionalmente adequada de compatibilizar atividade econômica, segurança sanitária e interesse público.

A iniciativa privada permanece juridicamente protegida, mas, quando relacionada à prestação de serviços de saúde ou ao desenvolvimento de atividades sujeitas a risco sanitário, deve ser exercida em conformidade com parâmetros técnicos, legais e regulatórios definidos pelo ordenamento jurídico e pela autoridade sanitária competente. A Lei nº 8.080/1990, ao conceituar a Vigilância Sanitária como conjunto de ações voltadas a eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde, fornece a mediação infraconstitucional entre o comando constitucional e a prática administrativa.

A Lei nº 9.782/1999, por sua vez, estrutura o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e atribui à Anvisa papel central de regulação, normatização, controle e fiscalização. No plano técnico, a RDC Anvisa nº 50/2002 assume especial relevância ao disciplinar o planejamento, a elaboração, a avaliação e a aprovação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, articulando-se a normas complementares de boas práticas, segurança do paciente e gerenciamento de resíduos.

A análise de projetos revela-se, assim, uma forma de racionalização da decisão administrativa. Quando fundada em critérios objetivos, motivação técnica, proporcionalidade, legalidade sanitária e avaliação adequada do risco, ela contribui para reduzir subjetivismos, evitar correções tardias, qualificar espaços, ordenar fluxos e conferir previsibilidade à atuação estatal. A Vigilância Sanitária, nesse cenário, não atua apenas como instância repressiva ou sancionatória, mas como mecanismo institucional de prevenção, planejamento e conformação técnica da realidade social aos valores constitucionais.

Conclui-se, portanto, que a formação, a estruturação e a análise técnica de projetos de gestão de empreendimentos sujeitos a risco sanitário constituem instrumentos relevantes de concretização institucional do direito fundamental à saúde. Ao antecipar riscos e condicionar o funcionamento de atividades sanitariamente sensíveis à conformidade técnica, a análise de projetos pela Vigilância Sanitária contribui para transformar a Constituição em prática administrativa verificável, socialmente perceptível e orientada à proteção da vida, da dignidade humana, da coletividade e da livre iniciativa constitucionalmente conformada.

REFERÊNCIAS

ABREU, Jean Luiz Neves; NOGUEIRA, André; KURY, Lorelai. Na saúde e na doença enfermidades, saberes e práticas de cura nas medicinas do Brasil colonial (Séculos XVI-XVIII). In TEIXEIRA, Luiz Antônio; PIMENTA, Tânia Salgado; HOCHMAN, Gilberto (orgs.). História da saúde no Brasil. São Paulo: Hucitec, 2018.

ABREU, Martha. Por uma história do Divino. O império do divino: festas religiosas e cultura popular no Rio de Janeiro, 1830 – 1900. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

ARENDT, Hannah. A condição humana. Tradução de Roberto Raposo. 10. ed. São Paulo: Forense Universitária, 2001.

BECK, Ulrich. Sociedade de risco: rumo a uma outra modernidade. Tradução de Sebastião Nascimento. São Paulo: Editora 34, 2011.

BELLUZZO, Luiz G. de Mello. O declínio de Bretton Woods e a emergência dos mercados globalizados. Economia e Sociedade, Campinas: UNICAMP, n. 4, p. 11-20, jun. 1995.

BERTOLLI FILHO, Cláudio. História da saúde pública no Brasil. São Paulo: Ática, 2011.

BOBBIO, Norberto. Teoria da norma jurídica. Tradução de Fernando Pavan Baptista e Ariani Bueno Sudatti. 3. ed. São Paulo: Edipro, 2005.

BRASIL. Lei de 1º de outubro de 1828. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lim/lim-1-10-1828.htm. Acesso em: 30 mar. 2025.

BRASIL. Decreto nº 464, de 17 de agosto de 1846. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-464-17-agosto-1846-560509-publicacaooriginal-83551-pe.html. Acesso em: 31 mar. 2025.

BRASIL. Decreto nº 598, de 14 de setembro de 1850. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-598-14-setembro-1850-559839-publicacaooriginal-82251-pl.html#:~:text=Concede%20ao%20Ministerio%20do%20Imperio,de%20outras%20Povoa%C3%A7%C3%B5es%20do%20Imp%C3%A9rio. Acesso em: 31 mar. 2025.

BRASIL. Constituição Política do Império do Brazil, de 25 de março de 1824. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao24.htm. Acesso em: 6 abr. 2025.

BRASIL. Constituição da república dos estados unidos do Brasil, de 24 de fevereiro de 1891. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao91.htm. Acesso em: 28 mar. 2025.

BRASIL. Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil de 16 de julho de 1934. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao34.htm. Acesso em: 31 mar. 2025.

BRASIL. Constituição dos Estados Unidos do Brasil, de 10 de novembro de 1937. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao37.htm. Acesso em: 1 abr. 2025.

BRASIL. Constituição dos Estados Unidos do Brasil, de 18 de setembro de 1946. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao46.htm. Acesso em: 2 abr. 2025.

BRASIL. Lei nº 1.920, de 25 de julho de 1953. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/l1920.htm#:~:text=LEI%20No%201.920%2C%20DE%2025%20DE%20JULHO%20DE%201953.&text=Cria%20o%20Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde,Art. Acesso em: 2 abr. 2025.

BRASIL. Lei nº 2.743, de 6 de março de 1956. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1950-1959/lei-2743-6-marco-1956-355164-normaatualizada-pl.html. Acesso em: 2 abr. 2025.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 24 de janeiro de 1967. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao67.htm. Acesso em: 5 abr. 2025.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 1, de 17 de outubro de 1969. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Constituicao67EMC69.htm. Acesso em: 5 abr. 2025.

BRASIL. Decreto nº 79.056, de 30 de dezembro de 1976. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-79056-30-dezembro-1976-428077-publicacaooriginal-1-pe.html. Acesso em: 2 abr. 2025.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 5 de outubro de 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 2 abr. 2025.

BRASIL. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 6 abr. 2025.

BRASIL. Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm#:~:text=L8142&text=LEI%20N%C2%BA%208.142%2C%20DE%2028%20DE%20DEZEMBRO%20DE%201990.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20participa%C3%A7%C3%A3o%20da,sa%C3%BAde%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAncias. Acesso em: 6 abr. 2025.

BRASIL. Decreto nº 591, de 6 de julho de 1992. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0591.htm. Acesso em: 6 abr. 2025.

BRASIL. Decreto nº 678, de 6 de novembro de 1992. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d0678.htm. Acesso em: 6 abr. 2025.

BRASIL. Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9782.htm. Acesso em: 6 abr. 2025.

BRASIL. Decreto nº 3.321, de 30 de dezembro de 1999. Promulga o Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos em matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, “Protocolo de São Salvador”. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3321.htm. Acesso em: 6 abr. 2025.

BRASIL. Resolução-RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/rdc0050_21_02_2002.html. Acesso em: 6 abr. 2025.

BRASIL. Resolução-RDC nº 63, de 25 de novembro de 2011. Disponível https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/resolucao-no-63-de-25-de-novembro-de-2011/ Acesso em 28 de julho de 2026.

BRASIL. Resolução-RDC nº 36 de 25 de julho de 2013. Disponível em: https://anvisalegis.datalegis.net/action/ActionDatalegis.php?acao=abrirTextoAto&tipo=RDC&numeroAto=00000036&seqAto=000&valorAno=2013&orgao=RDC/DC/ANVISA/MS&codTipo=&desItem=&desItemFim=&cod_menu=1696&cod_modulo=134&pesquisa=true. Acesso em 28 de julho de 2026.

BRASIL. Resolução-RDC nº. 222, de 28 de março de 2018. Disponível em https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/rdc-222-de-marco-de-2018-comentada.pdf. Acesso em 26 de julho de 2026.

BRASIL. Lei nº 13.874, de 20 de setembro de 2019. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13874.htm#art1. Acesso em: 6 abr. 2025.

BRASIL. Instituto Evandro Chagas – IEC. 2022. Disponível em: https://www.gov.br/iec/pt-br/acesso-a-informacao/institucional-1/apresentacao. Acesso em: 31 mar. 2025.

BRASIL. Harmonização de Roteiros Objetivos de Inspeção (ROI). 2025. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/projeto-de-melhoria-do-processo-de-inspecao-sanitaria-em-servicos-de-saude-e-de-interesse-para-a-saude/harmonizacao-de-roteiros-objetivos-de-inspecao-roi. Acesso em: 6 abr. 2025.

CLÈVE, Clèmerson Merlin. A fiscalização abstrata da constitucionalidade no direito brasileiro. 2. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2000.

COMPARATO, Fábio Konder. Muda Brasil. Uma constituição para o desenvolvimento democrático. São Paulo: Brasiliense, 1986.

COMPARATO, Fábio Konder. A afirmação histórica dos direitos humanos. 10. ed. São Paulo: Saraiva, 2015.

COSTA, Jurandir Freire. Ordem médica e norma familiar. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

DALLARI, Sueli Gandolfi. Uma nova disciplina: o direito sanitário. Revista de Saúde Pública, 1988, v. 22, n. 4, p. 327-334. Disponível em https://revistas.usp.br/rsp/pt_BR/article/view/23512/25549. Acesso em 25 de julho de 2026.

DALLARI, Sueli Gandolfi. O direito à saúde. Revista de Saúde Pública, 1988, v. 22, n. 1, p. 57-63. Disponível em https://revistas.usp.br/rsp/pt_BR/article/view/23471/25508. Acesso em 25 de julho de 2026.

DALLARI, Sueli Gandolfi. A construção do direito à saúde no Brasil. Revista De Direito Sanitário, v.9, n 3, p. 9-34. Disponível em https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v9i3p9-34. Acesso em 25 de julho de 2026.

DAVID, René. O direito inglês. Tradução de Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

DINIZ, Maria Helena. Conceito de norma jurídica como problema de essência. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 1996.

ESCOREL, Sarah; TEIXEIRA, Luiz Antonio. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho de; CARVALHO, Antonio Ivo de (org.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 279-321.

FACHIN, Luiz Edson. Estatuto jurídico do patrimônio mínimo. 2. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2006.

FRANCO, Afonso Arinos de Melo. Estudos de direito constitucional. Rio de Janeiro: Forense, 1957.

HESSE, Konrad. A força normativa da constituição. Tradução de Gilmar Ferreira Mendes. Porto Alegre: Sérgio Antonio Fabris, 1991.

HOCHMAN, Gilberto. A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2012.

HOBSBAWM, Eric J. Era dos extremos: o breve século XX: 1914-1991. Tradução de Marcos Santarrita. 2. ed. 26. reimpr. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

HOLANDA, Sérgio Buarque. Raízes do Brasil. 26. ed. 14. reimpr. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

MAGALHÃES, RCS. A "Era Soper de erradicação" e o apogeu da campanha continental para a erradicação do Aedes aegypti. *In*: A erradicação do Aedes aegypti: febre amarela, Fred Soper e saúde pública nas Américas (1918-1968) [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2016. História e Saúde collection, pp. 223-269. Disponível em: https://books.scielo.org/id/sv74c/pdf/magalhaes-9788575414798-09.pdf. Acesso em 28 de julho de 2026.

MARSHALL, T. H. Cidadania, classe social e status. Introdução de Phillip C. Schmitter. Tradução de Meton Porto Gadelha. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1967.

MORAES, Alexandre de. Direito constitucional. 34. ed. São Paulo: Atlas, 2018.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Declaração universal dos direitos humanos, de 10 de dezembro 1948. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos. Acesso em: 25 mar. 2025.

OTERO, Paulo. Fragmentação da Constituição Formal. *In*: MARTINS, Ives Gandra da Silva; CAMPOS, Diogo Leite de. (coord.) O direito contemporâneo em Portugal e no Brasil. São Paulo: Saraiva, 2004.

PAIM, Jairnilson Silva. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PEREIRA, Ruitemberg Nunes. O princípio do devido processo legal substantivo. Rio de Janeiro: Renovar, 2005.

PIMENTA, Tânia Salgado; BARBOSA, Keith; KODAMA, Kaori. Varíola e vacina na província do Rio de Janeiro. In: FRANCO, Sebastião Pimentel; PIMENTA, Tânia Salgado; MOTA, André (org.). No rastro das províncias: as epidemias no Brasil oitocentista. Vitória: EDUFES, 2019.

PIRAGIBE, Alfredo. Noticia historica da legislação sanitaria do imperio do Brazil, desde 1822 a 1878. Rio de Janeiro: Typographia Universal de E & H Laemmert, 1880.

POLETTI, Ronaldo. *Constituições brasileiras, vol. III*: 1934. 3. ed. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de edições Técnicas, 2012.

PORTO, Walter Costa. Constituições brasileiras: 1937. 3. ed. Brasília: Senado Federal, 2012.

ROCHA, Bárbara Souza. OLIVEIRA, Michele Dias da Silva. MENDONÇA, Katiane Martins. MAMED, Samira Nascimento. ROCHA, Suiany Dias. PAGOTTO, Valéria. Saúde: conceitos, história e sua organização no Brasil [s. d.]. Disponível em: https://publica.ciar.ufg.br/ebooks/saneamento-e-saude-ambiental/modulos/4_modulo_saude/01.html. Acesso em: 30 mar. 2025.

ROTHENBURG, Walter Claudius. Direitos sociais são direitos fundamentais: simples assim. Salvador: Juspodivm, 2021.

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE PASSOS. A História Das Santas Casas, 2016. Disponível em: https://www.scmp.org.br/materia/61/a-historia-das-santas-casas. Acesso em: 31 mar. 2025.

SARLET, Ingo Wolfgang. MARINONI, Luiz Guilherme. MITIDIERO, Daniel. Curso de direito constitucional. 7. ed. São Paulo: Saraiva, 2018.

SARLET, Ingo Wolfgang. A eficácia dos direitos fundamentais: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional. 11. ed. rev. atual. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2012.

SILVA, Renato da; PAIVA, Carlos Henrique Assunção. O governo JK e o Grupo de Trabalho de Controle e Erradicação da Malária no Brasil: encontros e desencontros nas agendas brasileira e internacional de saúde, 1958-1961. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 95-114, jan./mar. 2015.
SÓFOCLES. A trilogia tebana: Édipo Rei, Édipo em Colono, Antígona. Tradução de Mário da Gama Kury. 15. reimpr. Rio de Janeiro: Zahar, 2011.

SOLDATE, Márcia Pereira; OLIVEIRA, Ana Maria Caldeira. A importância da Vigilância Sanitária na avaliação de projetos arquitetônicos dos estabelecimentos sujeitos ao controle sanitário. Vigil Sanit Debate, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 96-105, ago. 2022. Disponível em: https://doi.org/10.22239/2317-269X.02052. Acesso em: 6 abr. 2025.

SORDI, José Osvaldo de. Gestão por processos: uma boa abordagem da moderna administração. 5. ed. São Paulo: Saraiva, 2018.

SANGLARD, Gisele; FERREIRA, Luiz Otávio; FREIRE, Maria Martha de Luna; BARRETO, Maria Renilda Nery; PIMENTA, Tânia Salgado. Filantropía, asistencia y epidemias en Brasil. *In* Dynamis, Granada, v. 31, n. 1, p. 13-20, jan./jun. 2011. Disponível em: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-95362011000100001&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 16 jul. 2026.

TELLES JÚNIOR, Goffredo. Direito quântico: ensaio sobre o fundamento da ordem jurídica. 7. ed. São Paulo: Juarez de Oliveira, 2003.

WILSON, Edmund. Rumo à estação Finlândia. Tradução de Paulo Henriques Britto. São Paulo: Círculo do Livro, 1987.

ZAGREBELSKY, Gustavo. El derecho dúctil: ley, derechos, justicia. Traducción de Marina Gascón. 11ª ed. Madrid: Trotta, 2016.