

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL: UMA AVALIAÇÃO

SORAYA VARGAS CORTES

*Professora do Departamento e Programa de Pós-Graduação
em Sociologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul
(UFRGS) e pesquisadora do CNPq.*

INTRODUÇÃO

Os princípios norteadores da organização do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, criado em 1988, expressavam os ideais de uma *policy community* reformista, o “movimento sanitário”, que aproveitou a janela de oportunidades aberta pelos processos de transição para a democracia para tentar viabilizar sua proposta de transformação do sistema de saúde brasileiro. A *community* formada por atores no interior de redes existentes nessa área específica de política pública (HECLO, 1978), compartilhava crenças, valores e uma determinada visão sobre quais deviam ser os resultados da política (RHODES, 1986). Ela defendia a garantia do direito cidadão à saúde, a ser assegurado pelo Estado brasileiro, por meio de um sistema único, descentralizado, hierarquizado, que oferecesse cuidados integrais de saúde e que tivesse a participação de usuários em sua gestão. Para isso, o projeto reformista propunha: 1) a unificação dos subsetores públicos de atenção à saúde – previdenciária e de saúde pública; 2) a garantia de acesso universal a serviços de saúde de todos os níveis de complexidade; 3) a ampliação da provisão pública de cuidados; 4) o fortalecimento do controle estatal sobre a oferta de serviços públicos e privados; 5) a descentralização da gestão do nível federal para os subnacionais de governo; e 6) a criação de mecanismos e fóruns de participação de usuários no processo decisório setorial.

180

O capítulo desenvolve o argumento de que o projeto reformista teve sucesso em alguns dos objetivos a que se propunha, mas que não teve êxito em implantar um sistema de saúde único. Realizou os objetivos de unificação dos subsetores públicos de atenção à saúde, de descentralização da gestão, de propiciar a participação de usuários no processo decisório setorial, o que pode ser explicado, ao menos em parte, pela atuação da *policy community* reformista. No entanto, não foi bem sucedido em relação aos objetivos de oferecer acesso universal a serviços de saúde de todos os níveis de complexidade, de ampliar a provisão pública de cuidados e de fortalecer o controle estatal sobre a oferta de serviços públicos e privados, o que pode ser atribuído, principalmente, ao legado institucional do modelo de atenção à saúde, organizado na década de 1970 (MENICUCCI, 2007).

As políticas adotadas na década de 1970 produziram efeitos que influíram na conformação das reformas implementadas nas décadas seguintes. Incentivos governamentais haviam fortalecido os interesses privatistas e suas ligações com decisores governamentais. Nas duas décadas seguintes, mesmo quando surgiram janelas de oportunidades para os reformistas apresentarem suas propostas e desenvolverem estratégias que pudessem viabilizar as políticas que propunham, as posições institucionais consolidadas anteriormente pelo bloco privatista, no interior dos governos e no mercado, tornavam difícil o avanço de modelos de organiza-

ção dos sistemas de saúde que assegurassem acesso universal aos cuidados. Isso se expressou nas dificuldades de regulação dos serviços, na manutenção da provisão privada e na expansão dos seguros privados de saúde.

O ambiente de internacionalização da agenda neoliberal, nos anos 1980 e 1990 (DRYZEC; DUNLEAVY, 2009), dificultava a constituição de sistemas de saúde inspirados em princípios de universalização do acesso, financiamento e provisão pública de serviços. A agenda internacional na área de saúde, já no final dos anos 1970, preconizava que a tarefa fundamental dos governos era induzir que a procura por cuidados de saúde fosse atendida de forma eficiente e eficaz por provedores públicos ou privados e estimular o co-financiamento privado dos sistemas de saúde.

Essa agenda revigorava as propostas que se contrapunham à reforma, e cujos interesses estavam mais bem representados nas instâncias de decisão governamental. A coligação dos interesses privatistas – vinculados à indústria farmacêutica e de equipamentos médicos, aos provedores privados de serviços e à crescente indústria de seguros de saúde – defendia que o Estado deveria encarregar-se exclusivamente da provisão direta de cuidados focalizados para os mais pobres e de serviços tradicionais de saúde pública, como a vigilância epidemiológica e sanitária. Entretanto, não abriam mão do financiamento público da provisão privada, mediante isenção de taxas ou impostos, para instituições provedoras e para os consumidores, e de financiamento direto da demanda, por meio da compra de serviços.

O capítulo está organizado em três partes. Na primeira, é descrito o início do processo de reforma, ao longo dos anos 1980, no contexto da democratização do regime militar e de estímulos de agências internacionais de desenvolvimento para a implementação de políticas de ajuste estrutural. Na área de saúde, recomendava-se a expansão da cobertura de cuidados primários de saúde, segmentação do financiamento e provisão de serviços, e a redução da intervenção estatal na organização do mercado de bens e serviços de saúde. Na segunda parte, são examinadas a criação e a implantação do SUS, destacando a integração dos subsetores de saúde pública e previdenciária, a descentralização da gestão, e a criação de mecanismos de gestão federativa e de fóruns participativos. Ressalta-se ainda o legado institucional dos anos 1970 e o predomínio de princípios liberais na agenda governamental, que favoreceram a constituição de um sistema de saúde segmentado. Na última parte, é feito um balanço do relativo sucesso do projeto reformista, tendo em vista seus principais objetivos.

O INÍCIO DO PROCESSO DE REFORMA DO SISTEMA BRASILEIRO DE SAÚDE

A reforma do sistema de saúde brasileiro, que se iniciou nos anos 1980, se processou em um contexto marcado pela redemocratização das instituições políticas e pelo predomínio, na agenda internacional da saúde, das propostas inspiradas na Declaração dos Cuidados Primários de Saúde (OMS-UNICEF, 1979), combinadas com ideias liberais de redução da intervenção estatal no mercado de bens e serviços de saúde. Na década de 1980, a ditadura militar, instalada em 1964, liberalizava-se progressivamente. À medida que a crise econômica, iniciada em 1973, passou a afetar a sustentação política do regime, os governantes tomaram iniciativas no sentido de torná-lo menos opressivo. Procurando expandir suas bases sociais de apoio, o governo passou a implementar políticas sociais orientadas para a redução da pobreza e para a expansão da cobertura previdenciária (PAIM, 1989; TEIXEIRA, 1989). Ao mesmo tempo, as relações corporativistas entre os interesses dos grandes conglomerados dos negócios e os interesses da tecnoburocracia do sector público (CARDOSO, 1975) eram criticadas, inclusive por setores da burguesia, insatisfeitos com a diminuição das atividades econômicas. Foram gradualmente restabelecidas ou criadas formas democráticas de ação política, como, por exemplo, eleições para cargos executivos, liberdade de imprensa e liberdade de organização partidária.

182

Embora a eleição direta para Presidência da República viesse a ocorrer somente em 1988, em 1985 o primeiro Presidente não militar foi eleito indiretamente por um colégio eleitoral formado por membros do Congresso Nacional. A coligação política complexa que assumiu o governo, então, era formada por um espectro de forças políticas muito variado, que abrangia tanto os integrantes do antigo regime militar, como facções de esquerda do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), que lutara contra a ditadura militar. Na partição de cargos, a área de saúde coube aos grupos de esquerda da coligação. Integrantes da *policy community* reformista assumiram os principais cargos na área de saúde, no governo federal.

O sistema de saúde, até então, era dividido em dois subsectores: o de saúde pública e o previdenciário (BRAGA; PAULA, 1981). Suas ações careciam de coordenação e, muitas vezes, serviços similares eram oferecidos à mesma população. O subsector de saúde pública era responsável por ações tradicionais de saúde pública, como vigilância epidemiológica e sanitária, e pela oferta de cuidados primários de saúde aos mais pobres, que não contribuíam para a previdência social, sendo composto pelo Ministério da Saúde e por secretarias estaduais e municipais de saúde.

O subsetor de saúde previdenciária, financiado principalmente pelas contribuições sociais, detinha a maior parte dos recursos financeiros e realizava os maiores gastos. Organizado em torno do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), criado em 1974, o subsetor de saúde previdenciária pertencia ao Ministério da Previdência e Assistência Social. Além disso, oferecia aos segurados cuidados individuais de saúde através de rede nacional de serviços ambulatoriais, hospitalares, e de apoio diagnóstico e terapêutico, que pertenciam à previdência social ou eram contratados. Os serviços contratados predominavam especialmente no que tange aos cuidados hospitalares e ao apoio diagnóstico e terapêutico (TEIXEIRA, 1989). A crise econômica dos anos 1980 – e os custos crescentes da provisão de cuidados individuais de saúde –, a descoordenação das ações dos dois subsetores, as críticas ao modelo de atenção à saúde baseadas nas concepções inspiradas nas propostas da Declaração dos Cuidados Primários de Saúde (OMS-UNICEF, 1979), bem como a contestação ao regime militar autoritário e centralizador fortaleciam os críticos do modelo de atenção à saúde então vigente.

A Declaração dos Cuidados Primários de Saúde da UNICEF/OMS, resultante da Conferência de Alma Ata, realizada em 1977, recomendava a implementação de políticas de cuidados primários de saúde, que estimulariam o autocuidado e a autonomia das comunidades (HOLLNSTEINER, 1982; MIDGLEY, 1986). Os princípios dos cuidados primários foram muito influentes nas políticas de saúde promovidas nos anos 1980 e 1990, particularmente nos países em desenvolvimento. Esses princípios eram vistos pelas agências internacionais de desenvolvimento e pelos dirigentes políticos como instrumentos poderosos para a superação da pobreza. Alguns autores acreditavam, no entanto, que eles constituíam-se em uma estratégia que oferecia serviços “pobres” para os setores sociais mais pobres dos países de terceiro mundo, enquanto que as elites e os “menos pobres” poderiam comprar serviços melhores no mercado (MENDES, 1987; NAVARRO, 1983). Ao invés de reduzir desigualdades sociais, as políticas baseadas em tais princípios poderiam vir a reforçar as iniquidades já existentes.

Nos anos 1980, a OMS e a Organização Panamericana de Saúde (OPS) estimularam os governos latino-americanos a implementarem políticas de cuidados primários de saúde combinadas a políticas de ajustamento estrutural. O principal interesse dessas agências era o “ajustamento” das economias dos países em desenvolvimento através de políticas liberais que visavam reduzir o tamanho do Estado.

Visando ao uso “racional” de recursos, a ênfase era depositada na aplicação de tecnologias simplificadas através de um sistema de saúde hierarquizado que cobriria toda a população, embora tivesse como alvo prioritário os setores sociais mais pobres. Nesse sentido, as políticas inspiradas nos cuidados primários de saúde não contradiziam o novo tom das agências internacionais. Elas poderiam se

tornar uma via para racionalizar a utilização de recursos financeiros, atingindo seletivamente os pobres e estendendo o mercado para a medicina alopática. Simultaneamente, o resto da população poderia obter serviços de saúde no mercado privado, sobre o qual o Estado não teria poder organizativo ou de regulação. Por trás das recomendações políticas das propostas de ajustamento estrutural das agências internacionais, havia um tom generalizado nos debates políticos que criticava o papel do Estado.

No Brasil, os cuidados primários de saúde representaram um esforço em direção à racionalização do setor de saúde, mas também em direção ao crescente envolvimento da sociedade civil no processo político do setor. Se, por um lado, as agências internacionais defendiam políticas de ajuste estrutural e de redução do tamanho do Estado, por outro, as recomendações da Declaração dos Cuidados Primários de Saúde ofereciam as bases para as propostas defendidas pelo movimento sanitário, que não apenas criticava o modelo de atenção à saúde vigente, mas também defendia a democratização política do país.

Em 1985, integrantes do movimento sanitário brasileiro assumiram a direção, em nível federal, dos subsetores de saúde pública e de saúde previdenciária. O movimento, formado por acadêmicos, profissionais de saúde, e por lideranças do movimento sindical e popular, defendia a ideia de tornar os cuidados de saúde acessíveis a todos os cidadãos, independentemente de contribuição previdenciária. Para isso, e de modo a racionalizar os custos, argumentavam que era necessário organizar uma rede hierarquizada e descentralizada de serviços, que tivesse porta de entrada única no sistema e financiamento público (CORTES et al., 2009). Embora existissem algumas divergências, tanto os dirigentes da área de saúde federal, quanto as lideranças que permaneciam à frente de organizações da sociedade civil, concordavam que o novo sistema poderia reduzir os gastos públicos com serviços de saúde, e ao mesmo tempo universalizar o acesso a cuidados integrais de saúde¹.

Realizada em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde é considerada como um dos principais marcos fundadores do início do processo de reforma do sistema de saúde brasileiro. Foi a primeira Conferência Nacional a contar com a participação de representantes da sociedade civil e não apenas como profissionais “notáveis”, nomeados pelos gestores federais da área. Reuniu cerca de quatro mil pessoas em Brasília, as quais, em meio de acaloradas discussões, construíram consensos que possibilitaram a elaboração de um relatório final que estabeleceu os parâmetros normativos das propostas que passaram a ser defendidas pelos reformistas.

Em 1987, autoridades de saúde federais lançaram o Programa dos Sistemas Unificados Descentralizados de Saúde (SUDS). Embora já existissem iniciativas in-

(1) Entre outros, vale a pena referir Cohn (1995); Luz (1991); Menicucci (2007); Oliveira e Teixeira (1986); Paim (1989); Teixeira (1989).

crementais de integração dos dois subsetores desde o final da década de 1970, o programa promoveu uma ruptura com o modelo de organização prévia do sistema, ao descentralizar a gestão, universalizar o acesso aos serviços de saúde – financiados com recursos públicos – e, ao mesmo tempo, iniciar um processo de racionalização dos custos e do uso dos recursos. Para isso, unificou a gestão dos subsetores de saúde pública e previdenciário de assistência à saúde, transferindo para os órgãos estaduais o patrimônio, os recursos humanos federais e a responsabilidade pela gestão dos serviços próprios e contratados pela previdência social.

Os reformadores do sistema brasileiro de saúde consideravam como uma questão de princípio que representantes de organizações da sociedade civil tivessem controle sobre o sistema. No entanto, eles também precisavam ampliar as bases sociais de apoio ao seu projeto reformista. Nesse sentido, foram instituídas comissões municipais, estaduais e federal, abertas à participação da sociedade civil, que além de decidirem sobre o destino dos recursos financeiros do programa, também funcionavam como fóruns mobilizadores de atores que defendiam a reforma.

A CRIAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

O movimento sanitário, que fora protagonista na 8ª Conferência e nos processos de elaboração e implementação do SUDS, desempenhou também papel destacado nos debates que definiram o teor da seção sobre saúde no texto constitucional e nas leis complementares da área de saúde. A Constituição Federal, promulgada em 1988 (BRASIL, 1988), e as Leis Complementares de Saúde (BRASIL, 1990, 1990a), aprovadas pelo Congresso Nacional em 1990, foram sancionadas através de um processo conflituoso, que posicionou, de um lado, setores conservadores do espectro político nacional e, do outro, a *policy community* reformista. Aqueles estavam aliados aos prestadores privados de serviços de saúde e alguns sindicatos e associações da profissão médica, tentando reter prerrogativas do setor privado, poder decisório sobre o sistema ao nível federal e restringir a participação dos usuários nas instâncias deliberativas criadas pela nova legislação. A *policy community* reformista, por sua vez, além de acadêmicos, profissionais de saúde, e lideranças do movimento sindical e popular, ao final dos anos 1980 passara a ser integrada também por secretários municipais e estaduais da saúde. Essa *community* foi vitoriosa, pois a maior parte de suas propostas transformou-se em diretrizes legais. Foi garantido o direito universal à saúde e criado um Sistema Único de Saúde (SUS), descentralizado, organizado de forma hierarquizada, com

participação da comunidade. Embora o financiamento do SUS deva ser público, dos embates resultou também a garantia da provisão mista pública e privada.

A vitória do projeto reformista significou a aprovação da legislação estabelecendo que o sistema de saúde passasse a ter administração unificada, descentralizada e participativa. Passaram a ser da competência dos municípios os cuidados de saúde, financiados com recursos públicos e oferecidos na respectiva área geográfica, com exclusão daqueles que se constituíssem em referências regionais, estaduais e nacionais. Estabeleceu-se que recursos financeiros federais seriam transferidos automaticamente, de acordo com critérios demográfico-epidemiológicos, para fundos estaduais e municipais destinados exclusivamente a gastos em saúde. Dessa forma, limitavam-se as possibilidades de alianças e negociações políticas em torno de transferências de recursos do nível federal para os níveis subnacionais de gestão do sistema.

Foram criadas as conferências e os conselhos de saúde aos níveis municipal, estadual e federal. Ambas as instâncias deveriam ter composição paritária, sendo 50% dos seus membros representantes dos usuários e os demais 50% representantes dos gestores governamentais, prestadores de serviços e trabalhadores de saúde. Atualmente, os conselhos estão formados em todos os estados e municípios da federação. Embora existam grandes variações na regularidade de seu funcionamento e em sua capacidade de influir efetivamente nos rumos da política de saúde estadual ou local, esses fóruns têm cumprido o papel de favorecer a participação da sociedade civil na gestão em saúde nas esferas administrativas correspondentes. Desde a aprovação das leis complementares da área de saúde, em 1990, foram realizados seis processos conferencistas – em 1992, 1996, 2000, 2003, 2008 e 2011. As conferências se desenvolvem ao longo de vários meses: iniciam em conferências municipais que elegem delegados e fazem propostas para conferências estaduais, as quais, por sua vez, fazem o mesmo em relação à Conferência Nacional, na qual culmina o processo.

No início da década de 1990, as dificuldades de gestão de um sistema de saúde nacional em um estado federativo, como é o caso brasileiro, desafiavam os gestores e o movimento sanitário a encontrar mecanismos que viabilizassem a coordenação vertical e horizontal das ações implementadas de forma descentralizada. Em 1991, representantes dos gestores municipais e estaduais propuseram a criação de instâncias colegiadas de pactuação entre os gestores nos níveis de governo correspondentes (CORTES, 2009): as comissões bipartites nos estados, compostas por gestores estaduais e municipais, e a comissão tripartite federal, integrada por gestores de saúde das três esferas de governo.

A extinção do INAMPS, e a sua fusão ao Ministério da Saúde, e a edição da Norma Operacional Básica do Ministério da Saúde (NOB/93) em 1993 (BRA-

SIL, 1993), viabilizaram, de fato, a integração dos dois subsetores e o processo de municipalização. A NOB estabeleceu critérios e mecanismos claros para que os municípios assumissem a gestão dos serviços de saúde financiados com recursos públicos, formalizando também a criação das comissões intergestores. Elaborada no início de Governo Itamar Franco, logo após o processo político que levara ao impedimento do Presidente Fernando Collor, em 1992, a NOB foi construída em um ambiente político favorável, pois os novos dirigentes federais na área eram claramente identificados com o movimento sanitário, sendo mais permeáveis às propostas de aprofundamento da municipalização e da descentralização do sistema, se comparados aos gestores da administração Collor (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001). Estabeleceu-se, assim, o desenho institucional de planejamento e de gestão do SUS vigente até hoje, caracterizado pela descentralização e pela existência de fóruns permanentes de coordenação vertical e horizontal.

As comissões intergestores passaram a ser os principais espaços institucionais de tomada de decisões sobre financiamento, coordenação da estrutura gestora descentralizada e funcionamento geral do SUS (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001; SANTOS; GERSCHMAN, 2006). As comissões respondiam à necessidade de coordenação das ações em saúde nos três níveis de Governo, para possibilitar a implementação de políticas nacionais de forma articulada e organizada. Enquanto representantes da sociedade civil concentravam sua atuação nos conselhos de saúde – municipais, estaduais e nacional – e atores governamentais, especialmente gestores municipais e estaduais, participavam nas comissões intergestores, atores de mercado optavam por exercer influência direta sobre os decisores governamentais, e por estratégias de mercado que lhes garantissem posição privilegiada como provedores de serviços no âmbito do SUS e fora dele.

A posição de provedores de serviços de saúde para o SUS e de seguros de saúde foi fortalecida ao longo do período, mediante subsídios públicos diretos e indiretos, e através de escolhas estratégicas sobre os tipos de serviços oferecidos para esses dois complexos compradores. Como afirmam Santos e Gerchman (2006, p. 798), através do apoio “à expansão de serviços e coberturas” e da consolidação de anéis burocráticos, a iniciativa privada pôde não apenas auferir os benefícios da contratação direta de serviços financiados pelo SUS, como garantiu subsídios públicos para reforçar seu parque tecnológico. Para as autoras, “ao optar pela provisão privada como forma de viabilizar a universalização, [...] o setor público acaba criando e consolidando bases para a oferta privada de serviços”.

O compromisso programático do movimento sanitário com a expansão dos serviços; as recomendações do Banco Mundial – baseadas em ideário liberal – pela separação entre compradores e provedores de serviços, e pela segmentação do sistema (SANTOS; GERSCHMAN, 2006); as dificuldades de financiamento

(MENICUCCI, 2008); e a existência de um setor privado prestador e comprador de serviços – o primeiro consolidado durante a ditadura militar, e o segundo principalmente nos anos 1990 – foram fatores que criaram condições institucionais e políticas que favoreceram a permanência da provisão privada de serviços no âmbito do SUS e o fortalecimento da capacidade de negociação dos atores de mercado na arena política da área.

Esse fortalecimento, todavia, foi também o resultado da ação de representantes de interesses de mercado em espaços decisórios que não estavam abertos ao escrutínio público (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001; MENICUCCI, 2007; SANTOS; GERSCHMAN, 2006). Os “anéis burocráticos” construídos na década de 1970 entre atores de mercado e os dirigentes do antigo subsetor previdenciário de assistência à saúde foram revitalizados ou reconstituídos. Os recursos de poder desses atores viabilizaram ainda o exercício constante de pressões sobre o Poder Legislativo, a organização de campanhas na mídia em favor de suas demandas e propostas, e o acionamento do Poder Judiciário e do Ministério Público na defesa de seus interesses.

O RELATIVO SUCESSO DO PROJETO REFORMISTA NA ÁREA DE SAÚDE

Assim, é possível afirmar que o sucesso da reforma do sistema de saúde brasileiro foi limitado, considerando o objetivo de ampliação da provisão pública de cuidados, o qual, de fato, ocorreu apenas no âmbito dos cuidados básicos de saúde e da oferta de serviços de altíssima complexidade, tais como transplantes e oferta de medicamentos especiais, não cobertos por seguros privados de saúde. O controle estatal sobre a oferta de bens e serviços de saúde públicos e privados permaneceu frágil. A criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar em 2000 representou o reconhecimento do governo federal de que o sistema estava segmentado (BRASIL, 2000). Era necessário regular o crescente mercado de seguros de saúde, comprador privado de serviços no mercado de oferta de cuidados ambulatoriais, hospitalares e de apoio diagnóstico e terapêutico.

Porém, as propostas reformistas obtiveram resultados positivos em relação a outros objetivos. Em primeiro lugar, houve, de fato, a universalização do acesso à assistência à saúde, além da melhoria dos serviços de saúde pública. Garantiu-se o direito à saúde, uma vez que todo cidadão pôde obter cuidados integrais de saúde, independentemente de contribuição previdenciária ou de pagamento direto pelos serviços. Em segundo lugar, houve fusão dos subsetores de saúde pública

e previdenciária em um sistema único, comandado pelo Ministério da Saúde, paralelamente ao fim do direito à saúde vinculado ao pagamento de contribuições para a previdência social. Em terceiro lugar, a descentralização viabilizou o crescimento do papel relativo dos municípios, frente aos estados e à União, no financiamento, na execução das ações e na capacidade de influenciar a definição das políticas nacionais de saúde. Ao mesmo tempo, ocorre a consolidação da noção de “comando único” do sistema, no caso dos gestores municipais, em dada base territorial. Em um Estado federativo, essa é uma conquista a ser comemorada em termos da melhoria da administração do sistema público de saúde. Em quarto lugar, as comissões intergestores representaram um avanço na gestão federativa dos serviços de saúde. As decisões sobre planejamento, orçamentação e mesmo sobre competências, por vezes concorrentes, passaram a ser pactuadas nesses fóruns. Por fim, os mecanismos participativos, como conselhos e conferências de saúde, conferem vitalidade cívica ao sistema, uma vez que se constituem como canais institucionalizados através dos quais representantes da sociedade civil podem influir no processo decisório setorial.

Nas décadas de 1990 e 2000, o Ministério da Saúde ofereceu incentivos aos gestores estaduais e municipais para que um conjunto de políticas fosse implementado através do país, com o objetivo de expandir o acesso a serviços, tanto no sentido de aumentar o número de pessoas com cobertura assistencial, quanto de ampliar o espectro de tipos de cuidados ofertados. Desse conjunto, quatro políticas merecem destaque especial (PAIM et al., 2011; MACHADO et al., 2011): a Estratégia Saúde da Família (ESF), e os programas Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Brasil Sorridente e Farmácia Popular.

A ESF representou uma reorientação do sistema de saúde com base na atenção primária, que compreendeu “a conformação de equipes profissionais compostas por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde” (MACHADO et al., 2011, p. 523). As equipes são implantadas tendo em vista diretrizes relacionadas à definição de território e população de abrangência, e devem buscar o estabelecimento de vínculos com os usuários. A Estratégia tornou-se uma política prioritária para a organização da atenção básica em saúde ainda nos anos 1990. No início dos anos 2000, as equipes de saúde da família estavam disseminadas pelo território nacional, especialmente nas áreas urbanas e rurais, até então desprovidas de cobertura assistencial e, frequentemente, as mais pobres do país. Durante o governo Lula, iniciado em 2003, a ESF prosseguiu sua expansão. Ao final de 2008, abrangia 49% da população, o que correspondia a mais de 90 milhões de pessoas (MACHADO et al., 2011).

O Programa SAMU, implantado a partir de 2003, veio oferecer atendimento pré-hospitalar móvel de urgência. O propósito era melhorar o acesso e a qualidade

desse tipo de atendimento, nas áreas de clínica, pediátrica, cirúrgica, traumática, gineco-obstétrica e de saúde mental. “Cada SAMU é constituído por uma central de regulação médica, uma equipe de profissionais e um conjunto de ambulâncias, de suporte básico ou intensivo, que podem ter abrangência municipal” (MACHADO et al., 2011, p. 525) ou regional, isto é, atende a mais de um município. Em 2009, havia 146 serviços no território nacional, com uma abrangência estimada de 1.200 municípios e de cerca 100 milhões de pessoas.

Criado em 2003, o Programa Brasil Sorridente visava assegurar o atendimento em saúde bucal inclusive de maior complexidade. O programa aprofundou a política de implantação de equipes de saúde bucal articuladas às equipes de saúde da família, que se iniciara em 2001. Além de preconizar a expansão do número de equipes, propõe a implantação de centros de especialidades odontológicas de referência para as equipes de saúde bucal, bem como de laboratórios de próteses dentárias (MACHADO et al., 2011). Em 2008, o número de equipes de saúde bucal do setor público implantadas no país era de 17.349, as quais abrangiam uma população estimada de 85 milhões de pessoas. No mesmo ano, no setor público, existiam 672 centros de especialidades odontológicas e 321 laboratórios de prótese dentária, no setor público.

O Programa Farmácia Popular foi instituído em 2003 com o objetivo de aumentar o acesso a medicamentos de baixo preço, com subsídio do governo federal, configurando uma estratégia de co-pagamento entre usuários e Estado (MACHADO et al., 2011). Inicialmente, o programa se baseava na abertura de farmácias estatais, geridas diretamente pela Fundação Oswaldo Cruz ou por meio de parceria federal com estados e municípios. Em 2008, existiam mais de 450 unidades desse tipo no país. A partir de 2006, uma segunda vertente do programa, baseada no credenciamento de farmácias privadas da rede do comércio retalhista, apresentou acentuado crescimento. Em 2008, havia seis mil estabelecimentos credenciados na última modalidade. Embora o número dessas unidades seja maior, o conjunto de medicamentos disponíveis para os usuários é mais reduzido do que nas unidades do setor público.

Apesar de garantir o direito ao acesso a bens e serviços de saúde para a maioria dos brasileiros, o processo reformista se realizou em um contexto herdado das décadas de 1970 e 1980, o que favoreceu a constituição de um sistema dual público-privado (MENICUCCI, 2007). A coexistência de um sistema público e de um privado configura formas diferenciadas de acesso, financiamento e produção de serviços, embora, formalmente, a política de saúde assegure o acesso gratuito e universal a toda população (MENICUCCI, 2008). Pacientes com seguros privados de saúde têm acesso privilegiado ao sistema público e o utilizam para procedimentos de alto custo (BAHIA, 2008). Ocorrem dificuldades para a publicização da rede

privada prestadora de serviços

quando existe um mercado alternativo constituído pelos seguros privados; [quando] falta de suporte político para a universalização por parte de atores relevantes cobertos por planos; [quando há] ausência de uma regulação que considere interconexões entre os dois sistemas (MENICUCCI, 2007, p. 141).

O Estado brasileiro funcionou como organizador do mercado e como agente ativo no processo de legitimação da segmentação (BAHIA, 2008), enquanto o estabelecimento da política regulatória voltada para os planos privados de saúde no final da década de 1990 formalizou a dualidade e a segmentação dos pontos de vista legal, normativo e institucional, na medida em que os segmentos público e privado passaram a ser objeto da política de saúde de forma explícita (MENICUCCI, 2007).

CONCLUSÃO

A ação da *policy community* reformista, movimento sanitário, favoreceu iniciativas governamentais que levaram à garantia do direito ao acesso a serviços de saúde, à expansão da atenção básica, da assistência à saúde bucal, de urgência e da oferta de medicamentos. Contudo, o legado da privatização implantada durante o regime militar, a capacidade dos atores de mercado de influenciarem as decisões governamentais, e a agenda internacional da área de saúde favorável à segmentação público-privado no financiamento e na provisão de serviços de saúde propiciaram a manutenção de papel proeminente do setor privado no sistema, bem como a expansão dos seguros privados de saúde e da oferta privada de serviços. A privatização remanescente do período passado institucionalizou-se no presente, em um sistema dual.

A mobilização social na defesa dos princípios da universalidade garantiu, no entanto, o direito ao acesso de todos os cidadãos à atenção integral em saúde. Todavia, a coexistência de duas lógicas diversas na organização da atenção, uma orientada pela eficiência, medida principalmente pela lucratividade, e outra orientada pelas necessidades epidemiológicas e necessidades sentidas pelos cidadãos, provoca tensões que limitam as possibilidades de realização do objetivo reformista de universalização do direito a cuidados integrais de saúde conforme estabelecem os princípios fundadores do Sistema Único de Saúde no Brasil.

REFERÊNCIAS

BAHIA, L. As contradições entre o SUS universal e as transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13 n.5, p. 1385-1397, 2008.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993**. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html>. Acesso em: 14 jun. 2014.

_____. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção, e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e da outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 20 de set. de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 12 ago. 2014.

_____. Ministério da Saúde.. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 31 dez. 1990. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 12 ago. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Lei 8.689, de 27 de julho de 1993. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 28 jul. 1993. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8689.htm>. Acesso em: 12 ago. 2014.

_____. Congresso. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 29 jan. 2000. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9961.htm>. Acesso em: 12 ago. 2014.

BRAGA, J. C. S.; PAULA, S. G. **Saúde e previdência**: Estudos de política social. São Paulo: Cebes-Hucitec, 1981.

CARDOSO, F. H. **Autoritarismo e democratização**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1975.

COHN, A. Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil. In: Laurell AC, (Org.).

Estado e políticas sociais no neoliberalismo. São Paulo: Cortez/Cedec; 1995, p. 225-244.

CORTES, S. M. V. Sistema Único de Saúde: espaços decisórios e a arena política de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, [Rio de Janeiro]: v. 25, n. 7, p.1626-1633, 2009.

CORTES, S. V.; SILVA, M. K.; RÉOS, J. C.; BARCELOS, M. Conselho Nacional de Saúde: histórico, papel institucional e atores estatais e societais. In: CORTES, S. V. (Org.). **Participação e Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009, p. 41-72.

DRYZEK, J; DUNLEAVY, P. **Theories of the Democratic State**. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2009.

HECLO, H. Issue network and the executive establishment. In: KING, A. (Ed.) **The New American Political System**. Washington, D.C.: American Enterprise Institute for Public Policy Research, 1978.

HOLLNSTEINER, M. R. The participatory imperative in primary health care. **Assignment Children** v. 50 n. 60, p. 35-54, 1982.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência e Saúde Coletiva** v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.

LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de transição democrática - anos 80. **PHYSIS** - Revista de Saúde Coletiva, São Paulo, v. 1 n.1 p. 77-96, 1991. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v1n1/04.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2014.

MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. F.; NOGUEIRA, C. O. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27 n. 3, p. 521-532, 2011.

MENDES, E. V. Reordenamento do sistema nacional de saúde: Visão geral. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DA SAÚDE. **Anais**. Conferência Nacional da Saúde, 8, Brasília, 1986. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987, p. 265-97. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0219VIIIcns.pdf>>. Acesso em: 05 set. 2014.

MENICUCCI, T. M. G. **Público e Privado na política de assistência à saúde no Brasil** - atores, processos e trajetória. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

_____. Relação público privado no sistema de saúde brasileiro: opacidade cognitiva e analítica. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 13p. 1400-1403, 2008.

NAVARRO, V. Classe social, poder político e o estado e suas implicações na medicina. In: PROGRAMA de Educação Continuada da Escola Nacional de Saúde Pública. **Textos de Apoio** – Ciências Sociais 1. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1983.

MIDGLEY, James. **Community participation, social development and State**. London: Methuen, 1986.

OLIVEIRA, J. A. A.; TEIXEIRA, S. M. F. **(Im)previdência social: 60 anos de história da previdência social no Brasil**. Petrópolis: Vozes-Abrasco, 1986.

OMS. Organização Mundial da Saúde; UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários da Saúde**, Alma-Ata, URSS, 6 a 12 de setembro de 1978.

PAIM, J. N. S.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. Saúde no Brasil 1 (Séries). O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**. 9 maio 2011. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2014.

PAIM, J. N. S. As políticas de saúde e a conjuntura atual. **Espaço para a Saúde**, n. 1, p. 18-24, 1989.

RHODES, R. A. W. **The National World of Local Government**. Oxford: Allen and Unwin, 1986.

SANTOS, M. A. B.; GERSCHMAN, S. O Sistema Único de Saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, n. 21: p. 177-190, 2006.

TEIXEIRA, S. M. F. Política de saúde na transição conservadora. **Saúde em Debate**, n. 26, p. 42-53, 1989.