

# Sentidos da universalidade na VIII Conferência Nacional de Saúde: entre o conceito ampliado de saúde e a ampliação do acesso a serviços de saúde

*Meanings of universality at the VIII National Health Conference: between the expanded concept of health and the expansion of access to health services*

Celita Almeida Rosário<sup>1</sup>, Tatiana Wargas de Faria Baptista<sup>1</sup>, Gustavo Corrêa Matta<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104202012401

**RESUMO** O artigo discute os sentidos de universalidade da saúde presentes na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS). A partir da análise de documentos elaborados na Conferência e de documentos históricos produzidos pela mídia e por instituições de saúde coletiva, inferiu-se que, embora o termo universalidade tenha sido utilizado superficialmente, a identificação de eixos temáticos evidenciou a existência de uma disputa discursiva entre um sentido de universalidade como ampliação do direito à saúde versus a ampliação do acesso aos serviços de saúde. Contudo, o sentido atrelado ao conceito ampliado de saúde e à concepção de direito à saúde abrangente foi predominante. Esse sentido foi vocalizado por atores inseridos no cenário acadêmico, representantes de sindicatos, militantes de movimentos sociais e movimento da reforma sanitária. Foram, ainda, identificados como as principais condições de possibilidades para a emergência desse sentido no contexto da VIII CNS: o processo de redemocratização do Estado no final da década de 1980 e a disseminação de propostas para uma reforma ampla nos setores sociais, atreladas à ideia de garantia de direitos de cidadania.

**PALAVRAS-CHAVE** Universalização da saúde. Conferências de saúde. Sistema Único de Saúde. Reforma dos serviços de saúde.

**ABSTRACT** *This paper discusses the meanings of universality of health care present at the VIII National Health Conference (CNS). Based on the analysis of documents produced at the Conference and historical documents produced by the media and by Public Health institutions, it was inferred that, although the term universality has been used in a superficial way, the identification of thematic axes evidenced the existence of a discursive dispute between a sense of universality as an extension of the right to health care versus as an expansion of the access to health services. However, the meaning coupled to the expanded concept of health care and to the conception of a comprehensive right to health care was predominant. This meaning was mainly voiced by actors included in the academic scene, labor union representatives, social movement activists and health care reform movement. They were, also, identified as the main conditions of possibility for the emergence of this sense in the context of the VIII CNS: the process of redemocratization of the State in the late 1980s and the dissemination of proposals for a broad reform in the social sectors linked to the idea of guaranteeing citizenship rights.*

**KEYWORDS** *Universal of health. Health conferences. Unified Health System. Health care reform.*

<sup>1</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) - Rio de Janeiro, Brasil.  
celita.almeida@yahoo.com.br



## Introdução

O tema da universalidade retorna ao debate da saúde no Brasil através do reconhecimento de uma possível modificação em seu sentido, a partir dos anos 2000. Essa percepção de mudança sugere que o termo vem sendo utilizado e confundido como simples expansão da oferta e da cobertura, descaracterizando-o como princípio atrelado ao direito do indivíduo e dever do Estado, à equidade e à democracia<sup>1-3</sup>.

Segundo Paim e Silva<sup>4</sup>, a noção de universalidade está relacionada ao princípio de igualdade e à ideia de justiça. Na ciência política, é atribuído ao campo do direito, mais especificamente dos direitos humanos, e refere-se aos “direitos que são comuns a todas as pessoas, como um direito positivo que visa à manutenção da vida individual e social no mundo moderno”<sup>2(465)</sup>.

A Constituição Federal de 1988 estabelece a saúde como

direito de todos e dever do Estado, garantido através de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação<sup>5(107)</sup>.

Já a Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080, promulgada em 1990, parte do artigo 196 da Constituição e retoma a perspectiva da concepção ampliada de saúde no artigo 3, onde:

a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País<sup>6(2)</sup>.

Mas tal incorporação ocorre também mediada pela ampliação da responsabilidade sobre a saúde pelas pessoas, famílias, empresas

e sociedade, o que se apresenta no artigo 2 da Lei Orgânica<sup>6</sup>. O debate em torno da responsabilidade sobre a saúde foi explorado na Constituinte e refutado<sup>7</sup>, retornando como contraditório nesse novo contexto.

Na década de 1990, o debate sobre a organização de sistemas de saúde insere-se num contexto de ajuste e liberalização econômica<sup>8</sup>. Inicia-se uma disputa política e discursiva em torno da ideia de universalização, com importante protagonismo de agências internacionais, como o Banco Mundial. O caminho apontado para universalização passa a estar associado à proteção do risco financeiro e à busca de mecanismos alternativos de financiamento setorial. Nesse momento, já se delineava uma diferenciação entre a proposta de sistemas de saúde universais, atrelados à defesa do direito à saúde e do acesso universal e igualitário aos cuidados de saúde e a construção de sistemas embasados na lógica de cobertura universal, com ampliação do acesso aos serviços de saúde sem o compromisso com a equidade e a justiça social<sup>3,9</sup>.

Essa percepção de mudança de sentido da universalidade se apresenta de forma explícita no debate da saúde brasileiro nos anos 2000, mas é possível observar nos discursos de diferentes atores envolvidos com o sistema de saúde brasileiro que o conceito de universalidade é vocalizado de diversas formas ao longo do tempo<sup>4,10,11</sup>. Reconhecer o uso variado da terminologia e o conceito de universalidade no debate da saúde no Brasil é um passo importante para aprofundar a análise das estratégias e ações políticas desenvolvidas no âmbito estatal nos últimos tempos.

A proposta deste artigo é contribuir para esse debate trazendo para análise os sentidos de universalidade presentes no debate da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) no Brasil, visando a identificar os conflitos e disputas em torno desse princípio, bem como as condições de possibilidades para que um determinado sentido ganhasse maior expressão no debate da Conferência.

A VIII CNS foi elencada neste estudo como espaço privilegiado para a identificação do

processo discursivo do conceito de universalidade e das controvérsias presentes no debate da política de saúde. Primeiro, por possibilitar a investigação dos principais argumentos, discursos, sentidos e disputas existentes acerca da temática da universalidade no debate da saúde brasileiro, devido à sua importância para a questão do direito à saúde – tema central da Conferência. Segundo, por simbolizar um marco para o movimento da Reforma Sanitária, cujas propostas apresentadas tornaram-se as principais diretrizes para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS). Terceiro, pelo seu ineditismo, ao contar com a intensa presença e participação de diferentes representantes da sociedade – usuários, profissionais, trabalhadores da saúde, entre outros – nas deliberações da política de saúde<sup>12-14</sup>.

A partir dos discursos presentes na VIII CNS, o artigo aborda: 1) os principais argumentos e propostas políticas relacionadas ao debate da universalização em saúde; 2) os sujeitos e grupos que vocalizaram sentidos relacionados à universalização da saúde; 3) a existência de condições de possibilidades para que um determinado sentido de universalidade ganhasse maior expressão em detrimento de outros sentidos no debate da VIII CNS.

## Material e métodos

O estudo apoiou-se na abordagem teórico-metodológica de Spink e colaboradores<sup>15</sup> sobre a produção de sentidos a partir da análise das práticas discursivas.

Os sentidos são compreendidos como construções sociais, produzidas nas interações cotidianas, e estão presentes nos discursos, o que faz da linguagem uma ferramenta para a construção da realidade. Apresentam regularidades linguísticas, que orientam as práticas cotidianas das pessoas e tendem a manter e reproduzir certos discursos tanto no nível macro dos sistemas políticos e disciplinares quanto no nível restrito dos grupos sociais<sup>16</sup>.

A fim de identificar os discursos e os respectivos sentidos acerca da universalidade no

debate da VIII CNS, foram escolhidos como fonte de análise os principais documentos elaborados na VIII CNS: Anais da Conferência, textos preparatórios para debate e o Relatório Final. Foram também analisados materiais produzidos pela mídia (jornais, vídeos e outros), documentos divulgados pelas instituições relacionadas à saúde coletiva (revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – Cebes, e documentos da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Abrasco) e documentos históricos disponíveis no acervo da Casa de Oswaldo Cruz da Fundação Oswaldo Cruz (COC/Fiocruz).

Os documentos da Conferência utilizados neste estudo foram formulados através de debates prévios, grupos de trabalho, discussão de propostas, negociações e disputas entre diferentes posições e constituíram-se como materiais históricos privilegiados, capazes de apreender os principais argumentos, sentidos, continuidades e deslocamentos argumentativos existentes acerca da universalidade na saúde. Os demais materiais e documentos analisados, por sua vez, permitiram reconhecer e dar visibilidade ao contexto e aos processos político-institucionais que davam sentido aos enunciados, evidenciando os discursos em disputa e as possíveis condições em que esses se apresentavam e foram formados.

A análise foi realizada a partir do seguinte percurso: 1) leitura prévia dos documentos selecionados, seguida da identificação de trechos que continham conteúdo relevante à temática da universalidade; 2) identificação de eixos temáticos que atravessavam o objeto de estudo e que se apresentavam em relação com a temática da universalidade: Direito à saúde; Acesso aos serviços de saúde; Responsabilidade do Estado; Unificação do Sistema Nacional de Saúde (SNS); Estatização do SNS; Setor Privado como Concessão; 3) organização do material em tabelas divididas por documentos e subdivididas pelos eixos temáticos identificados; e 4) análise dos sentidos existentes no contexto de fala e condições de possibilidade, reconhecendo núcleos argumentativos.

## Resultados

### Contexto e pretexto para VIII CNS

A VIII CNS foi organizada num contexto político de transição democrática como resultado das propostas e das lutas do movimento da Reforma Sanitária. É considerada um marco para a saúde no País por simbolizar o processo de construção da plataforma e de estratégias de um movimento de democratização da saúde e por inaugurar um processo de participação da sociedade civil nas deliberações sobre a política de saúde<sup>14,17-20</sup>.

Sua principal finalidade era obter subsídios que contribuíssem para uma reformulação do SNS e proporcionar elementos para o debate da saúde na Assembleia Nacional Constituinte (ANC)<sup>11</sup>. Foi reconhecida como pré-constituente da saúde, onde as principais pautas discutidas seriam conduzidas à ANC como resultantes da vontade de todos os profissionais de saúde e de todos os segmentos da sociedade<sup>21</sup>.

A VIII CNS ocorre no período de 17 a 21 de março de 1986 no ginásio de esportes de Brasília, com a participação de mais de 4.000 pessoas, propondo e discutindo os temas 'Saúde como direito', 'Reformulação do sistema de saúde' e 'Financiamento do setor'<sup>13</sup>. Foi possível inferir neste estudo que a escolha de um local amplo e a convocação de diferentes segmentos sociais foram utilizadas como estratégia de pressão social para que os acordos afirmados fossem legitimados.

Para a composição de delegados, foram escolhidos e/ou indicados representantes de instituições, organizações e entidades segundo critérios definidos internamente por cada uma delas<sup>19</sup>. A proporcionalidade entre categorias representantes gerou diversos conflitos, destacando-se os representantes do setor privado prestador de serviço contratado e autônomo, que se ausentaram da Conferência alegando baixa representatividade em relação à sociedade civil.

Entre as 500 vagas destinadas à sociedade civil: 150 foram destinadas aos trabalhadores e às associações de bairro, no intuito de priorizar esses segmentos; 300 vagas foram distribuídas para representantes de instituições religiosas, representantes dos direitos da mulher, entre outras instituições que apresentavam contribuições para a reformulação do sistema de saúde; 50 vagas foram atribuídas ao setor governamental, com a representação de todos os ministérios e de todas as instituições que, no âmbito estadual, municipal ou da união, tratavam da saúde.

A busca de articulação com outros ministérios foi uma importante tentativa de discutir a saúde de forma ampliada e não setorializada. Os sindicatos, as associações e os conselhos de todos os profissionais de saúde e os empresários da área de saúde também foram contemplados. A *tabela 1*, abaixo, ajuda a visualizar a distribuição das vagas e representações na Conferência.

Tabela 1. Distribuição de vagas para delegados na VIII CNS

| Distribuição de vagas por órgão do Estado      | Vagas | Distribuição de vagas para representações de trabalhadores, prestadores de serviço e sociedade civil | Vagas |
|--|-------|--|-------|
| Ministério da Saúde                            | 80    | Associações e órgãos de representação de produtores privados de serviços de saúde                    | 75    |
| Ministério da Previdência e Assistência Social | 80    | Entidades das diversas categorias de profissionais do setor saúde                                    | 100   |
| Ministério da Educação                         | 40    | Sindicatos e associações de trabalhadores urbanos e rurais (Contag, Conclat, CUT)                    | 150   |

Tabela 1. (cont.)

| Distribuição de vagas por órgão do Estado   | Vagas      | Distribuição de vagas para representações de trabalhadores, prestadores de serviço e sociedade civil | Vagas      |
|---|------------|--|------------|
| Outros Ministérios e Órgãos Federais        | 100        | Confederação Nacional de Associações de Moradores (Conam)  | 50         |
| Secretarias Estaduais                       | 110        | Entidades comunitárias e outras entidades civis  | 100        |
| Secretarias Municipais                      | 90         | Partidos políticos   | 25         |
| <b>Total de vagas para órgãos do Estado</b> | <b>500</b> | <b>Total de vagas para representações de trabalhadores, prestadores de serviço e sociedade civil</b> | <b>500</b> |
| <b>Total de vagas: 1000</b>                 |            |  |            |

Fonte: Elaboração própria a partir dos relatórios da VIII CNS.

A convocação da VIII CNS também serviu como espaço para refazer alianças, traçar estratégias correspondentes e realinhar propostas entre atores para o aprofundamento da reforma no setor saúde<sup>14</sup>. Contudo, uma intenção explícita também era firmar as bandeiras de luta<sup>22</sup>.

De um lado, os reformistas da previdência – representados por atores vinculados ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência (Inamps), como o então presidente Hésio Cordeiro – apresentavam propostas para uma reforma de cunho mais administrativo do setor saúde através de uma ‘unificação por baixo’, descentralizando e unificando o Ministério da Saúde (MS) e o Inamps de forma progressiva, e não no nível federal<sup>22</sup>. Por outro lado, os reformistas da saúde – representados por atores vinculados ao MS, como Sergio Arouca, Presidente da Fiocruz, e Eleutério Rodrigues Neto, secretário-executivo do MS no período – buscavam na Conferência o aprofundamento da proposta de unificação do SNS ‘pelo alto’, através da transferência imediata do Inamps ao MS. A participação de diferentes segmentos sociais serviria de argumento e pressão para o fortalecimento político-institucional do setor saúde, possibilitando avançar na desvinculação da previdência social<sup>22</sup>.

Portanto, o processo de construção e a execução da VIII CNS, além de contribuir para a reformulação do SNS no período de redemocratização do País, propiciaram a abertura de uma grande arena de debates. Nessa arena,

evidenciaram-se disputas entre diferentes concepções do conceito de saúde, de reorganização do sistema e de financiamento, que acirraram-se e tornaram-se notórias no setor saúde brasileiro no período pós-Conferência.

### Sentidos de universalidade na VIII CNS

Um primeiro aspecto relevante elucidado na análise dos sentidos de universalidade na VIII CNS refere-se à ausência de uma preocupação com a conceituação do termo e seu sentido, diferentemente do que ocorre no debate da saúde no Brasil a partir dos anos 2000. Contudo, a percepção da ausência de uma discussão conceitual sobre o termo universalidade na Conferência não descarta a existência de seus diferentes sentidos e ênfases. Assim, a partir dos enunciados expressos nos documentos analisados, buscou-se reconhecer quais e de que forma os temas debatidos associavam-se à questão da universalidade.

Um primeiro tema associado à universalidade foi o de ampliação do acesso, subdividido em dois eixos de discussão: ampliação do acesso vinculado ao conceito ampliado de saúde e ampliação do acesso como garantia da prestação de serviços de saúde. A ampliação do acesso como conceito ampliado de saúde referia-se ao debate da saúde como um direito social e atrelado à cidadania. Paim<sup>23</sup> resume o espírito da discussão em seu texto preparatório para a Conferência:



[...] promover saúde implica em conhecer como se apresentam as condições de vida e de trabalho na sociedade, para que seja possível intervir socialmente na sua modificação, enquanto que respeitar o direito à saúde significa mudanças na organização econômica determinante das condições de vida e trabalho insalubres e na estrutura jurídico-política perpetuadora de desigualdades na distribuição de bens e serviços<sup>23(47)</sup>.

Portanto, a manutenção do estado de saúde da população estaria vinculada a ações articuladas em um conjunto de serviços e políticas relativas a emprego, renda, previdência, educação, alimentação, ambiente, lazer, entre outros. Da mesma forma, Sergio Arouca, em discurso como Presidente da Conferência, expressa claramente a ideia de direito à saúde atrelado a um conceito ampliado de saúde:

[...]. Não é simplesmente não estar doente, é mais: é um bem-estar social, é o direito do trabalho, a um salário condigno; é o direito a ter água, à vestimenta, à educação, e, até a informações sobre como se pode dominar este mundo e transformá-lo. É ter direito a um meio ambiente que não seja agressivo, mas, que, pelo contrário, permita a existência de uma vida digna e decente; a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e de autodeterminação de um povo<sup>24(36)</sup>.

Nesse debate, a garantia do direito à saúde e a ampliação de seu acesso exigiam a definição de políticas sociais e econômicas que fossem capazes de enfrentar as situações de desigualdades. Nesse argumento, explicita-se a perspectiva da determinação social da saúde e da doença, elemento-chave no debate teórico da saúde coletiva e da reforma sanitária.

Portanto, o debate em torno de um conceito ampliado de saúde sugeria a necessidade de mudanças sociais mais profundas e uma nova concepção de Estado, o que também remetia

ao processo político de democratização. Nesse sentido, para Fleury<sup>25</sup>, em texto preparatório apresentado para a Conferência intitulado ‘Cidadania, direitos sociais e Estado’, a forma de garantir uma ampliação do acesso ao direito à saúde seria também através da

[...] democratização do próprio Estado, para que um controle social efetivo seja exercido, de maneira transparente, desconcentrada e descentralizada. Só assim será possível redefinir a política nacional de saúde de maneira efetiva, atribuindo ao Estado democrático a competência não só de normatização e financiamento, mas de real controle e dever e assegurar a universalização do direito à saúde<sup>25(110)</sup>.

O contexto de abertura para o processo de redemocratização do Estado, no final da década de 1980, e a disseminação de propostas para uma reforma ampla nos setores sociais atreladas à ideia de garantia de direitos de cidadania também influenciaram fortemente a emergência da utilização do conceito de universalidade como direito à saúde numa concepção ampliada de saúde.

Já a ampliação do acesso como garantia da prestação de serviços de saúde restringia-se ao debate da oferta de serviços médico-hospitalares. Esse eixo emerge de maneira mais discreta em alguns discursos da Conferência, sobretudo nos trabalhos apresentados pelos expositores do painel ‘Reformulação do Sistema Nacional de Saúde’. Nesse painel, a participação de atores com trajetória institucional no MS ou no Inamps foi majoritária, o que pode justificar o menor aprofundamento do debate político-ideológico e o maior enfoque em propostas técnicas e organizacionais para o novo SNS.

Entre os trabalhos apresentados, a fala de Adib Jatene – representante da Comissão do Ensino Médico do Ministério da Educação na Conferência – focaliza bem a questão da garantia da ampliação do acesso aos serviços médico-hospitalares:

É claro que o setor hospitalar está melhor aparelhado talvez porque a preocupação com a doença é maior. Enquanto que para manter a saúde e fazer prevenção da doença é necessário um trabalho de conscientização e criação de uma mentalidade preventiva [...]. O que realmente precisamos é melhorar e ampliar o atendimento hospitalar e, simultaneamente, empreender uma vigorosa ação no campo da atenção primária, esta, seguramente, responsabilidade governamental. [...]. O segundo aspecto sobre o qual gostaria de fazer uma consideração diz respeito aos recursos para financiar todo o sistema de saúde. Não pretendo nesta minha intervenção incluir os aspectos do problema relacionado com as condições sanitárias, serviço de água e esgoto, alimentação, habitação, higiene do trabalho, salário, etc., mas restringir-me aos recursos para a assistência médico-hospitalar. Uma boa parte da nossa rede hospitalar é anterior à universalização do atendimento feita pelo Inamps<sup>26(130)</sup>.

A elucidação dos eixos acima permitiu reconhecer, portanto, um tensionamento com relação ao tipo de ampliação de acesso ideal para o novo SNS. Deve-se considerar, contudo, que o acesso vinculado ao conceito ampliado de saúde não implica a negação da garantia da prestação de serviços de saúde, mas busca abarcar um conjunto mais amplo de questões e políticas que visem à garantia da saúde. Já na perspectiva da ampliação do acesso como prestação de serviços, há uma indicação de redução das políticas ao setor saúde. No debate da Conferência, a ideia de ampliação do acesso atrelada ao conceito ampliado de saúde demonstrou-se predominante e entoada mais fortemente na arena de debate, sendo o grande mote de todo o temário da VIII CNS.

A análise dos documentos propiciou, ainda, elencar outros eixos norteadores que, embora não definissem o conceito de universalidade, atravessavam-no de forma significativa: Responsabilidade do Estado; Unificação do SNS; Estatização do SNS; Setor Privado como Concessão.

No debate sobre a Responsabilidade do Estado, este deveria garantir o acesso ao direito à saúde de forma ampliada. Logo, a saúde é concebida como bem público e extrapolaria a noção de oferta de serviços de saúde, garantindo condições dignas de vida com políticas sociais e econômicas que resguardassem os direitos dos cidadãos. No entanto, a questão da responsabilidade social e dos indivíduos também emerge nessa discussão, como bem ilustra a fala de Carlyle Macedo, representante da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) em um dos primeiros discursos de abertura da Conferência:

Esse direito [à saúde], esse bem público e esse valor têm que ser assegurados na medida em que todos esses três componentes são atendidos da mesma forma. É aí que a saúde deixa de ser responsabilidade de só uma parte da sociedade para ser responsabilidade de todos, os indivíduos, da sociedade e do Estado. E essa responsabilidade se expressa numa obrigação do poder público, e ao mesmo tempo no dever de cada cidadã<sup>27(25)</sup>.

Logo, observa-se que este eixo remete à discussão sobre o conceito ampliado de saúde e ao direito à saúde, mas também exige o desenvolvimento de estratégias para que o Estado e a sociedade possam garanti-lo. O aprofundamento desse debate sobre as estratégias de organização gerou tensionamentos importantes na VIII CNS e aparecem nos próximos eixos analisados.

No eixo identificado como Unificação do SNS, é evidente a tensão entre os atores da saúde e da previdência. Isso porque havia um consenso quanto à proposta de unificação da saúde, mas divergências quanto à operacionalização dessa proposta. Destacavam-se duas propostas: 1) a defesa de uma unificação ‘por baixo’, através do fortalecimento do processo de descentralização, passando o Inamps ao MS de maneira gradual; e 2) a defesa de uma unificação ‘por cima’, através da transferência do Inamps ao MS.

A justificativa para o apoio à unificação do SNS ‘por baixo’ era que a transferência imediata, sem antes haver uma reforma no interior do sistema previdenciário, enfraqueceria a capacidade negociadora do Inamps e fragilizaria as relações institucionais no setor. Antes era preciso fortalecer as ‘bases’ para configuração de um novo SNS conjuntamente à transferência ao nível federal através das Ações Integradas em Saúde (AIS). Essa iniciativa do Ministério da Previdência nos anos 1980 promovia a transferência financeira de recursos do governo federal aos demais entes federativos com o objetivo de subsidiar a organização de uma infraestrutura de saúde nos estados e municípios e era apresentada como uma ‘estratégia-ponte’ exitosa.

Segundo Raphael de Almeida Magalhães<sup>28</sup> – Ministro do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) durante a Conferência –, o fortalecimento das AIS e sua reformulação corresponderiam ao processo de municipalização.

A municipalização, como instrumento que já nos deixou entrever as possibilidades de êxito, pelo que tem atestado as Ações Integradas de Saúde, e sobretudo como alternativa de integração descentralizada, construída de baixo para cima, precisa atingir consequências maiores: deve incorporar o nível hospitalar público e privado, descentralizando em favor do município, que precisa assumir, como instância governamental, o papel de núcleo gestor do seu sistema de saúde, incorporando sistematicamente e não esporadicamente, como vem acontecendo, a participação da população<sup>28(22)</sup>.

Para os defensores da unificação do SNS ‘pelo alto’, era necessária a construção de um sistema único e abrangente, diferenciando o significado de Sistema Unificado de Saúde – integração administrativa e burocrática – e o Sistema Único de Saúde –, ideia que pressupunha a criação de outro órgão unificando todos os serviços de saúde. Nesse sentido, embora

estivessem na direção correta, as AIS não poderiam ser consideradas a solução definitiva para o problema da unificação dos serviços de saúde. Roberto Figueira Santos, Ministro do MS, em discurso na Conferência, apontava a necessidade de

[...] que a Conferência reconheça como imprescindível a unificação dos serviços de saúde, a curto prazo, e que assinala, de forma justa e com insofismável clareza, a fonte dos recursos que hão de sustentar a prestação destes serviços. [...]. Com efeito, de nada adianta a unificação dos serviços caso parte destes continuassem a merecer financiamento oriundo da contribuição dos trabalhadores, de mistura com o que deles se arrecada para aposentadoria e pensão, enquanto as atividades preventivas, de relevância ao menos igual, continuasse sujeita às minguadas fatias oriundas do Tesouro Nacional<sup>29(17)</sup>.

O eixo Estatização do SNS surge na medida em que o debate se volta para as formas possíveis de ampliação do acesso aos serviços de saúde. A proposta de estatização defendida na Conferência concebia o Estado como único responsável e prestador dos serviços de saúde, e pôde ser observada principalmente nos trabalhos e debates de cunho mais político-ideológico. Na análise desses discursos, destacaram-se duas posições distintas quanto ao eixo: 1) A defesa de uma estatização gradual; 2) A defesa de uma estatização imediata.

A primeira foi defendida por um conjunto de atores que entendia o setor público ainda fortemente dependente do setor privado, sendo mais adequado apostar numa estatização progressiva. Para Francisco Beduschi, médico sanitário e representante da Federação Nacional dos Médicos,

[...] a prestação direta dos serviços de saúde pelo Estado é a única garantia que a população tem de sua continuidade, de que o sistema seja participativo e democrático e que as prioridades maiores sejam as realmente



almejadas e necessitadas pela comunidade. Achamos que a convivência com a iniciativa privada no setor saúde deverá ocorrer na medida em que haja necessidade de se repartir um espaço, mas que a participação direta pelo Estado deverá ser uma meta a ser conseguida dentro de um prazo, dentro de um direcionamento da saúde, no sentido da real promoção da saúde e não do tratamento da doença<sup>21(153)</sup>.

A estatização imediata surge como alternativa, sobretudo na fala dos representantes de sindicatos e associações de trabalhadores, como a Central Única dos Trabalhadores (CUT). Para esses participantes, a prestação de serviços de saúde deveria passar imediatamente para a reponsabilidade do Estado através da prestação direta, evitando a ampliação da iniciativa privada na prestação de serviços. Arlindo Chinaglia Júnior, representante da CUT durante a VIII CNS, assinalava que:

[...]. Sob a égide de que a estatização pode ser autoritária podemos assistir à abertura da porta, escancaradamente, apesar do discurso, à iniciativa privada. Então, Professora Sônia [Fleury], defendemos a estatização sim, mas com o controle dos trabalhadores. Aí não haverá autoritarismo. Portanto, convocamos aqui todos os presentes para defender a estatização e, ao mesmo tempo, defender a democracia do Estado, defender a participação dos trabalhadores<sup>21(120)</sup>.

Contudo, se para alguns atores a estatização (imediate ou gradual) era a principal aposta de reorganização da oferta de serviços do novo SNS, para outros, a viabilidade desse processo gerava preocupação. O último eixo, identificado como 'Setor Privado como Concessão', propunha a reorganização do sistema de saúde através da ação conjunta ou mista entre o setor público e o privado na oferta de serviços, onde este último atuaria como prestador ao Estado por um contrato de concessão de serviços. Nelson Rodrigues dos

Santos – médico sanitário e ex-secretário de saúde no município de Campinas –, em entrevista concedida ao Laboratório do Trabalho e da Educação Profissional em Saúde (Lateps) da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, descreve que essa seria:

[...] uma relação não só contratual, mas de compromisso público, porque o contratante é o Estado, é o poder público, e, ao contratar, contrata uma oferta de serviços planejada pelo Estado<sup>30(652)</sup>.

Da mesma forma, Fleury<sup>25</sup>, em seu trabalho apresentado na Conferência, também não descartava a possibilidade de se considerarem novas formas de relacionamento entre o setor público e o privado para a oferta de serviços, sobretudo diante do panorama de sucateamento dos serviços públicos, que na época havia redundado no incremento dos serviços médico-hospitalares privados no País.

A saúde e, portanto, a assistência, são serviços essenciais e não podem ser vistos de outra forma do que como um bem público. O que isto quer dizer em termos da Configuração do Sistema Nacional de Saúde? Seria a sua estatização? Não necessariamente. Há que considerar que a situação consolidada garante atualmente ao Estado (via recursos previdenciários) o controle financeiro, mas não passa o mesmo com a oferta de serviços. [...]. Já existem experiências na sociedade brasileira em que serviços essenciais, como os transportes e telecomunicações, são monopólios estatais, sendo a prestação de serviços realizada por empresas privadas, consideradas, como concessão. Neste caso, o serviço é assumido como um bem público essencial, permitindo ao Estado mecanismos legais de controle e intervenção sobre os prestadores privados. É necessário avaliar a aplicabilidade destas experiências ao setor saúde<sup>25(110)</sup>.

Um dado relevante a se considerar nessa análise é que o setor privado não participou da

Conferência, alegando pouca representatividade na composição de delegados. Sérgio Arouca em discurso admite que a representatividade do setor privado seria de suma importância para a discussão, dada a sua relevância na oferta de serviços do sistema de saúde vigente, mas que a VIII CNS tinha como peculiaridade a participação popular, e, por isso, a representatividade do setor privado seria menor. Segue trecho a respeito desse impasse:

[...] algumas entidades ligadas ao setor privado se retiraram da Conferência, alegando que, como representavam uma grande porcentagem dos serviços de saúde prestados ao País, deviam ter maior número de delegados. Mas se equivocaram. No meu entender, essa proporção de serviços prestados não corresponde à proporção da população brasileira. Esta é uma Conferência da população brasileira e não uma Conferência dos prestadores de serviços.

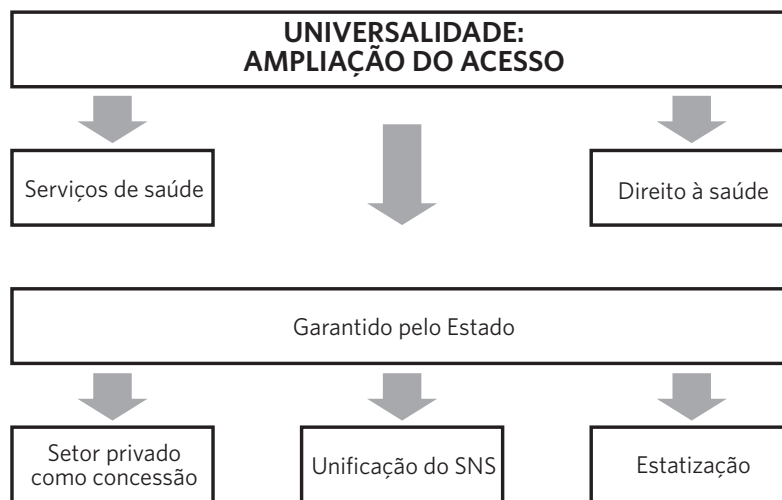
Mas eu lamento profundamente a sua ausência, porque nesta Conferência está se tratando de criar um projeto nacional que não pretende excluir nenhum dos grupos envolvidos

na prestação de serviços, na construção da saúde do povo brasileiro. Assim, a eles queria deixar uma mensagem: que, mesmo na ausência, vamos estar defendendo os seus interesses, desde que estes não sejam os interesses da mercantilização da saúde. Portanto, todo aquele empresário que está trabalhando seriamente na área da saúde, na qualidade da sua competência técnica e profissional, não precisa se sentir aterrorizado, porque aqui ele vai ser defendido<sup>24(39)</sup>.

A ausência de representantes do setor privado na VIII CNS não permitiu, portanto, que a questão relação público/privado ganhasse uma discussão de maior dimensão, já que sobressaiu o consenso entre os atores de que o setor privado poderia atuar como prestador de serviços ao Estado. Logo, não foi possível inferir se a participação do setor privado alteraria as decisões pactuadas e levadas ao Relatório Final.

A fim de sistematizar os eixos encontrados nos discursos da VIII CNS, bem como a relação existente entre eles e a temática, segue a *figura 1* abaixo:

Figura 1. Eixos que atravessam a temática da universalidade no debate da VIII CNS



## Consensos: quais sentidos de universalidade vigoraram após o debate da VIII CNS?

A construção do Relatório Final da VIII CNS levou em consideração os principais consensos acerca dos temas postos em debate, entre eles os eixos identificados na análise deste estudo. Com relação ao termo universalidade, foi possível concluir que sua utilização no debate e nos discursos da Conferência estava atrelada à ideia de ampliação do acesso, sendo a ampliação do direito à saúde, numa perspectiva ampliada, o eixo predominante e pactuado na construção do Relatório Final<sup>31</sup>.

O eixo Responsabilidade do Estado seguiu para a construção do Relatório Final como uma posição predominante durante todo o debate da Conferência. No documento final, a ampliação e a garantia do direito à saúde foram defendidas como dever do Estado, sendo consideradas de caráter essencialmente público.

O eixo Unificação do SNS – tema que gerou diversos conflitos e tensionamentos durante a VIII CNS, como um reflexo de disputas anteriores em jogo no cenário do setor saúde e na previdência – foi pactuado no Relatório Final com a defesa de uma unificação ‘pelo alto’, ou seja, a transferência imediata do Inamps para o MS e a constituição de um comando único do sistema de saúde, porém, com uma separação progressiva dos recursos para financiamento da previdência.

No eixo Estatização do SNS, recusou-se a proposta de estatização imediata no Relatório Final, e em seu lugar pactuou-se a “expansão e fortalecimento do setor estatal em níveis federal, estadual e municipal, tendo como meta uma progressiva estatização do setor”<sup>31(12)</sup>. Fica explícita no documento a preocupação quanto à viabilidade de estatização de um sistema de saúde altamente dependente da oferta de serviços privados. Por essa razão, optou-se por pactuar a participação do setor privado sob o caráter de serviço público ‘concedido’ e por contrato regido sob as normas do direito público.

Por fim, o eixo Setor Privado como Concessão aparece no Relatório Final como o consenso de que os prestadores de serviços privados passariam a ter os seus procedimentos operacionais controlados e suas ações no campo da saúde direcionadas, a fim de coibir lucros abusivos. Seriam subordinados ao papel diretivo da ação estatal, garantindo o controle dos usuários através dos seus segmentos organizados.

A análise dos eixos identificados nos documentos da Conferência e no Relatório Final permitiu inferir, portanto, que os posicionamentos ‘vencedores’ e pactuados buscaram sustentação no discurso político-ideológico da Reforma. Isso significa que, ao considerar uma concepção ampliada de saúde e afirmá-la como um direito social garantido pelo Estado, tais propostas apontavam para uma profunda reformulação do Estado e de suas políticas, transcendendo, assim, o próprio setor saúde.

As orientações retiradas na Conferência serviram ao debate da Comissão pré-constituente da Reforma Sanitária (Comissão Nacional da Reforma Sanitária) e fundamentaram o texto constitucional de 1988. O conceito de universalidade foi adotado como diretriz central da política de saúde. Contudo, não se especificou o debate sobre as diferentes estratégias que se apresentaram na Conferência.

Nos anos 1990, assiste-se a uma ampliação da oferta de serviços de saúde em todo o território nacional, ao mesmo tempo que surgem constrangimentos importantes para a consolidação do SUS, como as restrições orçamentárias vividas pelo setor saúde<sup>32</sup>, a lógica de financiamento setorial atrelada ao modelo de seguridade social sem um aprofundamento do modelo de desenvolvimento<sup>33</sup>, a descentralização atomizada para os municípios com o incentivo à lógica de produção de serviços<sup>34</sup>, o distanciamento do debate político com a sociedade, sem enfrentar a pauta de combate às desigualdades sociais e territoriais e a necessária ampliação dos direitos sociais<sup>35</sup>.

A trajetória do SUS foi marcada por momentos de grandes dificuldades, e os

avanços obtidos estiveram marcados pelas contradições e pelos contrassensos de cada período. Conforme Machado, Lima e Baptista<sup>36</sup>,

nenhum governo nacional do período [1990-2016] 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 se enfrentaram 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.

## Considerações finais

O princípio de universalidade é um conceito que possui diferentes sentidos no debate do setor saúde no Brasil. O reconhecimento dessa premissa e de um tensionamento no debate atual no Brasil – a mudança discursiva do princípio de universalidade como sistemas universais para cobertura universal – suscitou a necessidade de compreender o processo discursivo desse conceito em um momento marcante da história das políticas de saúde no País: a VIII CNS.

O mergulho nos materiais referentes à VIII CNS, assim como o retorno ao contexto político e institucional ao qual estava inserida, possibilitou identificar os principais sentidos de universalidade que se apresentavam no debate, os principais atores que os vocalizam e as condições de possibilidades no contexto daquele período que influenciaram a maior expressão de um sentido de universalidade, em detrimento de outros sentidos.

Embora muito utilizado nos discursos e debates proferidos na VIII CNS, o termo universalidade foi utilizado majoritariamente de maneira superficial, não evidenciando a existência de uma tensão discursiva com relação ao termo naquele determinado contexto. Isso sugere, portanto, que o debate acerca dos sentidos do conceito de universalidade, bem como a percepção de uma mudança de seu sentido é recente no campo da saúde no Brasil.

No entanto, através da identificação dos eixos que atravessavam a temática estudada, foi possível observar que o sentido de universalidade predominante nos discursos da VIII CNS estava atrelado à ideia de conceito ampliado de saúde, remetendo a uma concepção de direito à saúde abrangente. Sentido este vocalizado sobretudo por atores inseridos no cenário acadêmico, representantes de sindicatos, militantes de movimentos sociais e atores do movimento sanitário – o que permite inferir a influência desse sentido de universalidade nos espaços e no cenário da saúde pós-VIII CNS. Além disso, foram identificados como as principais condições de possibilidades para a emergência desse sentido no contexto da VIII CNS: o processo de redemocratização do Estado no final da década de 1980; e a disseminação de propostas para uma reforma ampla nos setores sociais atreladas à ideia de garantia de direitos de cidadania.

Contudo, o estudo conclui que se, por um lado, o sentido de universalidade atrelado ao direito à saúde numa concepção ampliada de saúde foi majoritário e tenha influenciado fortemente o discurso político-ideológico dos atores atuantes no campo da saúde no Brasil, por outro, houve um esvaziamento e uma simplificação do sentido de universalidade nos documentos oficiais elaborados após a VIII CNS, inclusive na Constituição Federal de 1988 – atribuindo-o a um sentido mais restrito.

A indicação de uma disputa de sentidos entre a universalização vista como ampliação do acesso vinculado ao conceito ampliado de saúde e a universalização vista como ampliação do acesso como garantia da prestação de

serviços de saúde aponta, portanto, para a necessidade de uma maior compreensão sobre possíveis desdobramentos que esse tensionamento gerou para o processo de construção e consolidação do SUS, sobretudo nas décadas de 1990 e 2000. Da mesma forma, tornam de grande relevância as investigações no campo da saúde que procurem melhor explorar as condições de possibilidades existentes no cenário atual que contribuem para um distanciamento do conceito de universalidade

dos valores e ideias concebidas e propagadas pelo movimento sanitário e de uma efetiva Reforma Sanitária.

## Colaboradores

Rosário CA (0000-0003-3518-9141)\*, Baptista TWF (0000-0002-3445-2077)\* e Baptista TWF (0000-0002-5422-2798)\* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

---

## Referências

1. Noronha J. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios [internet]. Blog do Cebes. Publicado em 05 de junho de 2013. [acesso em 2013 out 15]. Disponível em: <http://cebes.org.br/verBlog.asp?idConteudo=4518&idSubCategoria=56>.
2. Matta G. Universalidade. Dicionário da Educação Profissional em Saúde [internet]. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. 2009. [acesso em 2013 set 6]. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/uni.html>.
3. Cohn A. A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. Cad. Saúde Pública [internet]. 2009 [acesso em 2013 julho 13]; 25(7):1614-1619. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2009000700020&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000700020&lng=pt).
4. Paim J, Silva L. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. BIS, Bol. Inst. Saúde [internet]. 2010 [acesso em 2020 jan 20]; 12(2):109-114. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/5975/1/Paim%20JS.%202010%20Artigo2.pdf>.
5. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.
6. Brasil. Lei nº 8.080. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 Set 1990. [acesso em 2020 jan 20]. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/lei-8080-lei-orgnica-da-saude\\_4163.html](http://www.cofen.gov.br/lei-8080-lei-orgnica-da-saude_4163.html).

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).



7. Faria T. Dilemas e Consensos: a seguridade social brasileira na Assembléia Nacional Constituinte de 1987/88 – um estudo das micro-relações político-institucionais entre saúde e previdência social no Brasil. [dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 1997.
8. Almeida C. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. *Cad. Saúde Pública*. 2002 [acesso em 2014 out 30]; 18(4):905-925. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2002000400002&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000400002&lng=en).
9. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Manifesto do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde em defesa do direito universal à saúde – saúde é direito e não negócio. 2014. [acesso em 2014 nov 28]. Disponível em: [http://cebes.org.br/site/wpcontent/uploads/2014/09/ManifestoCebes\\_Sa%C3%BAde\\_%C3%A9direito\\_e\\_n%C3%A3o\\_neg%C3%B3cio.pdf](http://cebes.org.br/site/wpcontent/uploads/2014/09/ManifestoCebes_Sa%C3%BAde_%C3%A9direito_e_n%C3%A3o_neg%C3%B3cio.pdf).
10. Cordeiro H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. *Ciênc. Saúde Colet*. [internet]. 2001 [acesso 2013 abr 24]; 6(2):319-328. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232001000200004&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000200004&lng=en).
11. Giovanella L, Fleury S. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: Eibenschutz C. Política de saúde: o público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996. p. 177-198.
12. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Manifesto Cebes: Por que defender o sistema único de saúde? 2014. [acesso em 2014 ago 17]. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/07/layout-7-para-internet2.pdf>.
13. Gadelha PE, Martins R. A política nacional de saúde e a 8ª CNS. *Saúde debate*. 1988; (20):79-83.
14. Neto ER. Saúde: Promessas e Limites da Constituição. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
15. Spink M, organizador. Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Cortez; 2004.
16. Spink M, Medrado B. Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: Spink M, organizador. Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Cortez; 2004. p. 41-61.
17. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo, Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006.
18. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde (MS/SAS); Organização Pan-Americana de Saúde. Relatório Final Projeto “Investigação Sobre a Produção de Conhecimento no Campo da Saúde Coletiva no Brasil e a Trajetória de Formulação e Implementação da Política de Saúde”. Rio de Janeiro: OPAS; 2001.
19. Escorel S, Bloch RA. As Conferências Nacionais de Saúde na construção do SUS. In: Lima NT, Gerchman S, Edler FC, et al., organizadores. Saúde e democracia: História e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 83-119.
20. Guizardi F, Pinheiro R, Mattos RA, et al. Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das conferências nacionais de saúde. *Physis*. 2004; 14(1):15-39.
21. Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde; 17-21 Mar. 1986; Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1987.
22. Baptista T. Seguridade Social no Brasil. *Rev Serv Públ*. 1998; 49(3):101-122.
23. Paim J. Direito à Saúde, Cidadania e Estado. In: Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde; 17-21 Mar. 1986; Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1987. p. 45-60.

24. Arouca S. Conferência: Democracia é Saúde. In: Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde; 17-21 Mar. 1986; Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1987. p. 35- 44
25. Fleury SM. Cidadania, Direitos Sociais e Estado. In: Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde; 17-21 Mar. 1986; Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1987. p. 91-12, 1987.
26. Jatene A. Reformulação do Sistema Nacional de Saúde: algumas considerações In: In: Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde; 17-21 Mar. 1986; Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1987. p. 129-132.
27. Macedo C. Discurso do Diretor-Geral da OPAS. In: Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde; 17-21 Mar. 1986; Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1987. p. 25-28.
28. Magalhães R. Discurso do Ministro de Estado da Previdência e Assistência Social. In: Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde; 17-21 Mar. 1986; Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1987. p. 19-24.
29. Santos RF. Discurso do Ministro de Estado da Saúde, In: Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde; 17-21 Mar. 1986; Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1987. p. 15-18.
30. Santos NR. Entrevista: Nelson Rodrigues dos Santos. Revista Trabalho, Educação e Saúde, [internet]. 2008. [acesso em 2020 jan 20]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v6n3/15.pdf>.
31. Brasil. Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde – Relatório Final. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1986.
32. Dain S. Os vários mundos do financiamento da saúde no Brasil: uma tentativa de integração. Ciênc. Saúde Colet. 2007; 12(supl):1851-1864.
33. Machado CV, Baptista TWF, Lima LD. O planejamento nacional da política de saúde no Brasil: estratégias e instrumentos nos anos 2000. Ciênc. Saúde Colet. [internet]. 2010 [acesso em 2013 mar 19]; 15(5):2367-2382. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000500012&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500012&lng=en).
34. Levcovitz E. Transição e Consolidação: o dilema estratégico da construção do SUS. Um estudo sobre as reformas da política nacional de saúde. [tese]. Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 1997.
35. Pires MRG, Demo P. Políticas de saúde e crise do Estado de Bem-Estar: repercussões e possibilidades para o Sistema Único de Saúde. Saúde Soc., [internet]. 2006 [acesso 2014 ago 2]; 15(2):56-71. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902006000200007&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902006000200007&lng=en).
36. Machado CV, Lima LD, Baptista TWF. Políticas de Saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. Cad. Saúde Pública, [internet]. 2017 [acesso 2018 maio 21]; 33(supl2):e00129616. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2017001405006&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001405006&lng=en).

---

Recebido em 08/04/2019

Aprovado em 10/01/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes)