

Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal

Health policies in Brazil in times of contradiction: paths and pitfalls in the construction of a universal system

Políticas de salud en Brasil en una época contradictoria: avances y tropiezos en la construcción de un sistema universal

Cristiani Vieira Machado ¹
Luciana Dias de Lima ¹
Tatiana Vargas de Faria Baptista ¹

doi: 10.1590/0102-311X00129616

Resumo

O artigo analisa a trajetória de condução nacional da política de saúde no Brasil de 1990 a 2016, bem como explora as contradições e os condicionantes da política no período. Observaram-se continuidades e mudanças no contexto, processo e conteúdo da política em cinco diferentes momentos. A análise dos condicionantes da política mostrou que o marco constitucional, os arranjos institucionais e a ação de atores setoriais foram fundamentais para a expansão de programas e serviços públicos, que conferiram materialidade e ampliaram a base de apoio ao Sistema Único de Saúde no âmbito setorial. No entanto, limites histórico-estruturais, legados institucionais e a disputa de projetos para o setor influenciaram a política nacional. A interação desses condicionantes explica as contradições na política do período, por exemplo, no que se refere à inserção da saúde no modelo de desenvolvimento e na Seguridade Social, ao caráter do financiamento e das relações público-privadas em saúde. A ampliação dos serviços públicos ocorreu de forma concomitante ao fortalecimento de segmentos privados, configurando mercados dinâmicos em saúde, que disputam os recursos do Estado e das famílias, restringem a possibilidade de consolidação de um sistema de saúde universal, reiteram a estratificação social e as desigualdades em saúde.

Sistema Único de Saúde; Sistemas de Saúde; Política de Saúde; Política Pública

Correspondência

C. V. Machado
Departamento de Administração e Planejamento em Saúde,
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação
Oswaldo Cruz.
Rua Leopoldo Bulhões 1480, 7º andar, sala 715, Rio de Janeiro,
RJ 21041-210, Brasil.
cristiani@ensp.fiocruz.br

¹ Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação
Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.



Introdução

O Brasil é um país latino-americano populoso, extenso, economicamente relevante e extremamente desigual. As desigualdades socioeconômicas, com raízes no passado colonial, não foram superadas pela modernização capitalista entre 1930 e 1980, caracterizada pela industrialização em segmentos estratégicos, em geral sob regimes autoritários, e escassa redistribuição social ¹.

A política de saúde desse período foi marcada por trajetória dual, representada de um lado pela saúde pública, direcionada para o controle de doenças específicas; e de outro pela assistência médica previdenciária, estruturada em bases corporativas, voltada para os trabalhadores do mercado formal urbano ². Outras características do sistema de saúde até o início dos anos 1980 foram: exclusão de parcela expressiva da população, pouca efetividade do modelo de atenção e destaque do setor privado na prestação de serviços, subsidiado pelo Estado.

A Reforma Sanitária dos anos 1980, no contexto da redemocratização e da crise financeira, partiu da crítica a essas características para construir uma proposta abrangente, incorporada à *Constituição Federal* de 1988 ^{3,4,5}. Apesar das incongruências no texto constitucional ^{6,7}, o Brasil foi o único país capitalista da América Latina que instituiu naquela década um sistema de saúde universal, inserido em uma concepção ampla de Seguridade Social, de base universalista, reunindo as áreas da Previdência, Saúde e Assistência Social, que deveria ser financiada por impostos gerais e contribuições sociais.

Os direitos assegurados pela *Constituição* e o processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) propiciaram avanços nas décadas subsequentes em termos de descentralização político-administrativa, participação social, mudanças no modelo de atenção, expansão do acesso a serviços públicos e melhoria de indicadores de saúde ⁸.

Porém, a implantação do SUS esbarrou em diversos obstáculos. Nos anos 1990, o predomínio de políticas econômicas e de agendas de reforma do Estado de inspiração neoliberal impôs constrangimentos à lógica da Seguridade e à expansão de políticas sociais universais ⁹. A ascensão ao poder de governos de esquerda a partir de 2003 levantou expectativas de configuração de um modelo de desenvolvimento redistributivo, mas diversos problemas do sistema de saúde não foram equacionados.

Este artigo analisa 26 anos de trajetória da política de saúde – 1990 a maio de 2016 – envolvendo a implementação do SUS sob o regime democrático. O propósito central é compreender se a condução nacional da política no período expressa transformações na atuação do Estado necessárias à consolidação de um sistema de saúde público e universal. Para isso, procurou-se identificar continuidades e mudanças entre momentos, bem como explorar contradições e condicionantes da política.

O referencial utilizado para caracterizar a trajetória da política se ancorou na literatura sobre análise de políticas públicas, destacando-se a abordagem do institucionalismo histórico. Valorizou-se a importância das instituições estatais, a ação dos atores políticos, inseridos em redes de relações e em contextos institucionais ¹⁰, e a dimensão temporal da política ¹¹.

Partiu-se do pressuposto de que a saúde expressa contradições estruturais inerentes à política social no sistema capitalista, sendo necessário considerar sua inserção no modo de produção capitalista e a especificidade de sua trajetória nos processos históricos das sociedades ¹².

Quanto aos fatores que influenciam a política, considerou-se que a determinação social consiste um “*processo complexo e interrelacionado de limites e pressões*” ¹³ (p. 87). A ideia de determinação compreende a fixação de limites que condicionam a agência (determinações negativas), mas também a existência de pressões, vontades e propósitos (determinações positivas). Os processos sociais ocorrem sob condições determinadas, o que não significa leis fixas ou a impotência dos participantes.

Argumenta-se que a política de saúde sofreu influência de distintos condicionantes e de projetos em disputa, cuja interação explica as contradições observadas no período.

Os momentos da política de saúde: contexto, processo e conteúdo

A trajetória da política de saúde foi analisada em cinco momentos (Figura 1), segundo três eixos: contexto nacional, processo político e conteúdo da política (prioridades e estratégias) ¹⁴.

Figura 1

Contexto nacional e políticas de saúde no Brasil, de 1990 a 2016.

Governo Fernando Collor de Melo (1990-1992)		
Contexto nacional	Processo político da saúde	Agenda da política de saúde
<p><i>Economia e administração pública:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Políticas econômicas neoliberais; abertura de mercados. - Estratégias para reduzir gastos, órgãos e servidores públicos. <p><i>Política:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Coalizão de centro-direita; limitada articulação com o Congresso Nacional. - Acusações de corrupção envolvendo ministérios e Presidência – processo de <i>impeachment</i> – renúncia presidencial. <p><i>Políticas de trabalho e sociais:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Revinculação da Previdência Social ao Ministério do Trabalho. - Ênfase na flexibilidade e redução de custos do trabalho. - Política social: constrangimentos financeiros, obstáculos à promulgação das leis da Seguridade, descentralização com ênfase nos municípios, sob condições adversas. 	<p><i>Gestão Alcení Guerra - PFL-Paraná (mar/1990-fev/1992)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ministro com limitado poder político no governo e na saúde. - Secretário Executivo do Ministério escolhido pelo Presidente. - Limites à participação social. - Início da Comissão Intergestores Tripartite (CIT). <p><i>Gestão Adib Jatene - Sem partido-São Paulo (fev/1992-out/1992)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Médico ilustre é convidado para ser ministro visando a restituir a credibilidade do Ministério da Saúde. - Dirigentes de primeiro escalão selecionados pelo Ministro. - 1992 – organização da IX Conferência Nacional de Saúde. - Gestão curta (<i>impeachment</i> e renúncia do Presidente). 	<ul style="list-style-type: none"> - 1990: Inamps é incorporado ao Ministério da Saúde. - 1990: Promulgação da Lei Orgânica da Saúde (LOS 8.080 e 8.142) - Início do Programa Agentes Comunitários da Saúde (PACS) para reduzir a mortalidade infantil em áreas pobres. - AIDS – início da terapia antirretroviral. - <i>Norma Operacional Básica</i> (NOB) 1991 – descentralização de serviços (intensa) e de recursos (limitada). - Ênfase no fortalecimento do debate social e da capacidade federal de coordenação do SUS, bem como na expansão dos serviços de saúde no território nacional.
Governo Itamar Franco (1992-1994)		
Contexto nacional	Processo político da saúde	Agenda da política de saúde
<p><i>Economia e administração pública:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Instabilidade econômica e alta rotatividade dos ministros da Fazenda. - Lançamento do Plano Real (1994). <p><i>Política:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Vice-presidente assume depois do processo de <i>impeachment</i> de Collor. - Coalização governamental heterogênea. <p><i>Políticas de trabalho e sociais:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Descentralização e instabilidade do financiamento social. - 1993 – Interrupção do aporte de contribuições sociais dos trabalhadores para o financiamento da saúde. 	<p><i>Gestão Jamil Haddad - PSB-Rio de Janeiro (out/1992-ago/1993)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ministro com limitado poder político no governo, porém com reconhecimento no setor saúde. - Conflitos com autoridades econômicas do governo. - Ênfase no fortalecimento de municípios e na participação social. <p><i>Gestão Henrique Santillo - PMDB-Goiás (out/1993-jan/1995)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ministro com considerável legitimidade no setor saúde. - Conflitos com autoridades econômicas do governo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Formulação NOB 1993 (proposta) - Descentralização com ênfase nos municípios, criação de comissões intergestores bipartite nos estados. - Extinção do Inamps. - Implementação inicial da NOB 1993. - Descentralização com ênfase nos municípios. - 1994 – Início do Programa Saúde da Família.

(continua)

Figura 1 (continuação)

Governos Fernando Henrique Cardoso (1º mandato: 1995-1998; 2º mandato: 1999-2002)		
Contexto nacional	Processo político da saúde	Agenda da política de saúde
<p><i>Economia e administração pública:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ênfase em: estabilidade macroeconômica (Plano Real – 1994); privatização de empresas estatais; abertura comercial e financeira; ajuste a regras internacionais de comércio (legislação de propriedade intelectual). - Mudanças na política macroeconômica após a crise financeira e as eleições de 1998 (desvalorização do Real, adoção das taxas de câmbio flutuantes). <ul style="list-style-type: none"> - Estagnação relativa da indústria nacional. - Plano Diretor da Reforma do Estado (1995). <ul style="list-style-type: none"> - Criação de agências reguladoras. - Tendência de redução da Administração Federal. <p><i>Política:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Coalizão de centro-direita; muitos ministérios ocupados por filiados ao PSDB e PFL. - Emenda Constitucional da reeleição (1997). <p><i>Políticas de trabalho e sociais:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Aumento modesto do salário mínimo (mas redução da participação dos salários no PIB nacional). - Tentativas de reforma da previdência sofrem oposição dos trabalhadores – predomínio de reformas incrementais paramétricas (ex., criação do fator previdenciário). - Estratégia “Comunidade Solidária” – conflitos com diretrizes e com atores da área de Assistência Social. - Expansão de programas de combate à pobreza; a partir de 1998 - programas de transferência de renda com condicionalidades. - Educação: descentralização e expansão do ensino fundamental; restrições ao financiamento federal e expansão das universidades privadas. 	<p><i>Gestão Adib Jatene – Sem partido-São Paulo (jan/1995-nov/1996)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Dirigentes de primeiro escalão selecionados pelo Ministro. - Conflitos com autoridades econômicas; Ministro negocia com Congresso nova contribuição para financiar a saúde (Contribuição Provisória Sobre Movimentação Financeira – CPMF); deixa o cargo após sua aprovação. - X Conferência Nacional de Saúde (1996) e participação do Ministro no Conselho Nacional de Saúde. - Negociações intergovernamentais. <p><i>Gestão Carlos Albuquerque – PSDB-Rio Grande do Sul (dez/1996-mar/1998)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ministro com limitado poder político no governo e junto à maior parte dos atores do setor saúde. - Posição de evitar conflitos com Presidência e autoridades econômicas. - Secretário Executivo (economista Barjas Negri) escolhido pelo Presidente. <p><i>Gestão José Serra – PSDB-São Paulo (mar/1998-fev/2002)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ministro economista, com poder político no governo – administração longa e estável; deixa o cargo para disputar as eleições presidenciais de 2002. - Dirigentes de primeiro escalão – economistas e sanitaristas ligados politicamente ao governo, mas reconhecidos no setor saúde. Conflitos internos. - Negociações com a Presidência, autoridades econômicas e o Congresso – aprovação da <i>Emenda Constitucional nº 29/2000</i>, estabelecendo novas regras de financiamento da saúde pelas três esferas (mais frouxas para a esfera federal). <p><i>Gestão Barjas Negri – PSDB-São Paulo (fev/2002-dez/2002)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Secretário Executivo Barjas Negri assume o Ministério e mantém boas relações com a Presidência e autoridades econômicas; Administração transitória (ano eleitoral). 	<ul style="list-style-type: none"> - Adoção do Programa Saúde da Família como estratégia de fortalecimento da atenção básica em saúde. - Expansão da política de combate à AIDS – terapia antirretroviral múltipla (lei específica). - Continuidade e expansão de políticas tradicionais de saúde pública. <ul style="list-style-type: none"> - Ênfase no controle do Tabaco. - Formulação da Norma Operacional Básica (NOB 1996) – mudanças nos critérios de descentralização, financiamento e organização do sistema. <ul style="list-style-type: none"> - Adesão à agenda de reforma do Estado e ênfase na eficiência da gestão e na descentralização. <ul style="list-style-type: none"> - Expansão do Programa Saúde da Família; criação do Departamento de Atenção Básica. - Continuidade de políticas tradicionais de saúde pública e na política de AIDS – debate internacional sobre propriedade intelectual e ajustes na legislação nacional. <ul style="list-style-type: none"> - Emissão da <i>Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) 01/02</i> - Assistência farmacêutica – proliferação, fragmentação e descentralização de programas; expansão de gastos com medicamentos de alto custo; programa de genéricos. <ul style="list-style-type: none"> - Criação de agências voltadas para regulação sanitária (Anvisa) e de planos privados de saúde (ANS). - Predominância de continuidades nas políticas prévias.

(continua)

Figura 1 (continuação)

Governos Luiz Inácio Lula da Silva (1º mandato: 2003-2006; 2º mandato: 2007-2010)		
Contexto nacional	Processo político da saúde	Agenda da política de saúde
<p><i>Economia e administração pública:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - 2003-2005 – baixo crescimento; 2006-2008 – crescimento econômico; 2008-2009 – crise internacional e adoção de políticas anticíclicas. - Ênfase na estabilidade macroeconômica; a partir de 2007, expansão de estratégias desenvolvimentistas. - Mudanças graduais no papel dos bancos nacionais e nas políticas industriais. - Lançamento do Plano de Aceleração do Crescimento (PAC I – 2007) e da Política de Desenvolvimento Produtivo (PDP). - Novo plano para a Administração Federal; expansão de concursos públicos. - Ênfase na participação social na formulação de políticas. <p><i>Política:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - 2003-2005: criação de novos ministérios e secretarias nacionais; definição de prioridades por áreas; muitos ministérios ocupados por filiados ao PT. - 2005-2006: crise política e mudanças na coalizão política e alto escalão governamental; reeleição de Lula. - 2007-2010: maior peso do PMDB no governo; estabilidade política: crescentes índices de aprovação do Presidente e do governo. - Candidatura e eleição de Dilma Rousseff para a Presidência da República, com o apoio de Lula e do PMDB. <p><i>Políticas de trabalho e sociais:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ênfase na criação e formalização de empregos, aumentos do salário mínimo, políticas para combate à pobreza e expansão de direitos de grupos socialmente vulneráveis, com redução das desigualdades de renda. - Reforma incremental do regime previdenciário dos servidores (regras mais restritas para a aposentadoria integral, como tempo mínimo no setor público e na carreira). - Expansão federal na educação terciária: novas universidades e campi federais e financiamento para o setor privado. 	<p><i>Gestão Humberto Costa – PT-Pernambuco (jan/2003-jul/2005)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Composição do primeiro escalão do Ministério considera coalizão governamental. - Discurso de mudanças e ênfase na gestão participativa. - Conflitos internos no primeiro escalão e saída do Secretário Executivo em 2004. - Antecipação da XII Conferência Nacional de Saúde (2003). - Frequente participação do Ministro nas reuniões do Conselho Nacional de Saúde (CNS). <p><i>Gestão José Saraiva Felipe – PMDB-Minas Gerais (ago/2005-fev/2006)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Recomposição da base de apoio do governo após crise de 2005 influencia a escolha de Ministro da Saúde. - Recomposição do primeiro escalão; saída de dirigentes ligados ao PT. - Saída do Ministro para disputar as eleições na Câmara dos Deputados. <p><i>Gestão José Agenor A. da Silva – Sem partido-Minas Gerais (fev/2006-mar/2007)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Secretário executivo assume o cargo de Ministro com o apoio intrasetorial, porém menor força política. - Período de interinidade e disputas pelo cargo de Ministro. <p><i>Gestão José Gomes Temporão – PMDB-Rio de Janeiro (mar/2007-dez/2010)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Secretário de Atenção à Saúde, sanitarista e pesquisador da Fiocruz, assume o cargo de ministro sob descontentamentos de parlamentares de seu próprio partido (PMDB). - Conflitos internos no primeiro escalão e saída do Secretário de Atenção à Saúde em 2008. - Conflitos entre Ministério e o Conselho Nacional de Saúde (ex., questão das fundações estatais). - Realização da XIII Conferência Nacional de Saúde. - 2007 – Senado vota pelo término da CPMF, na mesma semana em que Ministério da Saúde lança o Plano Mais Saúde, de investimento setorial. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mudança de estrutura do ministério, com a criação de novas secretarias (de Vigilância em Saúde, de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, de Gestão Participativa) voltadas para as áreas estratégicas e unificação da Secretaria de Atenção à Saúde; - Definição de marcas de governo na saúde (ex., Brasil Sorridente, SAMU, Farmácia Popular). - Elaboração do Plano Nacional de Saúde (2004-2007). <ul style="list-style-type: none"> - Continuidade nas políticas governamentais prioritárias. - Início de mudanças na condução de algumas áreas da política em relação ao período 2003-2005 (ex., área de educação em saúde) e maior ênfase na centralidade de algumas estratégias (ex., Saúde da Família). <ul style="list-style-type: none"> - Continuidade nas políticas governamentais prioritárias; - Predomínio de continuidade das políticas em relação à gestão anterior. - Finalização e divulgação do Pacto pela Saúde. <ul style="list-style-type: none"> - Ampliação da agenda estratégica, com ênfase na promoção da saúde e nas relações entre saúde e desenvolvimento. - Destaque para o fortalecimento do complexo econômico-industrial da saúde. - Continuidade e expansão de políticas prioritárias. - Elaboração em 2007 do Plano Mais Saúde (2008-2011), sob influência do PAC.

(continua)

Figura 1 (continuação)

Governos Dilma Rousseff (1º mandato: 2011-2014; 2º mandato: 2015-2016)		
Contexto nacional	Processo político da saúde	Agenda da política de saúde
<p><i>Economia e administração pública:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Efeitos da crise internacional, com desaceleração econômica; relativa preservação de indicadores econômicos até 2013; discreta piora em 2014 e 2015, com expansão de pressões por medidas de ajuste. - Conflitos entre projetos pró-ajuste e de manutenção da estratégia social-desenvolvimentista; em 2015 <ul style="list-style-type: none"> - substituição de Ministro da Fazenda de perfil desenvolvimentista por um de perfil tecnocrático e associado ao sistema financeiro, - Progressiva pressão para a contenção de gastos públicos. <p><i>Política:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Fortalecimento de ideias conservadoras e liberais, expressas na luta política no governo e na sociedade. - Polarização e disputa acirrada na campanha presidencial de 2014, entre Dilma Rousseff e Aécio Neves (PSDB), com reeleição de Dilma por margem estreita (51,64% x 48,36% dos votos válidos; diferença de 3.459.963 votos). - Oposição da grande mídia à Presidente. - Em 2014-2015: crise política, caracterizada por: denúncias de corrupção em empresas estatais, atingindo membros do governo e do Congresso Nacional; críticas a políticas governamentais; redução do apoio do PMDB à Presidente (inclusive do Vice-presidente e do Presidente do Congresso, atingidos por denúncias de corrupção); queda da aprovação popular do governo e da Presidente; abertura de processo do impeachment, sob questionamentos jurídicos; afastamento temporário da Presidente em maio e definitivo em agosto de 2016. <p><i>Políticas de trabalho e sociais:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Indicadores do mercado de trabalho relativamente preservados até 2014 (baixo desemprego, aumento da formalização e do valor real dos salários); em 2015, tendência de piora (ex., aumento do desemprego). - Políticas de aumento do valor do salário mínimo mantidas. - Constrangimentos crescentes aos gastos sociais, com instabilidade de fontes, contingenciamento e contenção de crescimento de gastos, inclusive na saúde. - Reformas na previdência social: no regime dos servidores públicos (teto igual ao do regime geral e criação de fundo complementar) e no regime geral (medidas de restrição ao acesso a aposentadorias e pensões). 	<p><i>Gestão Alexandre Padilha – PT-São Paulo (jan/2011-fev/2014)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ministro jovem, liderança do PT com legitimidade na saúde e boa passagem no governo; peso político moderado; deixa o Ministério para disputar eleições pra governo de São Paulo. - Secretariado com vários quadros do PT e outros da coalizão, em geral com trajetória de atuação na saúde coletiva/no SUS. - Boa relação do Ministério com outras esferas de governo, com o CNS e movimentos sociais. - Conflitos intensos com as entidades médicas, em função do Programa Mais Médicos. - Realização da XIV Conferência Nacional de Saúde. <p><i>Gestão Arthur Chioro – PT-São Paulo (fev/2014-out/2015)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ministro: quadro do PT com atuação na gestão municipal em saúde, que ocupou cargos no Ministério desde 2003; menor peso político. - Secretariado com vários quadros do PT e outros da coalizão, em geral com atuação prévia na saúde coletiva/no SUS. - Tensões do Ministro com o CNS e na relação com entidades do movimento sanitário, pela defesa de medidas governamentais polêmicas e conflitantes com a Constituição, como a abertura da saúde ao capital estrangeiro. - Saída do Ministro em virtude da necessidade de conceder cargos ao PMDB no esforço de recomposição diante da crise política. <p><i>Gestão Marcelo Castro – PMDB-Piauí (out/2015-mai/2016)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Indicação pelo PMDB para Ministro da Saúde de parlamentar com perfil mais conservador, sob resistências de atores setoriais. - Ocupação de cargos de 1ª a 3ª escalões expressa critérios e perfis muito diversos. - Início de gestão marcado por protestos de entidades e grupos de atores dos movimentos sanitário e antimanicomial, pela indicação de ex-diretor do maior hospital psiquiátrico do país (fechado no âmbito da luta antimanicomial após décadas de denúncias) para o cargo de Coordenador Nacional de Saúde Mental. 	<ul style="list-style-type: none"> - Continuidade das políticas prioritárias durante os governos Lula (Brasil Sorridente, Farmácia Popular, SAMU), com mudanças incrementais. - Adoção inicial como marco governamental das Unidades de Pronto-Atendimento (UPA), que já existiam, com a expansão expressiva de serviços. - Lançamento e expansão do Programa Mais Médicos, em 4 vertentes: provimento de médicos em locais remotos e com escassez (inclusive de médicos estrangeiros sem reconhecimento de diploma, com destaque para cubanos contratados por meio de convênio OPAS na 1ª fase do Programa); ampliação de cursos e vagas de Medicina no país; ampliação de vagas de residência médica; incentivo a mudanças curriculares na formação em Medicina. - Ao final de 2014 - medidas de abertura do setor saúde ao capital estrangeiro (inclusive na prestação de serviços). - Expansão de arboviroses – dengue, Chikungunya e Zika – e identificação de associação do vírus da Zika (quando contraído na gravidez) com microcefalia leva à ênfase em estratégias voltadas ao controle epidemiológico destas doenças.

ANS: Agência Nacional de Saúde Suplementar; Anvisa: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; Fiocruz: Fundação Oswaldo Cruz; Inamps: Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social; PFL: Partido da Frente Liberal; PIB: Produto Interno Bruto; PMDB: *Partido do Movimento Democrático Brasileiro*; PSB: Partido Socialista Brasileiro; PSDB: Partido da Social Democracia Brasileira; PT: Partido dos Trabalhadores; SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência; SUS: Sistema Único de Saúde.

O início do SUS em tempos turbulentos (1990-1992)

A campanha presidencial de 1989 contou com 24 candidaturas. Fernando Collor de Mello, do Partido da Reconstrução Nacional (PRN), representante de uma oligarquia política do Estado de Alagoas, foi eleito após disputa em segundo turno com Luiz Inácio Lula da Silva, do Partido dos Trabalhadores (PT). A vitória de Collor foi ancorada no discurso de moralização da política e em uma coalizão centro-direita, tendo como diretrizes a liberalização e a abertura do mercado.

O Governo Collor adotou um pacote econômico austero que confiscou a poupança e achatou salários, afinado às determinações de ajuste dos países credores, seguindo propostas neoliberais do *Consenso de Washington* ¹⁵.

Durante 1990, reorganizaram-se os ministérios, as coalizões políticas e representações partidárias no Congresso Nacional. O primeiro ano de governo introduziu mudanças na área econômica e institucional, concentrou e racionalizou atividades em áreas ligadas à infraestrutura e economia ¹⁵.

A baixa prioridade na área social foi expressa em estratégias que contradiziam a *Constituição Federal* de 1988, como a (re)vinculação da Previdência ao Ministério do Trabalho ¹⁶. A ausência de legislação que garantisse o repasse dos recursos da Previdência para o Ministério da Saúde, que no início de 1990 incorporou o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), ameaçava a sustentabilidade financeira do SUS.

Nesse contexto, houve a discussão de leis específicas para cada área da Seguridade ¹⁶. A aprovação da Lei Orgânica da Saúde (*Lei nº 8.080/1990*) ocorreu com vetos, revelando uma disputa entre reformistas e governo. No mesmo ano, uma nova lei (*nº 8.142/1990*) recuperou aspectos relativos ao financiamento e à participação social, deixando em aberto outras definições cruciais, como a política de recursos humanos e a relação com prestadores privados.

Promulgada a lei, foram editadas normas do Executivo que fixaram diretrizes de financiamento com certa centralização dos recursos da saúde na esfera federal. Definiram-se mecanismos de repasse de recursos para prestadores de serviços que reforçaram uma lógica convenial com os municípios, fragilizando a organização de um sistema integrado e articulado entre níveis ¹⁷.

No início da década de 1990, os recursos da Seguridade foram comprometidos pelos atrasos deliberados de repasses num momento de alta inflação (superior a 1.000% ao ano). Isso levou a cortes frequentes nas políticas de saúde e de assistência, preservando-se os níveis de recursos para a Previdência Social. A partir de 1990 foram incorporados ao orçamento da saúde os encargos previdenciários da União ⁶.

Em que pesem essas restrições, foram desencadeadas estratégias relevantes que viriam a influenciar as políticas nos anos subsequentes, como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o fornecimento nacional da terapia antirretroviral para pessoas com síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS).

Em 1992, a situação política do país sofreu uma reviravolta, com denúncias de fraudes na macroestrutura do Estado, e o envolvimento do Presidente e quadros ministeriais. Na saúde, a mudança de Ministro possibilitou a retomada do debate setorial e a rearticulação em torno do projeto de descentralização, expressas na convocação da IX Conferência Nacional de Saúde. Reorientou-se o processo de descentralização, incluindo novas formas de organização do sistema de saúde e a necessidade de formulação de uma nova norma operacional para o setor.

Ainda em 1992, estabeleceu-se uma Comissão para estudo do sistema previdenciário que apontou o dilema da sustentabilidade econômica da seguridade social, indicando a necessidade de uma revisão do pacto estabelecido na *Constituição Federal* de 1988. Esse ano encerrou com a renúncia de Collor à Presidência, após processo de *impeachment*, assumindo o cargo o Vice-presidente Itamar Franco (*Partido do Movimento Democrático Brasileiro – PMDB*).

O SUS em tempos de crise financeira e descentralização (1993-1994)

A estratégia política do Governo Itamar foi de repactuação com as elites econômicas, em um bloco conservador, em sintonia com exigências da ordem capitalista internacional, mas sem os excessos da retórica neoliberal anterior. Na área econômica, destacou-se o lançamento do Plano Real em 1994,

liderado pelo Ministro da Fazenda Fernando Henrique Cardoso. O plano visava à estabilização da moeda e ao controle inflacionário, alcançando sucesso desde os primeiros meses.

Os anos Itamar foram de interseção de interesses e coligações políticas. O debate da Seguridade Social foi reinstituído, sob a perspectiva de revisão dos compromissos assumidos em 1988. Em 1993, efetivou-se a proposta do Ministro da Previdência de especialização de fontes e as contribuições sobre a folha de salários passaram a estar vinculadas apenas à Previdência Social. A interrupção do repasse de recursos do fundo previdenciário, associada à instabilidade das outras fontes, fez com que o setor saúde decretasse em 1993 “situação de calamidade pública”. Ainda assim, políticas importantes foram encaminhadas nesse período, em especial no que concerne à descentralização.

Definiram-se estratégias de transição para estados e municípios assumirem a política de saúde local, com previsão de mecanismos de transferência direta e automática de recursos do Fundo Nacional de Saúde, visando a romper com a lógica convenial. Além disso, avançou-se na implantação de comissões intergovernamentais para a pactuação da política em níveis nacional (a Comissão Intergestores Tripartite – CIT) e estadual (as Comissões Intergestores Bipartites – CIB)¹⁷.

Destacou-se ainda a institucionalização do PACS e do Programa Saúde da Família (PSF). Buscava-se um modelo de atenção que priorizasse as ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e famílias, em contraposição ao modelo tradicional, centrado na doença e no hospital. Nesse momento, a estratégia desses programas foi direcionada para a população pobre identificada pelo “Mapa da Fome”.

Contudo, os avanços institucionais na saúde foram paralisados diante da crise econômica no período. As imprecisões do texto constitucional se explicitavam e a saúde ficou fragilizada pelas indefinições do governo.

A saúde entre agendas conflitantes (1995-2002)

Os resultados da estabilização econômica nos primeiros meses do Plano Real renderam retorno político: em 1994, foi eleito em primeiro turno para a Presidência da República o ex-Ministro da Fazenda Fernando Henrique Cardoso, sociólogo, professor da Universidade de São Paulo e um dos fundadores do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB).

O período correspondente aos dois Governos Cardoso foi marcado, na economia, pela ênfase na estabilização monetária, privatização de empresas estatais, continuidade das estratégias de abertura comercial e adesão às regras do comércio internacional¹⁸.

Destaque-se o lançamento de estratégias de reforma do “aparelho do Estado”, a aprovação de legislação de reforma administrativa e de contenção de gastos com o funcionalismo público (Lei Camata, de 1996; Lei de Responsabilidade Fiscal, de 2000), favorecidas pela existência de uma coalizão de apoio ao governo majoritária no Congresso Nacional. Tais estratégias viriam a afetar não só a administração federal, com a redução do funcionalismo e contenção de gastos, mas também a gestão pública nos estados e municípios. Aponte-se a redução do funcionalismo federal ativo no período¹⁹, a acentuação da descentralização de responsabilidades e serviços para as esferas subnacionais e a criação de agências reguladoras, em áreas específicas.

O governo foi sustentado por uma coalizão de centro-direita que predominou nos ministérios e no Congresso Nacional, o que lhe permitiu implantar parte importante de sua agenda política. Porém, a composição do governo não era totalmente homogênea, o que se expressou em diferenças entre os dois mandatos e entre áreas, com efeitos sobre as políticas sociais e de saúde.

A orientação do projeto econômico e de Estado não favoreceu avanços na esfera do trabalho. O período foi marcado pela baixa geração de empregos qualificados, dada a relativa estagnação industrial, ênfase na flexibilização das relações trabalhistas, aumento das terceirizações nos setores público e privado e queda da participação dos salários no Produto Interno Bruto (PIB)²⁰.

As políticas sociais sofreram constrangimentos financeiros em função das prioridades macroeconômicas (estabilização monetária, superávit primário e pagamento de juros da dívida), que se manifestaram de forma diferente entre áreas da política²¹. As propostas de privatização da previdência sofreram oposição do movimento sindical, do funcionalismo e de atores dentro do próprio governo, ancorados na solidez da previdência brasileira e no pacto constitucional. Resultou desses movimentos uma reforma incremental com a adoção do fator previdenciário, que aumentou a vinculação entre

tempo de contribuição, idade e valores da aposentadoria, sendo preservado o seu caráter majoritariamente público.

Na assistência social, destacou-se o programa Comunidade Solidária, sob o comando da Primeira Dama, que apostava na articulação de programas sociais focalizados, com a participação da sociedade civil. O Benefício de Prestação Continuada (BPC), previsto na *Constituição*, começou a ser implantado em 1996, voltado para idosos e pessoas com deficiência de baixa renda, constituindo um mecanismo de transferência de renda não contributiva. A partir de 1998, aumentaram os programas de transferência de renda com condicionalidades (Bolsa Escola, Bolsa Alimentação e Vale-Gás), de forma fragmentada e ainda restrita, sob o comando de diferentes ministérios. Em que pesem as dificuldades, houve aumento dos gastos sociais federais nessas áreas ²¹.

A saúde expressou as tensões entre a agenda de reforma do Estado e a agenda da reforma sanitária. A primeira foi conduzida pelo Governo Federal e apoiada por forças conservadoras e liberais, no Congresso Nacional e na sociedade, com destaque para elites econômicas e grupos empresariais com interesse na expansão dos mercados em saúde. Já os defensores da segunda foram representados principalmente por atores setoriais, gestores e técnicos do SUS nas três esferas de governo, entidades da saúde coletiva e áreas afins (Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO, Centro de Estudos Brasileiros em Saúde – CEBES, Associação Brasileira de Economia da Saúde – ABRES). Destaque-se ainda a crescente participação de profissionais de saúde e de usuários do SUS, favorecida pela expansão dos serviços públicos, constituição de conselhos de saúde e realização de conferências, em um contexto de democratização e descentralização das políticas públicas.

Os conflitos entre projetos foram expressos, por exemplo, nos enfrentamentos relativos ao financiamento setorial. Entre os atores da saúde e os da área econômica, destacaram-se embates relativos à criação de uma fonte de financiamento específica e à vinculação de receitas para a saúde. Cabe apontar a criação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) em 1996 (que ficou em vigor por dez anos, embora não exclusiva para o setor) e a aprovação da *Emenda Constitucional nº 29* em 2000, que vinculou receitas para a saúde de forma mais estrita para estados e municípios, com regras diferenciadas para a União que remetiam à variação do PIB ²². Essas estratégias foram defendidas por grupos setoriais, com a atuação relevante dos Ministros da Saúde. No entanto, sua negociação e implantação envolveram acordos e adaptações, com limites para sua efetividade. Negociações e conflitos intrasetoriais referentes à descentralização dos recursos federais ocuparam boa parte da agenda da CIT, em face das restrições financeiras sob as quais ocorria a implantação do SUS.

Na economia, as medidas de abertura comercial, a relativa estagnação da indústria nacional e a aprovação da legislação de propriedade intelectual ¹⁸ impuseram desafios à produção de insumos para a saúde, em um contexto de demanda crescente em face da expansão de serviços, gerando uma explosão das importações, com riscos para a sustentabilidade da política ²³.

A agenda de reforma do Estado do governo teve repercussões sobre a saúde. Em 1999-2000 foram criadas duas agências reguladoras na saúde: a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A primeira visou a aumentar a capacidade regulatória em uma área tradicional de atuação estatal, que abrange ramos diversificados. Já a segunda, foi voltada para os mercados de assistência médica suplementar, ocupando-se nos primeiros anos do estabelecimento de regras mínimas de operação das empresas, sistematização de informações e regulamentação de contratos, em uma lógica de defesa dos consumidores ²⁴.

A diretriz de redução do funcionalismo público dificultou a conformação de burocracias no Ministério da Saúde e entidades vinculadas, a contratação de profissionais de saúde para os serviços públicos federais (cujo papel de prestação direta reduziu), e atingiu os serviços estaduais e municipais em expansão, favorecendo a proliferação de formas de contratação de profissionais de saúde alternativas à administração direta em todo o país.

Como pautas estruturantes da política, além do financiamento, destacou-se a descentralização, favorecida pela sua presença tanto na agenda de reforma do Estado quanto na agenda da reforma sanitária. Registram-se progressivos esforços de fortalecimento do papel dos estados e da regionalização, principalmente no final do período (2000-2002), em contraste com a ênfase municipalista do momento anterior ²⁵.

O PSF, a partir de 1995, tornou-se prioritário na agenda do Ministério da Saúde e do Governo Federal, na perspectiva de expansão da cobertura dos serviços e da mudança no modelo de atenção.

Isso conferiu novo *status* à atenção básica e favoreceu mudanças no financiamento (criação de piso *per capita* e de incentivos específicos), organizacionais (criação do Departamento de Atenção Básica em 2000) e inovações em outras áreas da política, como a de formação. Ressalte-se que a ênfase na atenção básica era compatível com as diretrizes da reforma sanitária referentes ao modelo de atenção e com propostas de reforma que defendiam uma ação do Estado mais delimitada, emanada de agências internacionais ou mesmo do Governo Brasileiro ²⁴.

A política nacional de controle do HIV/AIDS ficou mais forte no período, sendo preservado o compromisso de fornecimento gratuito de medicamentos – vigente desde 1991 – mesmo diante da expansão dos regimes e custos da terapia antirretroviral. Isso levou à aprovação de lei específica para a garantia desses medicamentos e à atuação do Brasil nos debates internacionais sobre propriedade intelectual e interesses de saúde pública, bem como negociações com a indústria transnacional para a redução de preços. Houve expansão e diversificação dos programas de assistência farmacêutica, com estratégias de descentralização dos recursos para os medicamentos básicos e manutenção de compras centralizadas dos destinados a programas estratégicos ou de alto custo. Ressalte-se ainda a implantação do programa de genéricos ²⁶.

Outras políticas tradicionais de saúde pública – como controle de doenças infecciosas – apresentaram continuidades, com inovações incrementais, assumindo destaque na agenda federal em momentos críticos, como foi o caso do dengue.

Em síntese, na saúde houve inovações institucionais (na regulamentação e financiamento) e avanços no período em termos da expansão de programas específicos e da cobertura dos serviços descentralizados. Porém, as políticas macroeconômicas, a agenda de reforma do Estado hegemônica e a coalizão de forças políticas predominantes não foram favoráveis à superação de problemas estruturais do SUS. Diversas decisões e estratégias adotadas no período condicionaram os caminhos da política de saúde nos governos seguintes.

A saúde em segundo plano na (re)orientação da política social (2003-2010)

Luiz Inácio Lula da Silva, que iniciou sua trajetória política como dirigente sindical e foi fundador do PT, foi eleito Presidente do Brasil em 2002, na quarta campanha presidencial da qual participou, após acirrada disputa com José Serra, do PSDB.

Na campanha de 2002, por meio da *Carta aos Brasileiros*, Lula se comprometeu a assegurar as condições para a manutenção da estabilidade monetária que havia sido alcançada depois do Plano Real. A ênfase na estabilidade representou um elemento de continuidade em relação ao governo anterior, embora a política econômica tenha mostrado mudanças relevantes, como a revalorização do papel do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) no apoio à indústria nacional ²⁷.

Ao longo dos dois Governos Lula, houve variações no contexto econômico e político. O período de 2003 e 2004 foi marcado por restrições financeiro-orçamentárias, com certa retomada do crescimento econômico a partir de 2006, favorecido pelo *boom* de *commodities*. Em que pese a crise econômica mundial a partir de 2008 e a redução do PIB em 2009, o governo logrou implantar no segundo mandato políticas anticíclicas com o aumento dos investimentos públicos, incluindo projetos de infraestrutura (Plano de Aceleração do Crescimento – PAC) e expansão de gastos sociais. Mesmo considerando as variações mencionadas, é possível identificar no período elementos de continuidade, configurando um modelo de intervenção designado por alguns autores como “social desenvolvimentismo” ²⁸. Esse se caracterizou por uma articulação entre políticas econômicas e sociais de orientação redistributiva, tais como: estratégias para a geração de empregos, formalização do trabalho, aumentos reais do salário mínimo e aumento das transferências diretas de renda.

O governo foi inicialmente apoiado por uma coalizão com partidos pequenos de perfil político variado, sendo o Vice-presidente um empresário do Partido Liberal (PL). A partir de 2005, a crise política desencadeada por denúncias de caixa dois de campanha e estratégias de cooptação do Congresso incentivou a busca de apoio e concessão de cargos ao PMDB, cuja participação no governo se expandiu nos anos seguintes. Apesar da crise política, Lula foi reeleito Presidente em 2006, após disputa eleitoral com Geraldo Alckmin, do PSDB. Durante os dois mandatos, Lula priorizou estratégias de conciliação política, com movimentos de articulação com diversos segmentos da classe política, do

empresariado urbano e de proprietários rurais, não tendo sido enfrentados temas polêmicos como as reformas política e a tributária.

A política externa do período destacou-se, favorecida pelas relações comerciais com a China e por decisões domésticas, representada pela redução da dependência das agências internacionais e dos Estados Unidos, aumento da soberania nacional e da aproximação com outros países em desenvolvimento, com destaque para os da América do Sul, da África e os demais BRICS.

Na esfera da política social, durante ambos os mandatos o governo priorizou as políticas voltadas para o combate à pobreza e de expansão de direitos de grupos socialmente vulneráveis. No primeiro grupo, a estratégia “Fome Zero”, anunciada em 2003-2004 – que agregava uma série de iniciativas para a erradicação da fome, nos âmbitos rural e urbano – foi deslocada pela centralidade do Programa Bolsa Família (PBF) nos anos subsequentes. O Ministério do Desenvolvimento Social, criado em 2004, passou a coordenar três eixos relevantes para o combate à pobreza: a segurança alimentar e nutricional, as políticas de assistência social, e as de transferência de renda. Resultante da unificação de quatro estratégias anteriores, em poucos anos o PBF foi considerado o maior programa de transferência de renda com condicionalidades do mundo, contribuindo para a redução da pobreza e da mortalidade infantil no país, entre outros resultados²⁹. Também houve expressiva expansão do BPC.

No segundo grupo, adotaram-se iniciativas voltadas para a expansão de direitos das mulheres, grupos de lésbicas, *gays*, bissexuais, travestis, transexuais e transgêneros (LGBT), população negra, indígena e quilombolas, incluindo a criação de secretarias federais específicas, mudanças legislativas e normativas. Destacaram-se as políticas de ação afirmativa, como os incentivos às universidades para a adoção de cotas de vagas para alunos de escolas públicas, negros e indígenas, inicialmente por adesão e, a partir de 2012, mediante lei voltada para as instituições federais. Acrescentem-se ainda as estratégias de expansão dos *campi* e de universidades federais em regiões carentes e a adoção de um programa de bolsas federais para alunos de baixa renda em universidades privadas. Tais ações resultaram na expansão do acesso dos jovens ao Ensino Superior, mais expressiva entre os negros, embora este acesso ainda seja baixo no Brasil³⁰.

A Previdência Social foi objeto de reformas incrementais que, entre 2003 e 2004, atingiram o regime dos servidores públicos, impondo maiores exigências para a aposentadoria integral. Em que pesem as pressões para a contenção do crescimento de gastos, não houve privatização do sistema de previdência no Brasil, que manteve sólida base pública.

Na saúde, foram adotados como marcos de governo três programas: Brasil Sorridente, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), e Farmácia Popular. Os dois primeiros partiram de iniciativas prévias, e o terceiro introduziu no SUS o copagamento por medicamentos adquiridos em farmácias estatais ou privadas. Como elemento de continuidade, destaque-se a expansão da cobertura do PSF, que passou a ser enfatizado como estratégia de reestruturação do modelo de atenção, agregando novos profissionais à atenção básica²⁵.

No segundo mandato, diante da ênfase no debate desenvolvimentista e da estabilidade do Ministro da Saúde José Temporão, a agenda setorial se expandiu por meio de iniciativas relacionadas ao complexo industrial da saúde, visando a fortalecer a produção nacional de insumos estratégicos para o SUS.

Embora os programas e iniciativas descritos tenham sido relevantes para a expansão da cobertura e escopo das ações em áreas críticas, problemas estruturais do sistema de saúde não foram adequadamente enfrentados no período, por exemplo, no âmbito do financiamento, das relações público-privadas, da força de trabalho e das desigualdades territoriais em saúde.

Enfim, os Governos Lula expressaram esforços de mudança no modelo de desenvolvimento econômico-social, tendo as políticas trabalhistas e sociais contribuído de forma expressiva para a redução da pobreza, das desigualdades de renda e para a ascensão de parte da população trabalhadora, em círculo virtuoso entre fomento à demanda interna e desempenho econômico. A política de saúde apresentou elementos de continuidade e inovações incrementais, não tendo sido uma área de destaque na agenda governamental, com persistência dos problemas estruturais do SUS²⁵.

Ao final de 2010, Lula deixou o governo com altíssima aprovação nacional e reconhecimento internacional, logrando eleger sua sucessora após acirrada disputa eleitoral. Dilma Rousseff, ex-Ministra das Minas e Energia e da Casa Civil, que havia coordenado grandes projetos de investimentos do governo, foi a primeira mulher eleita Presidente no país, tendo em sua chapa como Vice-presidente Michel Temer, do PMDB.

A saúde sob novos riscos em tempos difíceis (2011-2016)

O primeiro Governo Dilma se defrontou com um contexto econômico e político menos favorável do que o do seu antecessor.

Na esfera econômica, a desaceleração da China e o prolongamento da crise em outros países propiciaram a redução do ritmo de crescimento brasileiro entre 2011 e 2014. Os principais motores do crescimento estagnaram e as tentativas da política econômica nos primeiros anos de estimular os investimentos não foram bem-sucedidas; em 2014, o Governo Dilma mudou o rumo da política econômica e passou a defender medidas de austeridade ³¹.

No âmbito político, destacou-se a dependência do governo de uma coalizão político-partidária ampla e heterogênea, o crescente poder do PMDB ³² e a relativa fragilidade da Presidente, que restringiram a sua governabilidade e favoreceram o fortalecimento de forças e agendas conservadoras ao longo do período, cujo ápice resultou na crise de 2015-2016 ³¹.

Em meados de 2013, uma onda de protestos desencadeados em São Paulo por reação ao aumento de tarifas de transporte, se espalhou pelo país incorporando pautas como críticas ao sistema partidário e denúncias de corrupção. Estudos sugerem que tais eventos favoreceram a reorganização de movimentos neoconservadores, sob o apoio da grande mídia e de grupos internacionais ³³.

Ressalte-se ainda a Operação Lava Jato, da Polícia Federal, iniciada em 2014, que envolveu denúncias contra políticos de vários partidos – do PT ao PSDB – pelo recebimento de recursos ilegais para campanhas eleitorais, além de denúncias contra empresários do setor privado, dirigentes e funcionários de estatais, com destaque para a Petrobras. Nos meses seguintes, tais investigações receberam massiva cobertura da grande mídia, incluindo vazamentos seletivos de depoimentos e informações, que se intensificaram na campanha presidencial de 2014. Em que pese as denúncias contra membros do PT e coligados, não houve evidências até aquele ano de envolvimento do ex-Presidente Lula nem da Presidenta Dilma, que foi reeleita, após acirrada disputa eleitoral. Tal campanha presidencial expôs projetos em disputa em torno das possibilidades e limites de se avançar em políticas redistributivas, em um cenário econômico adverso.

A quarta derrota sucessiva de um candidato do PSDB para a Presidência em 2014 (dessa vez, Aécio Neves; em 2010, o derrotado foi José Serra) gerou acirramento da polarização política em 2015, ano inicial do segundo mandato de Dilma. Configurou-se um quadro de instabilidade, com redução da popularidade da Presidente, articulação de forças ultraconservadoras no Congresso Nacional e ameaças de *impeachment*. O prolongamento da Operação Lava Jato, a politização da atuação do Judiciário e do Ministério Público, o posicionamento antigoverno da grande mídia e o comportamento oportunista de partidos de oposição e mesmo da base governista contribuiriam para acentuar o clima de instabilidade política e institucional, associado ao aumento da projeção de economistas de discurso ultraliberal ³⁴.

Diante desse cenário econômico e político desfavorável, o espaço para consolidação de um projeto nacional e de expansão das políticas sociais foi restrito. No primeiro governo, houve investimentos em infraestrutura econômica e social, incluindo a implantação de programas de habitação popular, a continuidade e expansão das políticas de combate à pobreza, como os programas de transferência de renda (Bolsa Família e BPC), associados a outras estratégias sob a marca “Brasil Sem Miséria”.

No que concerne à Previdência Social, as reformas foram incrementais, destacando-se medidas de contenção de despesas e de desoneração fiscal, que prejudicaram as receitas. No regime dos servidores públicos federais, aboliu-se a aposentadoria integral para novos concursados, que passaram a se subordinar ao mesmo teto de contribuição e aposentadoria dos trabalhadores inseridos no regime geral, com possibilidade de adesão à previdência complementar gerida pelo Estado. Em dezembro de 2014, editou-se medida provisória com imposição de regras mais restritivas de acesso e manutenção de pensões e seguro-desemprego. No segundo governo, foram acentuadas as pressões de grupos neoliberais para reformas drásticas na previdência, ancoradas no discurso de déficit do sistema, sob críticas de especialistas ^{35,36}.

A política de saúde, por sua vez, novamente foi marcada por continuidades em algumas áreas – atenção básica, vigilâncias – e pela adoção de programas específicos como marcos de governo, sem que problemas estruturais do sistema fossem adequadamente enfrentados. Durante o primeiro Governo Dilma, houve dois Ministros no cargo, com trajetórias na saúde pública e vinculados ao PT.

Adotaram-se como marcos governamentais a expansão das Unidades de Pronto-Atendimento (UPA) – outro componente da rede de urgências – e o Programa Mais Médicos.

O Programa Mais Médicos trouxe polêmicas e desgaste para o governo ao propor a contratação de médicos formados no exterior (brasileiros ou estrangeiros) sem a necessidade de validação de diplomas, com destaque para os médicos cubanos, cuja lotação foi feita mediante intermediação da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). O programa previa a expansão de vagas de graduação e residência médica; mudanças curriculares; e provimento de médicos em áreas de alta vulnerabilidade social e difícil fixação de profissionais. A incorporação de médicos estrangeiros gerou intensa reação negativa da corporação médica, representada pelos conselhos profissionais. Apesar do sucesso do programa no curto prazo, é difícil dimensionar seus custos políticos para o governo e efeitos para o sistema público de saúde em longo prazo, já que a substituição dos médicos estrangeiros seria necessária após três anos de contratação.

Em todo o primeiro governo questões-chave para o setor, como o financiamento e a regulação do setor privado, não foram enfrentadas de forma adequada. Ainda ao final de 2014, uma medida polêmica sustentada pelo governo foi a abertura do setor saúde ao capital estrangeiro, inclusive na prestação de serviços, o que foi amplamente criticado pelos defensores do SUS.

Em 2015, sob a intensificação da crise política, novos acontecimentos repercutiram negativamente sobre a saúde. O Ministro da Saúde que estava no cargo desde fevereiro de 2014 foi substituído por um parlamentar do PMDB, visando a aumentar a base de sustentação do governo. Entre as medidas polêmicas do novo Ministro consta a nomeação para a Coordenação Nacional de Saúde Mental de um ex-dirigente de hospital psiquiátrico do país, conhecido por posições contrárias à luta antimanicomial.

Do ponto de vista epidemiológico, o ano de 2015 ficou marcado também pela identificação do início da epidemia de Zika vírus e sua associação com microcefalia e distúrbios neurológicos em bebês (na infecção contraída pela gestante), configurando-se como uma nova emergência em saúde pública.

Em 2016, a política de saúde mergulhou em uma fase de indefinições e instabilidade com o agravamento da crise política, que culminou com o afastamento temporário da Presidenta Dilma Rousseff em maio e a confirmação do seu *impeachment* pelo Senado Federal em agosto de 2016. Nesse contexto, destacou-se o lançamento de propostas que fragilizariam ainda mais a base financeira do SUS e fortaleceriam os mercados em saúde.

Em síntese, o período de 2011 a 2016, marcado por instabilidade política, sinalizou percalços e riscos de retrocessos para as políticas sociais e de saúde, cujos rumos são incertos.

Contradições e condicionantes da política de saúde

A análise da política de saúde nos últimos 26 anos permite evidenciar numerosas contradições, que podem ser exemplificadas em três desafios estratégicos: a inserção da saúde no modelo de desenvolvimento e na Seguridade Social, o financiamento e as relações público-privadas.

No que tange ao primeiro desafio, cabe ressaltar que o projeto da Seguridade Social consolidado na *Constituição* de 1988 pressupunha forte articulação entre políticas econômicas e sociais ⁶. A articulação entre essas políticas deveria se ancorar em um modelo de desenvolvimento que promovesse, simultaneamente, crescimento econômico sustentado e geração de renda e emprego, com redução das desigualdades e ampliação dos direitos sociais.

Ao longo dessas últimas décadas, observam-se diferentes institucionalidades da política social que evidenciam menor ou maior centralidade da área social e do papel do Estado nas estratégias de desenvolvimento ³⁷. Do ponto de vista macroeconômico, a ênfase na estabilidade fiscal e monetária comprometeu maiores avanços na implantação de políticas de corte universal pelas restrições impostas à intervenção estatal e ao gasto social ²².

O Brasil experimentou diminuição gradativa da pobreza e das desigualdades, medida, por exemplo, pelo aumento do PIB, da renda média municipal, da renda individual, do poder de consumo das famílias e do nível de escolaridade da população ³⁰. Entretanto, a concentração de renda nos segmentos mais ricos da população permaneceu elevada, em parte devido à regressividade do padrão tributário vigente ³⁸. Com relação aos indicadores de saúde o país também registrou expressivos

ganhos, mantendo as tendências de redução da mortalidade infantil e de aumento da expectativa de vida verificadas nas últimas décadas ³⁰.

Tais mudanças envolveram a adoção de diferentes iniciativas, dentre as quais destacam-se as de cunho redistributivo ^{28,29}. Ainda assim, problemas relativos à desarticulação entre esferas de governo e setores da política social manifestaram-se frequentemente e os esforços de integração mantiveram-se restritos a determinadas estratégias.

No que concerne ao financiamento do SUS, os patamares de gasto público *per capita* em saúde e o comprometimento do gasto público com a saúde permaneceram abaixo daqueles observados em outros países, mesmo considerando sua maior estabilidade e ampliação nos anos 2000 ³⁹. Houve esforços para a alocação de recursos em regiões mais carentes, mas a permanência de problemas do sistema de partilha fiscal ⁴⁰, associados ao caráter cíclico, com baixa prioridade econômica e fiscal do gasto federal ⁴¹, comprometeu maiores impactos redistributivos das transferências setoriais.

Avanços do ponto de vista do maior aporte de recursos de origem estadual e municipal foram contrabalançados pela diminuição proporcional do gasto federal, sendo a autonomia no gasto em saúde restrita pelo excesso de condicionalidades para aplicação de recursos transferidos e pelas limitações da legislação vigente. Nos anos 2000, as diferenças nas condições de financiamento e gasto em saúde entre as esferas subnacionais de governo mantiveram-se significativas ⁴⁰.

No que concerne às relações público-privadas, ressaltou-se que a expansão da oferta e do acesso aos serviços públicos no período ocorreu de forma concomitante ao crescimento do setor privado no financiamento e prestação de serviços.

Os gastos privados permaneceram acima de 50% do gasto total em saúde em todo o período, compostos por desembolsos diretos e pagamentos a planos e seguros de saúde ⁴¹. Tais gastos refletem tanto problemas relacionados ao padrão tributário e à renúncia fiscal ^{42,43} como a limites e impasses do próprio financiamento da saúde frente aos desvios no uso de recursos da Seguridade Social, às oscilações de fontes e à fragilidade da política de investimentos ²².

A prestação privada de serviços ao SUS continuou elevada no âmbito hospitalar e se expandiu no segmento de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e, mais recentemente, na atenção básica, por meio das novas formas de terceirização, como a contratação de Organizações Sociais.

Destaque-se a expansão do segmento de planos e seguros de saúde, em uma lógica cada vez mais dinâmica do ponto de vista empresarial e financeiro, com a compra de empresas menores por grupos maiores, configurando um fenômeno de financeirização articulado à internacionalização. A ANS não impôs constrangimentos ao crescimento desse segmento. Ao contrário, em vários momentos atuou no sentido da organização e fomento a esses mercados, sob o comando de dirigentes cuja trajetória profissional foi construída no setor a ser regulado ⁴⁴. A abertura da oferta de serviços de saúde ao capital estrangeiro, formalizada no final de 2014 (antes vetada pela *Constituição*), foi defendida e articulada no interior da própria organização ⁴⁵.

A força do setor privado na saúde também se manifestou na crescente atuação desses grupos no financiamento de campanhas eleitorais ⁴⁶ e na expressão de seus interesses no Congresso Nacional.

Ademais, a atuação desses segmentos privados é heterogênea entre grupos sociais (considerando renda, idade, inserção laboral), áreas urbanas e rurais e regiões do país, dada a sua orientação para a busca de lucros. A dinâmica econômica influencia de forma decisiva a configuração e as estratégias desse setor na busca por novas clientelas e oferta de produtos.

Acrescente-se que parte expressiva da força de trabalho em saúde – especialmente dos médicos – atua nos setores público e privado, em arranjos variados, sugerindo o seu imbricamento e riscos de conflitos de interesses. Assim, enquanto parte das desigualdades na oferta de serviços e nos resultados sanitários é atenuada pela expansão de serviços do SUS – especialmente na atenção básica – o dinamismo do setor privado, sob incentivo estatal, tende a reproduzir a estratificação social e a expressão das desigualdades na saúde, sendo ainda susceptível aos ciclos econômicos.

O caráter das relações Estado e mercado na saúde, em que o primeiro fomenta o segundo, público e privado se imbricam e o conflito distributivo é camuflado em um cenário de recursos relativamente escassos, constitui a contradição central da política de saúde no Brasil no período e o principal óbice à consolidação de um sistema público efetivamente universal e igualitário.

Quanto aos limites e pressões que incidiram sobre a política de saúde no período estudado, identificaram-se três grupos de condicionantes: histórico-estruturais, institucionais, político-conjunturais.

O primeiro grupo concerne aos legados históricos de longo prazo e fatores macroestruturais que colocam limites às políticas de saúde, como características do modelo de capitalismo brasileiro, das relações Estado-mercado e as desigualdades socioeconômicas que explicam a persistência da segmentação do sistema de saúde, do caráter das relações público-privadas e das desigualdades em saúde. Por outro lado, a tradição secular de atuação do Estado brasileiro na saúde pública ², no controle de doenças sob vigilância, prestação de serviços, produção de vacinas e medicamentos, conferiu certa base material e reconhecimento da legitimidade estatal para coordenar o sistema de saúde.

Quanto aos condicionantes institucionais, em que pesem as dificuldades, o marco constitucional -legal teve caráter protetor do direito à saúde e favoreceu a luta política em torno da construção do SUS, mesmo em contextos em que a agenda neoliberal ganhou força, como nos anos 1990. As estratégias específicas implantadas na saúde, reguladas por normas e mecanismos de financiamento, favoreceram a expansão de serviços públicos e a continuidade de políticas ao longo de distintos governos, com predomínio de mudanças incrementais. Ressalte-se, no entanto, que a *Constituição* reconheceu a saúde como livre à iniciativa privada, e que regras relativas aos subsídios estatais ao setor privado foram mantidas ou expandidas no período. Além disso, foram criadas leis que favoreceram a expansão da prestação privada na saúde, como a Lei de Responsabilidade Fiscal (ao restringir gastos com os servidores públicos) e as leis das Organizações Sociais.

O âmbito político-conjuntural refere-se aos processos políticos, acontecimentos, distribuição de poder e relações entre atores políticos em conjunturas específicas de menor duração. No período, os principais defensores do SUS foram entidades de Saúde Coletiva e outras afins, parte dos gestores, técnicos e profissionais de saúde do SUS nas diferentes esferas de governo, conselheiros de saúde e, ainda, membros do Ministério Público e da Defensoria atuantes na área. Por outro lado, a implantação do SUS foi prejudicada por atores que defenderam pautas centradas na contenção de gastos sociais (como as autoridades econômicas) e na expansão de mercados privados (empresas da saúde). Os distintos Presidentes defenderam a expansão de políticas específicas – adotadas como marcos de governo – e, a depender de sua orientação política, deram espaço variável a grupos progressistas no interior do Executivo. Houve ainda grupos de atores – médicos e sindicatos – cujas agendas políticas tiveram caráter eminentemente corporativo, com defesa de pontos que poderiam favorecer ora o SUS, ora o setor privado lucrativo.

Os avanços, dificuldades e condicionantes específicos relativos a cada desafio são resumidos na Figura 2.

Conclusões

A condução nacional da política de saúde nos 26 anos da democracia apresentou continuidades e mudanças nos diferentes contextos, que se expressaram no processo político e no conteúdo da política. A análise dos condicionantes da política mostrou que o marco constitucional, os arranjos institucionais e a luta política de atores setoriais foram fundamentais para a expansão de programas específicos e serviços públicos, que por sua vez conferiram materialidade, favoreceram resultados sanitários positivos e ampliaram em alguma medida a base de apoio ao SUS, ao menos setorial.

No entanto, limites histórico-estruturais e legados institucionais se expressaram fortemente no período. O caráter das relações Estado-mercado no capitalismo brasileiro e na saúde, e a marcante estratificação social limitaram as transformações necessárias à consolidação do SUS. Distorções históricas do sistema de saúde mal equacionadas entre 1985 e 1990, relacionadas à regulamentação da Seguridade, ao financiamento e às relações público-privadas, se manifestaram de forma contundente nos anos subsequentes. Houve variações de contexto entre governos, com influências sobre as políticas sociais e de saúde. Porém, nenhum governo nacional do período assumiu como prioridade política a consolidação de um sistema de saúde universal, o que implicaria mudança no estatuto político da saúde e da seguridade, inseridas em modelo de Estado e de desenvolvimento mais redistributivo. Assim, não foram enfrentados obstáculos estruturais no âmbito do financiamento e das relações público-privadas; ao contrário, diversos incentivos do Estado aos mercados em saúde foram mantidos ou ampliados. Não houve a conformação de uma coalizão de poder abrangente, além do setor saúde, em torno de uma agenda universalista, o que implicaria rupturas drásticas com os arranjos econômicos vigentes.

Figura 2

Avanços, dificuldades e condicionantes segundo desafios estratégicos para a consolidação do caráter público e universal da política de saúde no Brasil.

Desafios estratégicos	Avanços	Dificuldades	Condicionantes
Inserção da saúde no modelo de desenvolvimento e na Seguridade Social	Ampliação do gasto social, redução da pobreza e das desigualdades socioeconômicas e de saúde. Ampliação das demandas sociais por serviços de saúde. Esforços de integração de políticas sociais com participação da saúde (ex., Bolsa Família, Pró-Saúde).	Persistência de taxas elevadas de desigualdades e concentração de renda no grupo mais rico da população. Baixa priorização das políticas de corte universal. Baixa integração entre organizações, programas e ações. Desarticulação vertical (entre esferas de governo) e horizontal (entre setores da política social). Desigualdades no acesso aos serviços públicos.	Ênfase na estabilidade fiscal e monetária, com abertura da economia, aumento da taxa de juros, elevação da dívida pública, privatização de empresas e limites à política industrial. Permanência de um padrão tributário regressivo. Ampliação do mercado de consumo interno de modo concomitante à contenção de gastos públicos e sociais. Trajetória fragmentada e segmentação da política social.
Financiamento	Maior estabilidade do financiamento com ampliação do gasto público <i>per capita</i> a partir dos anos 2000. Aumento da participação dos estados e municípios no financiamento da saúde. Redistribuição e aumento da alocação de recursos federais em regiões mais carentes.	Caráter cíclico, com baixa prioridade econômica e fiscal do financiamento federal em saúde. Insuficiência de recursos para suprir as necessidades de financiamento do SUS. Iniquidade nas condições de financiamento e gasto em saúde em nível subnacional. Baixa participação dos investimentos no gasto público em saúde. Persistência de altos gastos privados em saúde, subsidiados pelo Estado.	“Lugar” limitado da política social e da saúde no projeto de desenvolvimento. Dificuldades na implantação do orçamento da Seguridade Social. Permanência de um padrão tributário regressivo e da iniquidade no sistema de partilha fiscal. Desvios e desintegração de receitas do Orçamento da Seguridade Social, com a adoção e manutenção da Desvinculação das Receitas da União (DRU). Ampliação de subsídios fiscais para o setor privado. Instabilidade de fontes durante grande parte do período (<i>Emenda Constitucional nº 29</i> só aprovada em 2000). Dificuldades na regulamentação e cumprimento da vinculação constitucional da saúde (<i>Lei Complementar nº 141</i> só aprovada em 2011). Aumento progressivo das transferências automáticas (“fundo a fundo”) e adoção de critérios redistributivos para a alocação de recursos federais do SUS nos estados e municípios. Predomínio de relações verticais (entre os níveis federal e municipal) na redistribuição de recursos fiscais e setoriais. Excesso de condicionalidades para a aplicação de recursos federais (a partir da segunda metade dos anos 1990) e restrições para os gastos em saúde (ex., Lei de Responsabilidade Fiscal) nos estados e municípios.
Relações público-privadas	Expansão dos serviços e do acesso às ações e serviços públicos em saúde, principalmente em nível municipal e no âmbito da atenção básica. Aumento da capacidade gestora em diversos estados e em milhares de municípios.	Expansão do setor privado (com ou sem fins lucrativos) na gestão dos serviços e na oferta de tecnologias médicas. Crescimento do setor privado supletivo com segmentação da clientela. Manutenção das desigualdades e no acesso às ações e serviços públicos de saúde. Forte dependência do setor público à prestação privada de serviços de saúde, principalmente os especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico e de natureza hospitalar.	Trajetória prévia da política de saúde no Brasil, com forte imbricamento entre os setores público e privado (no financiamento, na gestão e prestação de serviços). Presença de incentivos fiscais e fragilidade da regulação sobre prestadores privados do SUS e setor privado supletivo. Reconfiguração do segmento suplementar com incremento dos mecanismos de intermediação financeira e estímulo à conformação de grandes grupos capitalistas na área, envolvendo serviços, finanças e indústria, de caráter multinacional.

SUS: Sistema Único de Saúde.

Fonte: elaboração própria com base em diversas fontes de pesquisa.

Como limitações do estudo, destacamos que o amplo recorte temporal não permitiu aprofundar temas relevantes para o sistema de saúde, como relações intergovernamentais, organização territorial, gestão do trabalho, modelo de atenção e participação social. Outra limitação concerne ao foco na atuação do Executivo Federal, com escassa consideração de atores subnacionais e outros atores sociais, importantes em contextos federativos e democráticos. Também não foram exploradas outras questões relevantes, como as transformações da geopolítica internacional, na macroeconomia e na demografia, que podem afetar as políticas de saúde.

O Brasil expressa de forma contundente as tensões na construção de um sistema de saúde universal em um país capitalista periférico extremamente desigual. Configura-se uma situação contraditória, de coexistência de um sistema público de dimensões expressivas, baseado na diretriz da universalidade, com mercados privados dinâmicos e em ascensão, que disputam os recursos do Estado e das famílias, espoliam a possibilidade de consolidação de um sistema de saúde de fato único e igualitário, reiteram a estratificação e as desigualdades sociais. Diante do legado histórico-estrutural do sistema de proteção social, da persistência de fragilidades institucionais e do fortalecimento de ideias neoconservadoras e neoliberais, em um momento de instabilidade econômica e política, com ameaças à democracia brasileira, existem sérios riscos de retrocessos nas conquistas que haviam sido alcançadas na área social e na saúde no período pós-constitucional.

Colaboradores

C. V. Machado, L. D. Lima e T. W. F. Baptista participaram da realização do estudo e análise do material de pesquisa que embasou o artigo, da concepção, da redação das diversas seções e da revisão final do texto.

Agradecimentos

C. V. Machado e L. D. Lima são bolsistas de produtividade em pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). As pesquisas que deram origem ao artigo foram financiadas com recursos do Edital Universal do CNPq 2013 e do Programa de Apoio à Pesquisa, Desenvolvimento e Inovação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (Inova-ENSP-2013).

Referências

1. Furtado C. O longo amanhecer: ensaios sobre a formação do Brasil. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra; 1999.
2. Lima NT, Fonseca CMO, Hochman G. A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em perspectiva histórica. In: Lima NT, Gerschman S, Edler FC, Manuel Suárez J, organizadores. Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 27-58.
3. Teixeira SF, organizadora. Reforma sanitária: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez Editora/Rio de Janeiro: ABRASCO; 1989.
4. Paim JS. Reforma sanitária brasileira: contribuição e crítica. Salvador: Edufba/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.
5. Escorel S. Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999.
6. Baptista TWF. Seguridade social no Brasil. Revista do Serviço Público 1998; 49:101-22.
7. Rodriguez Neto E. Saúde: promessas e limites da Constituição. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003.
8. Paim JS, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. Lancet 2011; 377:1778-97.
9. Vianna MLTW. Pyrrhic potatoes: comments on the institutional rules, macroeconomic constraints and innovation of the Brazilian social protection system in the 1990s and 2000s. Ciênc Saúde Coletiva 2008; 14:707-10.
10. Skocpol T. Why I am a historical institutionalist. Polity 1995; XXVIII:103-6.
11. Pierson P. Politics in time. Princeton: Princeton University Press; 2004.

12. Offe C, Lenhardt G. Social policy and the theory of the state. In: Keane J, editor. *Contradictions of the welfare state*. Cambridge: MIT Press; 1984. p. 88-118.
13. Williams R. *Marxism and literature*. New York: Oxford University Press; 1977.
14. Buse K, Mays N, Walt G. *Making health policy*. Berkshire: MacGraw Hill Education; 2012.
15. Fiori JL. O desafio político-econômico brasileiro no contexto latino-americano. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 1992. (Série Estudos em Saúde Coletiva, 13).
16. Carbone CO. *Seguridade social no Brasil. Ficção ou realidade?* São Paulo: Editora Atlas; 1994.
17. Levcovitz E, Lima LD, Machado CV. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciênc Saúde Coletiva* 2001; 6:269-91.
18. Sallum Jr. B. Crise, democratização e liberalização no Brasil. In: Sallum Jr. B, organizador. *Brasil e Argentina hoje: política e economia*. Bauru: Edusc Editora; 2004. p. 47-77.
19. Santos WG. *O ex-leviatã brasileiro*. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira; 2006.
20. Pochmann M. Desestruturação do mercado de trabalho. *Teoria e Debate* 1998; (37). <http://www.teoriaedebate.org.br/materias/economia/desestruturacao-do-mercado-de-trabalho>.
21. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Quinze anos de gasto social federal. Notas sobre o período de 1995 a 2009*. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2011. (Comunicado IPEA, 98).
22. Dain S. Os vários mundos do financiamento da saúde no Brasil: uma tentativa de integração. *Ciênc Saúde Coletiva* 2007; 12:1851-64.
23. Gadelha CAG. Desenvolvimento, complexo industrial da saúde e política industrial. *Rev Saúde Pública* 2006; 40:11-23.
24. Machado CV. *Direito universal, política nacional: o papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002*. Rio de Janeiro: Editora Museu da República; 2007.
25. Machado CV, Baptista TWF, Lima LD, organizadoras. *Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012.
26. Buss PM, Carvalheiro JR, Casas CPR, organizadores. *Medicamentos no Brasil: inovação e acesso*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.
27. Boschi RR. Capacidades estatais e políticas de desenvolvimento no Brasil. In: Melo CR, Sáez MA, organizadores. *A democracia brasileira: balanço e perspectivas para o século 21*. Belo Horizonte: Editora da UFMG; 2007. p. 303-26.
28. Bielschowsky R. Estratégia de desenvolvimento e as três frentes de expansão no Brasil: um desenho conceitual. *Economia e Sociedade* 2012; 21:729-47.
29. Campello T, Neri M, organizadores. *Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania*. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2013.
30. Arretche M, organizadora. *Trajetórias da desigualdade: como o Brasil mudou nos últimos 50 anos*. São Paulo: Editora da Unesp; 2015.
31. Anderson P. *Crisis in Brazil*. *London Review of Books* 2016; 38:15-22.
32. Nobre M. *Imobilismo em movimento: da abertura democrática ao governo Dilma*. Rio de Janeiro: Editora Companhia das Letras; 2013.
33. Freixo A, organizador. *Manifestações de 2013: as ruas em disputa*. Rio de Janeiro: Oficina Rael; 2016. (Coleção Pensar Político).
34. Fiori JL. O paradoxo e a insensatez. *Valor Econômico* 2009; 25 set. <http://www1.valor.com.br/opiniaio/4241452/o-paradoxo-e-insensatez>.
35. Fagnani E. *A Previdência Social não tem déficit*; 2016. <http://plataformapoliticasocial.com.br/a-previdencia-social-nao-tem-deficit> (acesado em Jul/2016).
36. Drummond C. *Manipulações e desrespeito à Constituição ocultam saldos positivos*. *Carta Capital* 2016; 6 jun. <http://www.cartacapital.com.br/revista/904/o-deficit-e-miragem>.
37. Viana ALd'A, Silva HP. A política social brasileira em tempos de crise: na rota de um modelo social liberal privado? *Cad Saúde Pública* 2015; 31:2471-4.
38. Medeiros M, Souza PHGF, Castro FA. A estabilidade da desigualdade de renda no Brasil, 2006 a 2012: estimativa com dados do imposto de renda e pesquisas domiciliares. *Ciênc Saúde Coletiva* 2015; 20:971-86.
39. Servo L, Piola SF, Paiva AB, Ribeiro JA. Financiamento e gasto público de saúde: histórico e tendências. In: Melamed C, Piola SF, organizadores. *Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde*. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2011. p. 85-108.
40. Lima LD. Federalismo fiscal e financiamento descentralizado do SUS: balanço de uma década expandida. *Trab Educ Saúde* 2009; 6: 573-97.
41. Machado CV, Lima LD, Andrade CLT. Federal funding of health policy in Brazil: trends and challenges. *Cad Saúde Pública* 2014; 30: 187-200.
42. Ugá MAD, Santos IS. Uma análise da progressividade do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). *Cad Saúde Pública* 2006; 22:1597-609.
43. Ocké-Reis CO. Gasto privado em saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2015; 31:1351-3.
44. Bahia L. Financeirização da assistência médico-hospitalar no Governo Lula. In: Machado CV, Baptista TWF, Lima LD, organizadoras. *Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p. 91-113.
45. Paiva AB, Sá EB, Barros ED, Servo LM, Stivali M, Vieira RS, et al. *Saúde. Políticas Sociais: Acompanhamento e Análise* 2015; (23):117-70.
46. Scheffer M, Bahia L. Representação política e interesses particulares na saúde: a participação de empresas de planos de saúde no financiamento de campanhas eleitorais em 2014. <http://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2015/02/Planos-de-Saude-e-Eleicoes-FEV-2015-1.pdf> (acesado em Jul/2016).

Abstract

This article analyzes the trajectory of national health policy in Brazil from 1990 to 2016 and explores the policy's contradictions and conditioning factors during the same period. Continuities and changes were seen in the policy's context, process, and content in five distinct moments. The analysis of the policy's conditioning factors showed that the Constitutional framework, institutional arrangements, and action by health sector stakeholders were central to the expansion of public programs and services, providing the material foundations and expanding the basis of support for the Brazilian Unified National Health System at the health sector level. However, historical and structural limitations, institutional legacies, and the dispute between projects for the sector have influenced national health policy. Interaction between these conditioning factors explains the policy's contradictions during the period, for example with regard to health's position in the national development model and social security system and the financing and public-private relations in health. Expansion of public services occurred simultaneously with the strengthening of private segment. Dynamic health markets that compete for resources from government and families, limit the possibility of consolidating a universal health system and reiterate social stratification and inequalities in health.

Unified Health System; Health Systems; Health Policy; Public Policy

Resumen

El artículo analiza la trayectoria de la política nacional de salud en Brasil de 1990 a 2016, además de explorar las contradicciones y los condicionantes de las políticas durante ese período. Se observó continuidad y cambios en el contexto, proceso y contenido de las políticas en cinco momentos diferentes. El análisis de los condicionantes políticos expuso que el marco constitucional, los acuerdos institucionales y la acción de agentes sectoriales fueron fundamentales para la expansión de programas y servicios públicos, que confirieron materialidad y ampliaron la base de apoyo al Sistema Único de Salud en el ámbito sectorial. No obstante, los límites histórico-estructurales, legados institucionales y la disputa de proyectos para este sector influenciaron la política nacional. La interacción de estos condicionantes explica las contradicciones en la política durante este período, por ejemplo, en lo que se refiere a la inclusión de la salud en el modelo de desarrollo y en la Seguridad Social, al carácter de financiación y de las relaciones público-privadas en salud. La ampliación de los servicios públicos se produjo de forma concomitante al fortalecimiento de segmentos privados, configurando mercados dinámicos en salud, que se disputan los recursos del Estado y de las familias, además de restringir la posibilidad de consolidación de un sistema de salud universal, reiterando la estratificación social y las desigualdades en salud.

Sistema Único de Salud; Sistemas de Salud; Política de Salud; Política Pública

Recebido em 24/Jul/2016
Versão final reapresentada em 26/Set/2016
Aprovado em 13/Out/2016