

**Universidade de São Paulo**  
**Faculdade de Saúde Pública**

**“Minha passagem pelo ministério foi...”: trajetórias de  
atuação de ex-ministros da saúde do Brasil (1995 a  
2016)**

**Danilo Fernandes Brasileiro**

**Tese apresentada ao Programa de Pós-  
Graduação em Saúde Pública para obtenção  
do título de Doutor em Ciências**

**Área de Concentração: Saúde Pública**

**Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Cristina da  
Costa Marques**

**SÃO PAULO**

**2022**

**“Minha passagem pelo ministério foi...”: trajetórias de  
atuação de ex-ministros da saúde do Brasil (1995 a  
2016)**

**Danilo Fernandes Brasileiro**

**Tese apresentada ao Programa de Pós-  
Graduação em Saúde Pública para obtenção  
do título de Doutor em Ciências**

**Área de Concentração: Saúde Pública**

**Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Cristina da  
Costa Marques**

**SÃO PAULO**

**2022**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo da Publicação

Ficha elaborada pelo Sistema de Geração Automática a partir de dados fornecidos pelo(a) autor(a)  
Bibliotecária da FSP/USP: Maria do Carmo Alvarez - CRB-8/4359

FERNANDES BRASILEIRO, DANILO  
"Minha passagem pelo ministério foi...": trajetórias de atuação de ex-ministros da saúde do Brasil (1995 a 2016) / DANILO FERNANDES BRASILEIRO; orientadora MARIA CRISTINA DA COSTA MARQUES. -- São Paulo, 2022.  
287 p.

Tese (Doutorado) -- Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2022.

1. História. 2. Saúde Pública. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Ministros de Estado. 5. Políticas Públicas de Saúde. I. DA COSTA MARQUES, MARIA CRISTINA, orient. II. Título.

# **DANILO FERNANDES BRASILEIRO**

## **“Minha passagem pelo ministério foi...”: trajetórias de atuação de ex-ministros da saúde do Brasil 1995 a 2016**

Tese Apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

### **BANCA EXAMINADORA**

#### **Membros Titulares**

**Professor (a) Doutor (a): Marco Akerman**

**Julgamento:** \_\_\_\_\_

**Professor (a) Doutor (a): Teresinha Covas Lisboa**

**Julgamento:** \_\_\_\_\_

**Professor (a) Doutor (a): Ana Maria Azevedo Figueiredo de Souza**

**Julgamento:** \_\_\_\_\_

#### **Membros Suplentes**

**Professor (a) Doutor (a): Áquilas Nogueira Mendes**

**Julgamento:** \_\_\_\_\_

**Professor (a) Doutor (a): Suzana Cesar Gouveia Fernandes**

**Julgamento:** \_\_\_\_\_

**Professor (a) Doutor (a): Patrícia Bover Draganov**

**Julgamento:** \_\_\_\_\_

*“Todo ponto de vista é a vista de um ponto. Ler significa reler e compreender, interpretar. Cada um lê com os olhos que tem. E interpreta a partir de onde os pés pisam.”*

*Leonardo Boff*

*Dedico a todos aqueles que independentemente da função que ocupem  
nessa engrenagem complexa chamada SUS, travam convictos, as batalhas  
diárias pela sua manutenção e aperfeiçoamento!*

## **AGRADECIMENTOS**

*Ao meu pai Carlos Antônio Brasileiro Rêgo e a minha mãe Eliene Neves Marques Fernandes, pelos pais que são e pela educação que me deram*

*A minha esposa Maria das Dores Alves Ferreira Brasileiro, pela parceria e paciência durante todo o processo de construção desse projeto.*

*A minha orientadora Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Cristina da Costa Marques, por ter aceito esse desafio, quando tantos outros acharam ser inviável. Muito obrigado pela condução e ensinamentos!*

*A Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Cristina Sanna, por me inserir e estimular a enveredar no campo da pesquisa científica. Meu eterno obrigado!*

*Ao Professor Dr. Paulo Roberto Gonçalves Segundo pela sua disponibilidade e colaboração intelectual.*

*Ao Professor Dr. Jairnilson Silva Paim, pela sua generosidade intelectual na análise crítica de um dos artigos que compõe este estudo.*

*Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, pelo suporte e estrutura.*

## SUMÁRIO

<i>Lista de Ilustrações</i> .....	11
<i>Lista de Siglas e Abreviaturas</i> .....	12- 13
<i>Resumo</i> .....	14
<i>Abstract</i> .....	15
<i>Resumén</i> .....	16
<i>1. Introdução</i> .....	17-54
<i>1.1. A necessidade de uma pasta autônoma para a saúde (1910-1952)</i> .....	18-23
<i>1.2. Consolidando-se em tempo de protagonismo assistência médico-previdenciária (1953 a 1987)</i> .....	23-29
<i>1.3. A “nova autoridade nacional de saúde” em um contexto universal de saúde pública</i> .....	29-32
<i>1.4. A reestruturação do Ministério da Saúde</i> .....	32-45
<i>1.5. Tempos de protagonismo ministerial</i> .....	45-52
<i>1.6. Hipótese de Pesquisa</i> .....	52-53
<i>1.7. Justificativa</i> .....	53-54
<i>2. Objetivos</i> .....	55-56
<i>2.1 Objetivo Geral</i> .....	56
<i>2.2 Objetivos Específicos</i> .....	56
<i>3. Método</i> .....	57-80
<i>3.1. Tipo de estudo</i> .....	58-60
<i>3.2. Recorte Temporal</i> .....	60
<i>3.3. Fontes e sujeitos do estudo</i> .....	60-63
<i>3.4. Coleta de dados</i> .....	64-67
<i>3.4.1. Fontes diretas e indiretas</i> .....	64
<i>3.4.2. Entrevistas</i> .....	64 -67
<i>3.4.3. Diário de campo</i> .....	67
<i>3.5. Tratamento e análise das entrevistas</i> .....	67-74
<i>3.5.1. Transcrição</i> .....	67-68
<i>3.5.2. Textualização</i> .....	69
<i>3.5.3 Transcrição</i> .....	69-70
<i>3.5.4 - Análise dos dados</i> .....	70-74
<i>3.6. Referencial teórico-filosófico de análise</i> .....	74-79
<i>3.7. Aspectos éticos</i> .....	79-80
<i>4. Resultados</i> .....	81-254



4.1. Artigo 1. “Estão dizendo por aí que você vai ser o ministro, é verdade?”: memórias de ex-executivos do SUS de 2002 a 2015.....84-115

4.1.1. Resumo, Resumén, Abstract.....	85-86
4.1.2. Introdução.....	86-89
4.1.3. Método.....	89-92
4.1.4. Resultados e Discussão .....	93-109
4.1.4.1. A trajetória Credencia.....	93-199
4.1.4.2. A influência dos Bastidores.....	99-106
4.1.4.3. A Consolidação do Convite .....	106-109
4.1.5. Conclusões .....	110-111
4.1.6. Referências.....	111-115

4.2. Artigo 2. Comunicação Política: a saúde pública nos discursos de posse dos ex-ministros da saúde do Brasil (1995 a 2016) .....116-149

4.2.1. Resumo, Resumén, Abstract.....	117-118
4.2.2. Introdução.....	118-120
4.2.3. Método.....	120-123
4.2.4. Resultados e Discussão .....	124-140
4.2.4.1. Conceitos Depreendidos.....	124-128
4.2.4.2. Desafios Identificados.....	128-131
4.2.4.3. Propostas Definidas.....	131 - 140
4.2.5 - Conclusões .....	140-143
4.2.6 - Referências .....	143-149

4.3. Artigo 3. “Olha, isso aí é uma boa política...”: narrativas de ex-ministros da saúde do Brasil (2002 a 2015).....150 - 185

4.3.1. Resumo, Resumén, Abstract.....	151-152
4.3.2. Introdução.....	152-155
4.3.3. Método.....	155-158
4.3.4. Resultados e Discussão .....	159-175
4.3.4.1. Reminiscências sobre a Gênese e Formulação.....	159-167
4.3.4.2. Reminiscências sobre a Decisão da Implementação....	167-175
4.3.5. Conclusões .....	175-178
4.3.6 Referências.....	178-185

4.4. Artigo 4. “O jogo é muito bruto, não é para amador”: concepções de ex-ministros da saúde sobre a Reforma Sanitária Brasileira (2002 a 2015).....186-216

4.4.1. Resumo, Resumén, Abstract.....	187-188
4.4.2. Introdução.....	188-193
4.4.3. Método.....	193-197
4.4.4. Resultados e Discussão .....	198-210

4.4.4.1. <i>Concepções sobre a RSB</i> .....	198-210
4.4.5. <i>Conclusões</i> .....	210-213
4.4.6. <i>Referências</i> .....	213-216
4.5. <i>Artigo 5. “O ministério é uma máquina de problemas”: perfis de atuação de ex-ministros da saúde do Brasil (2002 a 2015)</i> .....	217-254
4.5.1. <i>Resumo, Resumén, Abstract</i> .....	218-219
4.5.2. <i>Introdução</i> .....	219-222
4.5.3. <i>Método</i> .....	222-226
4.5.4. <i>Resultados e Discussão</i> .....	227 -246
4.5.4.1. <i>Barjas Negri</i> .....	227-229
4.5.4.2. <i>Humberto Costa</i> .....	229-232
4.5.4.3. <i>José Saraiva Felipe</i> .....	232-234
4.5.4.4. <i>José Agenor Álvares da Silva</i> .....	234-238
4.5.4.5. <i>José Gomes Temporão</i> .....	238-241
4.5.4.6. <i>Ademar Arthur Chioro dos Reis</i> .....	241-246
4.5.5. <i>Conclusões</i> .....	247-249
4.5.6. <i>Referências</i> .....	249-254
5- <i>Conclusões</i> .....	255-264
6- <i>Referências</i> .....	265-280
7. <i>Anexos</i> .....	281-287

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES (Introdução e Método)

<i>Figura 1 - Estrutura Organizacional do Ministério da Saúde em 1991</i> .....	35
<i>Figura 2 - Estrutura Organizacional do Ministério da Saúde em 2002</i> .....	36
<i>Figura 3 - Estrutura Organizacional do Ministério da Saúde em 2005</i> .....	37
<i>Figura 4 - Estrutura Organizacional do Ministério da Saúde em 2010</i> .....	38
<i>Figura 5 - Estrutura Organizacional do Ministério da Saúde em 2014</i> .....	39
<i>Figura 6 - Estrutura Organizacional do Ministério da Saúde em 2016</i> .....	40
<i>Quadro 1 - Relação de Ministros da Saúde do Brasil (1953 a 1990)</i> .....	48
<i>Quadro 2 - Relação de Ministros da Saúde do Brasil (1990 a 2016)</i> .....	49
<i>Quadro 3 - Galeria dos Ministros da Saúde do Brasil com Discursos de Posse Incluídos no Estudo</i> .....	62
<i>Quadro 4 - Relação de Ministros da Saúde Entrevistados e Incluídos no Estudos</i> .....	63
<i>Figura 7 - Layout dos componentes do modelo Toulmin (2006)</i> .....	73

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES (Resultados)

<i>Quadro 1 - Relação de Ministros da Saúde Entrevistados e Incluídos no Estudos</i> .....	48; 92; 123; 158; 197; 226
<i>Figura 1 - Layout dos componentes do modelo Toulmin (2006)</i> .....	223
<i>Figura 2 - Alegações que perfazem o perfil de atuação de seis ex-ministros da Saúde (2002 a 2015)</i> .....	246

## **Lista de Siglas e Abreviaturas**

- ABRASCO** - Associação Brasileira de Saúde Coletiva
- AIDS** - Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida
- ANVISA** - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- ANS** - Agência Nacional de Saúde Suplementar
- ATFP** - Aqui Tem Farmácia Popular
- BVS** - Biblioteca Virtual em Saúde
- CAPs** - Caixas de Aposentadorias e Pensões
- Cebes** - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
- CENDES-OPS** - Centro de Estudos do Desenvolvimento da Organização Panamericana de Saúde
- CEME** - Central de Medicamentos
- CONASS** - Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
- CONASEMS** - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
- CIS** - Complexo Industrial da Saúde
- CPMF** - Contribuição Provisória sobre a Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira
- CPPS** - Centro Panamericano de Saúde
- DASP** – Departamento Administrativo do Serviço Público
- DNSP** - Departamento Nacional de Saúde Pública
- DST** - Doenças Sexualmente Transmissíveis
- ENATESPO** - Encontro Nacional de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico
- EUA** – Estados Unidos da América
- FHC** - Fernando Henrique Cardoso
- FNS** - Fundação Nacional de Saúde
- FSESP** - Fundação Serviços de Saúde Pública
- FUNDEF** - Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino e Valorização do Magistério
- HEMOBRAS** - Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia
- HIV** - Vírus da imunodeficiência humana
- IAPs** - Institutos de Aposentadorias e Pensões
- IDH** - Índice de Desenvolvimento Humano
- INAN** - Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
- INAMPS** - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
- INPS** - Instituto Nacional de Previdência Social
- IPEA** - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
- LULA** - Luiz Inácio Lula da Silva

**MARE**-Ministério da Administração e Reforma do Estado  
**MBRO** - Movimento Brasileiro de Renovação Odontológica  
**MESP** - Ministério da Educação e Saúde Pública  
**MPAS** – Ministério da Previdência e Assistência Social  
**MS** - Ministério da Saúde  
**NOAS** - Norma Operacional de Assistência à Saúde  
**NOBs** - Normas Operacionais Básicas  
**PAB** – Piso de Atenção Básica  
**PBS** - Programa Brasil Sorridente  
**PES** - Planejamento Estratégico Situacional  
**PFPPB** - Programa Farmácia Popular do Brasil  
**PMDB** - Partido do Movimento Democrático Brasileiro  
**PMG** - Programa de Medicamentos Genéricos  
**PMM** - Programa Mais Médicos  
**PNSB** - Política Nacional de Saúde Bucal  
**PNSH** - Política Nacional da Saúde do Homem  
**PPI** - Programação Pactuada Integrada  
**PROGRAB** - Programa de Gestão por Resultados na Atenção Básica  
**PSDB** - Partido da Social Democracia Brasileira  
**PSF** - Programa de Saúde da Família  
**PT** - Partido dos Trabalhadores  
**QTR** - Quadro Teórico Referencial  
**RSB** - Reforma Sanitária Brasileira  
**SUDS** - Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde  
**SAMU** - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência  
**SBC** - Movimento de Saúde Bucal Coletiva  
**SCTIE** - Secretaria de Tecnologia e Insumos Estratégicos  
**SESP** – Serviço Especial de Saúde Pública  
**SGTES** - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde  
**SciELO** – Scientific Electronic Library Online  
**SUCAM** - Superintendência de Campanhas de Saúde Pública  
**SUS** - Sistema Único de Saúde  
**SVS** - Secretária de Vigilância em Saúde  
**TCLE** - Temo de Consentimento Livre Esclarecido

## RESUMO

Brasileiro DF. “**Minha passagem pelo ministério foi...**”: trajetórias de atuação de ex-ministros da Saúde do Brasil (1995 a 2016) [TESE]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública - Universidade de São Paulo; 2022.

**INTRODUÇÃO:** Desde o início do século XX aos dias atuais, observou-se numerosas transformações no Ministério da Saúde (MS), como em 1953, ano de sua desvinculação do Ministério da Educação, como também em 1990, ano que marcou sua reestruturação em meio ao contexto de surgimento do Sistema Único de Saúde. Anos mais tarde, entre os anos 1995 a 2016, quando o MS e consequentemente a figura de 12 diferentes ministros, em um contexto de considerável estabilidade econômico e política, durante a gestão de três diferentes Presidentes da República (Fernando Henrique Cardoso, Luis Inácio Lula da Silva e Dilma Rousseff) assumiram de modo inédito, protagonismo na coordenação da saúde, o que levou a questionar: Como foi a trajetória de atuação de ex-ministros da saúde do Brasil entre os anos de 1995 a 2016? **JUSTIFICATIVA:** A relevância em investigar a temática foi sustentada por diferentes argumentos, dentre os quais se destaca o ineditismo investigativo que envolve o tema em questão, além da necessidade de compreensão do arcabouço sócio-histórico atinente à trajetória de atuação do ministro da saúde. **OBJETIVO:** Desenhar a trajetória de atuação de ex-ministros da saúde do Brasil entre os anos de 1995 a 2016, tendo como perspectiva de análise as relações políticas e sociais presentes no contexto e período estudado. **MÉTODO:** Estudo descritivo, histórico, de abordagem qualitativa, que utilizou a história oral temática como método de pesquisa. Além da pesquisa documental centrada nos discursos de posse dos ex-ministros que atuaram entre 1996 a 2016, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, realizou-se entrevistas (4 presenciais e 2 virtuais) com seis ex-ministros da saúde que atuaram entre os anos de 2002 a 2015. Como referencial metodológico de análise, utilizou-se o método “Hermenêutico-dialético” proposto por Maria Cecília de Souza Minayo e método de análise argumentativo denominado de “Modelo Toulmin”. Após o tratamento analítico-metodológico dos dados proveniente de documentos e oriundos das entrevistas, com base nos referenciais teórico-metodológicos, efetuou-se a análise propriamente dita, sob a luz dos referenciais teórico-filosófico da “História do Tempo Presente” guiados principalmente pelas obras de Cristiani Vieira Machado e Carmen Emmanuely Leitão Araújo e também pelo referencial teórico-filosófico de Jairnilson Silva Paim. **RESULTADOS:** A análise dos dados permitiu o desenvolvimento de cinco manuscritos em formato de artigos científicos, atendendo às cinco principais categorias presentes e que expressaram especificidades da trajetória de atuação ministerial: 1 - indicação e nomeação; 2 - construção discursiva de posse; 3- gênese e decisão de implementação de políticas nacionais de saúde; 4 – concepções sobre Reforma Sanitária Brasileira e; 5 – perfis de atuação ministerial. **CONCLUSÕES:** O cargo ministerial é um ativo conscientemente perseguido, já que a trajetória de vida e relações de disputas nos bastidores, são os principais indicadores da elegibilidade dessas personalidades, sendo o processo de escolha e nomeação exclusivamente presidencial. Os discursos de posse se alinharam à agenda de governamental e enunciaram algumas propostas, mas a gênese e a implementação de ações de saúde não obedeceram a uma programação predefinida, contemplando, na gestão, o que foi anunciado no discurso de posse. A gênese e decisão acerca da implementação de políticas nacionais de saúde estiveram geralmente subordinadas à lógica de funcionamento dos componentes de carreira da burocracia técnica ministerial, mas também ao processo autoral de criação, geralmente vinculado às figuras de ex-secretários executivos, ex-ministros da saúde, e pelo presidente da república, enquanto o processo decisório era centralizado no presidente da república, embora houvesse autonomia ministerial em determinadas situações. Percebe-se que as auto-alegações encontradas reproduziram perfis que, procuravam personificar a gestão pela qual respondiam, além de destacar a referência quase unânime da necessidade de complementariedade do perfil de atuação técnico-político a figura do ministro, como condição intrínseca para a condução do cargo.

**Descritores:** Sistema Único de Saúde; História; Saúde Pública; Ministros de Estado; Planos e Programas de Saúde; Administração Pública; Poder Executivo.

## ABSTRACT

Brasileiro DF. “My time in the ministry was...”: performance trajectories of former ministers of health in Brazil (1995 to 2016). [THESIS]. São Paulo (SP): School of Public Health - University of São Paulo; 2022

**INTRODUCTION:** From the beginning of the 20th century to the present day, there have been numerous transformations in the Ministry of Health (MS), such as in 1953, the year of its separation from the Ministry of Education, as well as in 1990, the year that marked its restructuring in context of the emergence of the Unified Health System. Years later, between 1995 and 2016, when the MS and consequently the figure of 12 different ministers, in a context of considerable economic and political stability, during the administration of three different Presidents of the Republic (Fernando Henrique Cardoso, Luis Inácio Lula da Silva and Dilma Rousseff) assumed, in an unprecedented way, a leading role in the coordination of health, which led to the question: How was the performance trajectory of former ministers of health in Brazil between the years 1995 to 2016? **BACKGROUND:** The relevance of investigating the theme was supported by different arguments, among which the investigative novelty that involves the theme in question stands out, in addition to the need to understand the socio-historical framework related to the trajectory of the Ministry of Health. **OBJECTIVE:** To draw the trajectory of action of former ministers of health in Brazil between the years 1995 to 2016, having as a perspective of analysis the political and social relations present in the context and period studied. **METHOD:** Descriptive, historical study, with a qualitative approach, which used thematic oral history as a research method. In addition to the documentary research focused on the inaugural speeches of former ministers who worked between 1996 and 2016, after signing the Free and Informed Consent Term, interviews were carried out (4 in person and 2 virtual) with six former ministers of health who worked from 2002 to 2015. As a methodological framework for analysis, the “Hermeneutic-dialectical” method proposed by Maria Cecília de Souza Minayo and the argumentative analysis method called “Toulmin Model” were used. After the analytical-methodological treatment of the data from documents and from the interviews, based on the theoretical-methodological references, the analysis itself was carried out, in the light of the theoretical-philosophical references of the “History of the Present Time” guided mainly by the works by Cristiani Vieira Machado and Carmen Emmanuely Leitão Araújo and also by the theoretical-philosophical framework of Jairnilson Silva Paim. **RESULTS:** Data analysis allowed the development of five manuscripts in the form of scientific articles, meeting the five main categories present and that expressed specificities of the ministerial performance trajectory: 1 - indication and appointment; 2 - discursive construction of possession; 3- genesis and decision to implement national health policies; 4 – concepts on Brazilian Sanitary Reform and; 5 – ministerial performance profiles. **CONCLUSIONS:** The ministerial position is a consciously pursued asset, since the life trajectory and relationships of disputes behind the scenes are the main indicators of the eligibility of these personalities, with the process of selection and appointment being exclusively presidential. The inaugural speeches were aligned with the governmental agenda and set out some proposals, but the genesis and implementation of health actions did not obey a predefined schedule, contemplating, in the management, what was announced in the inauguration speech. The genesis and decision about the implementation of national health policies were generally subordinated to the working logic of the career components of the ministerial technical bureaucracy, but also to the authorial creation process, usually linked to the figures of former executive secretaries, former ministers of health, and by the president of the republic, while the decision-making process was centered on the president of the republic, although there was ministerial autonomy in certain situations. It can be seen that the self-claims found reproduced profiles that sought to personify the management for which they were responsible, in addition to highlighting the almost unanimous reference to the need for complementarity of the technical-political performance profile to the figure of the minister, as an intrinsic condition for conducting of the charge.

**Key-words:** Unified Health System; History; Public Health; Ministers of State; Health Plans and Programs; Public administration; Executive power.

## RESUMEN

Brasileño DF. “Mi tiempo en el ministerio fue...”: trayectorias de trabajo de los ex ministros de salud en Brasil (1995 a 2016). [TESIS]. São Paulo (SP): Escuela de Salud Pública - Universidad de São Paulo; 2022

**INTRODUCCIÓN:** Desde principios del siglo XX hasta la actualidad, ha habido numerosas transformaciones en el Ministerio de Salud (MS), como en 1953, año de su separación del Ministerio de Educación, así como en 1990, el año que marcó su reestructuración en el contexto del surgimiento del Sistema Único de Salud. Años después, entre 1995 y 2016, cuando la MS y consecuentemente la figura de 12 ministros diferentes, en un contexto de gran estabilidad económica y política, durante la gestión de tres diferentes Presidentes de la República (Fernando Henrique Cardoso, Luis Inácio Lula da Silva y Dilma Rousseff) asumió, de manera inédita, un papel protagónico en la coordinación de la salud, lo que llevó a la pregunta: ¿Cómo fue la trayectoria de actuación de los exministros de salud en Brasil entre los años 1995 y 2016? **JUSTIFICACIÓN:** La pertinencia de investigar el tema fue sostenida por diferentes argumentos, entre los cuales se destaca la novedad investigativa que envuelve el tema en cuestión, además de la necesidad de comprender el entramado sociohistórico relacionado con la trayectoria del Ministerio de la Salud. **OBJETIVO:** Trazar la trayectoria de acción de los ex ministros de salud de Brasil entre los años 1995 a 2016, teniendo como perspectiva de análisis las relaciones políticas y sociales presentes en el contexto y período estudiado. **MÉTODO:** Estudio descriptivo, histórico, con abordaje cualitativo, que utilizó la historia oral temática como método de investigación. Además de la investigación documental enfocada en los discursos de toma de posesión de exministros que laboraron entre 1996 y 2016, luego de la firma del Término de Consentimiento Libre e Informado, se realizaron entrevistas (4 presenciales y 2 virtuales) a seis exministros de salud que laboraron de 2002 a 2015. Como marco metodológico de análisis se utilizó el método “Hermenéutico-dialéctico” propuesto por Maria Cecília de Souza Minayo y el método de análisis argumentativo denominado “Modelo Toulmin”. Luego del tratamiento analítico-metodológico de los datos de los documentos y de las entrevistas, a partir de los referentes teórico-metodológicos, se procedió al análisis propiamente dicho, a la luz de los referentes teórico-filosóficos de la “Historia del Tiempo Presente” guiada principalmente por los trabajos de Cristiani Vieira Machado y Carmen Emmanuely Leitão Araújo y también por el marco teórico-filosófico de Jairnilson Silva Paim. **RESULTADOS:** El análisis de los datos permitió la elaboración de cinco manuscritos en formato de artículos científicos, atendiendo las cinco principales categorías presentes y que expresaron especificidades de la trayectoria de actuación ministerial: 1 - indicación y nombramiento; 2 - construcción discursiva de posesión; 3- génesis y decisión de implementar políticas nacionales de salud; 4 – conceptos sobre la Reforma Sanitaria Brasileña y; 5 – perfiles de desempeño ministerial. **CONCLUSIONES:** El cargo ministerial es un activo buscado conscientemente, ya que la trayectoria de vida y las relaciones de disputas entre bastidores son los principales indicadores de la elegibilidad de estas personalidades, siendo el proceso de selección y designación exclusivamente presidencial. Los discursos inaugurales estuvieron alineados con la agenda gubernamental y plantearon algunas propuestas, pero la génesis e implementación de las acciones de salud no obedecieron a un cronograma predefinido, contemplando, en la gestión, lo anunciado en el discurso inaugural. La génesis y decisión sobre la implementación de las políticas nacionales de salud estuvo generalmente subordinada a la lógica de trabajo de los componentes de carrera de la burocracia técnica ministerial, pero también al proceso de creación autoral, generalmente vinculado a las figuras de exsecretarios ejecutivos, exministros de salud, y por el presidente de la república, mientras que el proceso de toma de decisiones estaba centrado en el presidente de la república, aunque existía autonomía ministerial en determinadas situaciones. Se puede apreciar que las auto reclamaciones encontraron perfiles reproducidos que buscaban personificar la gestión a su cargo, además de resaltar la referencia casi unánime a la necesidad de complementariedad del perfil de desempeño técnico-político a la figura del ministro, como condición intrínseca para la conducción de la carga.

**Descriptor:** Sistema Único de Salud; Historia; Salud Pública; Ministros de Estado; Planes y Programas de Salud; Administración Pública; Poder Ejecutivo.



## ***1-Introdução***

---

A coordenação federal da saúde brasileira por meio de um órgão específico, como se conhece nos dias atuais, representada pela figura do Ministério da Saúde (MS), perpassa uma trajetória histórica muito peculiar, na qual destacam três momentos específicos: o primeiro entre os anos 1910 e 1952, quando amadureceram as discussões sobre a necessidade de um órgão federal exclusivo de coordenação da saúde brasileira; o segundo de 1953 a 1987, quando ocorreu a criação do MS, seguida pelo aperfeiçoamento do funcionamento do referido órgão (MS); o terceiro período de 1988 a 2016, quando o MS se consolidou e a partir do advento, implementação e aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde constituiu-se como uma “nova autoridade sanitária nacional” (MACHADO, 2005, p.18). Sobre cada um deles se irá discorrer a seguir, para situar a questão de pesquisa.

### **1.1 - A NECESSIDADE DE UMA PASTA AUTÔNOMA PARA SAÚDE (1910 a 1952)**

No que tange ao primeiro período (1910-1953), sabe-se que desde as décadas *de 1910 e 1920*, médicos e sanitaristas, analisando o cenário de precariedade das condições sanitárias nacionais, centralmente no ambiente rural, reconheciam e já manifestavam a necessidade de criação de um órgão federal exclusivo de coordenação das ações de saúde (HAMILTON & FONSECA, 2003).

Segundo Hamilton e Fonseca (2003), no percurso histórico de institucionalização da saúde pública brasileira, principalmente nos primeiros anos do século XX, era manifesta a necessidade da criação de um “ministério para a saúde”; todavia, o arranjo político institucional daquele período fez com que muitas propostas de criação sucumbissem, principalmente pela rejeição e pressão das oligarquias rurais que

acreditavam que o aumento da influência da federação sobre a saúde enfraqueceria a autonomia e poder de atuação dos Estados e de seus representantes nas instâncias legislativas.

Como alternativa, surgiu um órgão que organizaria, coordenaria e direcionaria as ações de saúde pública a partir de 1920, o então Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), criado através do decreto n. 3.987, de 2 de janeiro de 1920, extinguindo a Diretoria-Geral de Saúde Pública (HOCHMAN, 1998). Todavia, segundo Cabral (2019), o supracitado órgão, a partir de 1930, no início da Era Vargas, foi subordinado ao Ministério da Educação e Saúde Pública, (MESP), criado pelo decreto n. 19.402, de 14 de novembro de 1930.

Embora tenha sido subordinado ao MESP, o DNSP representou nos anos 1920 uma ruptura ideológico-organizacional no campo da saúde pública brasileira, corroborando para que, de maneira inédita, a capacidade intervencionista da União sobre o campo da saúde aumentasse consideravelmente, em um momento histórico de centralização administrativa associada à expansão do Estado (HOCHMAN, 1993).

Percebe-se que, a partir da década de 1930, ainda que aglutinado à pasta da educação, a coordenação da saúde pública nacional já estava inserida na estrutura burocrática do Estado brasileiro. Segundo Menigucci (2007), identifica-se, nesse período, as raízes modernas da dicotomização da assistência à saúde brasileira (mix privado e público), sobretudo pela expansão da assistência médica individual curativa, no âmbito do sistema previdenciário, cujo acesso contemplava apenas trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho (MACHADO, 2005), por meio dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs).

Enquanto as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), criadas em 1923 (Decreto-Lei nº 4. 682) responsáveis pela a seguridade social de trabalhadores de empresas específicas do sistema ferroviário, os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) por sua vez, contemplavam a aglutinação de outras categorias não contempladas pelas CAPs, como funcionários públicos, comerciários, bancários, etc., tanto que incorporaram:

*“[...]cada um deles, uma categoria profissional e passaram a ser de caráter nacional. Os efeitos da criação sucessiva de vários IAPs em relação à assistência médica consistiram, por um lado, em possibilitar a ampliação da assistência, ao estender a cobertura previdenciária às diferentes categorias profissionais, e, por outro, em institucionalizar a diferenciação dessa assistência conforme a categoria de trabalhadores, reproduzindo na saúde as diferenciações observadas nas características gerais de cada instituto (MENIGUCCI, 2007, p.63)”*

Importante mencionar, conforme afirmou Hochman (1993), que esse processo de regulação e coletivização intervencionista do Estado acerca de cuidados com a saúde, ainda que de maneira incipiente, refletidas sobretudo através de ações públicas de seguridade social e proteção trabalhista, somadas a outras ações infra-estruturais no campo em questão, certamente não sanou problemas relacionados a endemias rurais, surtos epidêmicos, ausência de saneamento, entre outros. Todavia representou melhorias em comparação a indicadores de anos anteriores à década de 1920 e, mais do que isso, permitiu que políticas de saúde desempenhassem protagonismo na elevação da capacidade do Estado brasileiro em intervir amplamente sobre seu território e, de modo eficaz, integrá-lo, tanto é que a partir de 1930, o governo do então presidente Getúlio Vargas, ainda segundo Hochman (1993), herdava uma estrutura estatal e uma burocracia com razoável capacidade de atuação autônoma sobre o território nacional.

Como destacou Machado (2005), a partir da década de 1930 ocorreu a expansão da assistência médica curativa, dada a consolidação dos IAPs, muito embora existisse o MESP, que conduzia, através do DNSP, uma agenda sanitária centrada no controle de endemias e epidemias, o sistema de assistência médica individual previdenciária estava subordinado ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, reforçando a fragmentação da gestão nacional de saúde, o que justificava a necessidade da representação unificada da coordenação da saúde pública nacional, por meio de um órgão autônomo.

A partir do ano de 1937, com a instituição do período político denominado de Estado Novo (1937-1945), em meio também a promulgação de uma nova Constituição Federal (1937) pelo então presidente Getúlio Vargas, a coordenação federal da saúde pública, sob reponsabilidade do então ministro do MESP, Gustavo Capanema, seguiu uma lógica em que assegurava a ampliação das ações federais nos estados, sobretudo através da supervisão das Delegacias Federais, ao passo que evitava atritos políticos e gerenciais com oligarquias regionais (FONSECA, 2007).

Uma das características principais da condução das políticas de saúde no Governo Vargas, segundo Luz (2007), foi o apelo a tradição de descentralização, burocratização e interiorização das ações de saúde e, como afirmou Fonseca (2007), a coordenação federal de saúde no Governo Vargas, viabilizou a emancipação de ações de saúde nacionais abrangentes, permitindo diagnósticos regionais e interiorização de ações nacionais de saúde pública, ainda que, sustentadas por uma lógica sanitária de higienismo social.

Menciona-se que a condução federal da saúde pública durante a presidência de Getúlio Vargas, não coincidentemente, esteve alinhada a uma lógica que impunha uma nova visão da administração pública, aglutinada a um projeto de expansão das capacidades administrativas, reforçando sua atuação centralizada (RABELLO, 2011).

Assim, destaca-se o papel do DASP (Departamento Administrativo do Serviço Público), criado pelo Decreto-lei n. 579, de 30 de julho de 1938, órgão que coordenou por meio da formação e uma elite técnica nacional, o insulamento burocrático do país, através da organização de orçamentos, da classificação de cargos, da introdução de métodos e técnicas, da universalização de procedimentos, bem como através da organização de processos seletivos de funcionários por meio de critérios meritocráticos (concursos públicos) (RABELO, 2011).

Nesse período, destaca-se a criação do SESP (Serviço Especial de Saúde Pública) em 17 de julho de 1942, fruto da cooperação entre Estados Unidos da América (EUA) e Brasil, economicamente fomentada pela Fundação Rockefeller, serviço esse que promovia ações federais de saneamento, ações de educação sanitária, formação de recursos humanos, atendimento à população rural, etc., guiado por uma lógica biomédica de produção de saúde (FRAGA, 2021).

Nesse sentido, sob os desígnios de uma nova lógica reformista burocrática federal, acima mencionada, a partir da década de 1940, o surgimento de uma pasta autônoma da saúde inserida na burocracia federal era cada vez mais urgente, de modo que se presenciava naquele período a intensificação de ações de alguns partidos políticos e de médicos sanitaristas para que se concretizasse a criação de um ministério independente para a saúde, vista como condição *“sine qua non para a solução dos graves problemas sanitários brasileiros”* (HAMILTON & FONSECA, 2003, p.798), já que as referidas figuras reforçavam *“o desejo de delimitar um espaço de atuação próprio para a saúde pública e, ao mesmo tempo, elevar seu estatuto dentro do Estado, transformando-a em pasta independente”*, consequentemente desarticulando-o do MESP (HAMILTON & FONSECA, 2003, p.799).

A partir do ano de 1952, durante o segundo governo Vargas (1951-54), foi proposto uma ampla reforma administrativa do Estado, que contemplava, no seu anteprojeto, a criação de uma nova pasta ministerial exclusiva para a saúde, sendo que no ano de 1953 ocorreu, então, a criação do Ministério da Saúde do Brasil (Lei nº 1.920, de 25/7/1953) enquanto pasta autônoma que, segundo Hamilton e Fonseca (2003), representou dentre outras coisas o, atendimento de demandas do movimento médico-sanitário da época e sobretudo, de compromissos políticos por parte de Getúlio Vargas.

## **1.2 - CONSOLIDANDO-SE EM TEMPOS DE PROTAGONISMO DA ASSISTÊNCIA MÉDICO-PREVIDENCIÁRIA (1953 a 1987)**

Embora a criação do MS possa ser considerada como um marco histórico no cenário político da saúde brasileira, ocorreu que, a partir do momento em que foi inaugurada como pasta autônoma, tornou-se um ativo político de negociação. Além disso, a sua criação não representou, nas décadas iniciais, uma ruptura no projeto de funcionamento e condução da saúde pública brasileira, já que sua estrutura institucional permaneceu estanque por alguns anos, sendo que a mudança mais significativa talvez tenha sido, de fato, a desincorporação administrativa das demandas específicas entre as pastas da saúde e da educação (HAMILTON & FONSECA, 2003).

No ano seguinte à criação do MS, destaca-se, como fato político relevante, a regulamentação do Código Nacional de Saúde, através da *Lei nº 2.312, de 3 de setembro de 1954, que estabelecia, como “ Dever do Estado, bem como da família, defender e proteger a saúde do indivíduo.”* Desse modo, competia ao órgão federal de saúde, por assim dizer o MS, as seguintes ações:

- a) acompanhar, vigilante, a marcha das epidemias ou endemias em outros países, fazendo a defesa sanitária do país, contra sua entrada no território nacional;
- b) estudar a possibilidade de propor a assinatura de acordo com outros países, ou organizações sanitárias internacionais, para solução de problemas de saúde de interesse comum;
- c) firmar convênios com Estados, Distrito Federal e Territórios, proporcionando-lhes recursos técnicos e financeiros, coordenando-lhes a ação, e estimulando-lhes o trabalho;
- d) traçar e executar planos de assistência médico-sanitária, hospitalar e medicamentosa ao homem brasileiro;
- e) realizar e orientar ampla educação sanitária do povo.

Segundo Machado (2005) o MS, entre as décadas de 1950 a 1980, geriu ações de saúde nacionalmente, aproximando-se de uma concepção universal e, embora com capacidade de financiamento limitada, formulou e implementou políticas, firmou convênios com estados e municípios, além de seguir uma lógica racional-epidemiológica acerca de específicas ações programáticas em que se considerava as características sócio-demográficas direcionadas à grupos específicos, com base em agravos de saúde prevalentes como, por exemplo câncer e tuberculose entre outros.

Nesse sentido, apesar da criação do MS, permaneceu dicotomizada à gestão e condução da assistência federal de saúde brasileira, sobretudo por se considerar que, apesar das ações de medicina preventiva e combate a endemias e epidemias estarem centralizadas em órgãos do MS como, por exemplo, a Fundação do Serviço Especial de Saúde Pública (Lei nº 3.750, de 11/4/1960) e a Superintendência de Campanhas de Saúde



Pública (SUCAM) (Decreto nº 66.623, de 22/5/1970), a assistência médica individualizada ainda estava sob os desígnios previdenciários, tanto que a partir de 1966, passou por uma nova ruptura, quando os IAPs foram integrados pelo recém-criado Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) (Decreto nº 72, de 21 de novembro de 1966), que contemplava o seguro social para todos os assalariados urbanos, aglutinando cada vez mais contribuintes e aumentando progressivamente a oferta e despesas atinentes à assistência médica individualizada, em um cenário de intensa industrialização do país (MENIGUCCI, 2007)

Embora se perceba a desarticulação relativa à coordenação da saúde pública naquele período, de acordo com Draibe (1994), a partir de 1975, com a Lei nº 6.229, que criou o Sistema Nacional de Saúde, que *“apresentava uma série de limitações e na verdade tratava de definir atribuições diferenciadas para o Ministério da Saúde e Ministério da Previdência, não trazendo as condições para uma efetiva unificação da política”* (MACHADO, 2005, p72).

Constata-se então uma escalada do sistema médico previdenciário no Brasil, cujo ápice pode ser constatado em meados da década de 1970, principalmente pelo fato de que, em 1977, ocorreu o surgimento do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que passou a conduzir a política de assistência médica no âmbito da Previdência, além de dispor de mais capital político e financeiro que o MS (MACHADO, 2005), o que colaborou para que, até 1988, não houvesse uma política nacional de saúde integrada, pois sinteticamente:

*“Ressalte-se ainda que nos anos 70 ocorre um fortalecimento do subsistema de assistência médica previdenciária sob comando do INPS e depois do INAMPS, enquanto o Ministério da Saúde e as ações de saúde pública ficam relegados a segundo plano, com maiores dificuldades políticas, institucionais e financeiras. Por mais de dez*

*anos, o INAMPS tem um papel importante na condução da política de saúde do país, ao coordenar o subsistema de assistência médica previdenciária e dispor de maior poder político e financeiro do que o Ministério da Saúde (MACHADO, 2005, p.73).*

É importante destacar que entre os anos de 1964 a 1985 o país vivia sob um regime militar ditatorial, que afetava o setor saúde de maneira implacável, dado que o Ministério da Saúde, segundo Escorel (2008), com o orçamento de menos de 2% do Produto Interno Bruto, transformou a saúde pública em “*uma máquina ineficiente e conservadora, cuja atuação restringia-se a campanhas de baixa eficácia*”, em uma lógica de produção de saúde guiada pelo lucro, reforçando a compra de serviços privados de saúde pela seguridade social, que de acordo com Luz (2007), contribuiu para conformação de uma “burguesia da saúde”, que era:

*(...)caracterizada, quanto à sua composição, por proprietários de empresas, grandes hospitais e clínicas médicas privadas; por grupos médicos ligados aos serviços médicos destinados às empresas; pelas grandes indústrias de equipamentos médicos, nacionais e internacionais; pelas empresas multinacionais de produtos farmacêuticos e, finalmente, pelos grandes médicos liberais, defensores de uma ideologia privatista em relação aos serviços médicos (LUZ, 2007, p.87)*

Embora o período entre meados da década de 1960 até o final da década de 1970, tenha sido marcado pela escalada autoritária e pelo reforço do modelo médico-curativista previdenciário, há que se mencionar também que foi um período de suma importância, no que concerne os desdobramentos históricos que culminaram na consolidação na década de 1980, do movimento conhecido como Reforma Sanitária Brasileira (RSB).

Nesse sentido, em 1963 especificamente ocorre um marco crucial em prol das discussões em saúde no Brasil, a III Conferência Nacional de Saúde, que segundo Luz (2007, p.102), se configurou como “*um fórum importante de discussão das políticas brasileiras de saúde*”, pois apesar de ser promovida pelo Estado através do Ministério da Saúde, envolveu diversos setores da sociedade interessados, gerando “*um diálogo raro entre Estado e sociedade no nosso país, antecipando decisões políticas e leis concernentes à saúde*” (LUZ, 2007, p.102).

Além disso, cabe enfatizar de acordo com Escorel (2008), sob influência do modelo médico-preventivista de atenção à saúde, que havia se iniciado nos EUA na década de 1960 e que pretendia mudar a prática médica pela inclusão da prevenção, mas sem alterar a forma liberal de organização da atenção à saúde, o surgimento de projetos regionais inovadores e exitosos, que ganharam destaque no decorrer da década de 1970 e que deram sustentação prática à base teórico-ideológica da Reforma Sanitária, como por exemplo o Projeto Montes –Claros (1971-1974), que permitiu experimentar a aplicação dos princípios de regionalização, hierarquização, administração democrática, integralidade da assistência à saúde, através de um modelo assistencial de ampliação cobertura de serviços de saúde a baixo custo, no Estado de Belo Horizonte (ESCOREL,2008).

Acrescenta-se a isso, o fato de que a partir de 1974, segundo Escorel (2008), durante o governo do General Ernesto Geisel, o regime militar ditatorial foi perdendo força, à medida que, às custas de muita luta e resistência se organizava o movimento sanitário, período em que o Ministério da Saúde desempenhava um papel secundário, embora:

*“(...) em seu interior, um grupo novo de técnicos combateu os interesses do setor privado encastelado na previdência social, bem como*

*procurou resgatar o papel condutor da política de saúde para o MS. Enfrentando oposição interna, esse grupo adotou uma proposta de atuação cujo corpo doutrinário era o da medicina comunitária e de extensão de cobertura difundido pelos organismos internacionais – programas fundamentados nos conceitos de regionalização, hierarquização, integração dos serviços, cuidados primários a cargo de auxiliares de saúde e participação comunitária. Para ocupar o papel de coordenador da política de saúde, o MS ocupou espaços de ‘conflito não-conflagrado’ como o das Conferências Nacionais de Saúde. (SCOREL,2008, p.58)”*

Assim, paulatinamente, o movimento sanitário, que para Escorel (2008), foi um movimento composto por profissionais de saúde, que compartilhavam o referencial médico-social acerca dos problemas sanitários e que, através de práticas políticas, ideológicas e teóricas, buscou a transformação do setor saúde no Brasil em prol da melhoria das condições de saúde brasileira, regido sob a premissa de direito de cidadania, foi se encorpando, sobretudo a partir do fim da década de 1970 e início da década de 1980, com destaque à promoção do I Simpósio Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados, em novembro de 1979, até o início das Ações Integradas de Saúde, em 1982, com o qual se iniciou, apesar das inúmeras resistências e conflitos, o processo de universalização da assistência médica no Brasil (SCOREL, 2008).

Com o fim da Ditadura Militar em 1985 e início do processo de redemocratização do país, em 1986, destaca-se, a promoção da 8ª. Conferência Nacional de Saúde, que de modo inédito incluiu a participação de usuários do sistema de saúde, gerando um relatório final, que contemplou a unificação do sistema de saúde, estabeleceu um conceito ampliado de saúde (direito de cidadania e dever do Estado), propôs novas bases orçamentárias do sistema, além de viabilizar a criação de instâncias institucionais de participação social (SCOREL, 2008).

Subsequentemente, no ano de 1987, foi aprovada a implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), precursor do Sistema Único de Saúde (SUS), que a priori, estabeleceu a descentralização de ações de saúde para estados e municípios, definindo a nomeação e atuação de um gestor executivo único para cada esfera governamental, bem como a transferência para os níveis descentralizados dos instrumentos de controle sobre o setor privado (SCOREL, 2008).

### **1.3 - “A NOVA AUTORIDADE SANITÁRIA NACIONAL” EM UM CONTEXTO UNIVERSAL DE SAÚDE PÚBLICA**

Certamente a RSB expressou a singularidade de um contexto histórico em que sobretudo o direito a saúde se tornou uma das principais bandeiras direcionadas à luta pela redemocratização brasileira (MOTA et al. 2021), já que se considerava, naquele momento, que “saúde é democracia e democracia é saúde (AROUCA, 1987; SCOREL, 1988)”. Tal movimento, foi constituído e construído a partir de três vertentes, a estudantil e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes); a dos movimentos de Médicos Residentes e de Renovação Médica; e a dos profissionais das áreas de docência e pesquisa das universidades, sendo a primeira responsável por difundir a teoria da medicina social, a segunda responsável pelas disputas políticas do campo de trabalho em saúde e a terceira, responsável pela construção do marco teórico, o referencial ideológico (SCOREL,2008).

Ademais, o contexto sócio-histórico de redemocratização do Brasil entre as décadas de 1970 e 1980, e também de luta pela RSB, em que se promulgou a “Constituição Cidadã”, possibilitou que a saúde passasse a ser entendida como “*direito individual e deu origem ao processo de criação de um sistema público, universal e*

*descentralizado de saúde, alterando profundamente a organização da saúde pública no país” (PAIVA & TEXEIRA, 2014, p.15).*

Dessa forma, conforme descrito no artigo 196 da Constituição Federal de 1988, a saúde passava a ser reconhecida como “direito de todos e dever do Estado”, mediante políticas sociais e econômicas que deveriam reduzir risco de doenças e outros agravos, garantindo acesso universal e igualitário à serviços, programas e ações direcionados a promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1988), que segundo Luz (2007, p.91), representava o rompimento de uma visão tradicional de saúde, que a posicionava como *“como visão desmedicalizada da saúde, na medida em que subentendia uma definição afirmativa (positiva) de saúde, diferente da visão tradicional, que identificava a saúde com ausência relativa de doença, visão esta típica das instituições médicas”* e do cenário político de saúde brasileiro até então.

A supracitada conceptualização começou a assumir uma versão prática quando o mesmo texto da referida constituição, o artigo 198, definiu que as ações de saúde passariam a partir daquele instante, a integrar uma rede hierarquizada, regionalizada e universalizada, inserida em um Sistema Único de Saúde, guiado por diretrizes como descentralização, integralidade e participação social (BRASIL, 1988).

Nesse contexto de ruptura e reformulação no setor saúde brasileiro, segundo Machado (2005) foi a partir da Lei Orgânica da Saúde - Lei 8080, de setembro de 1990, que além de regulamentar a implementação do SUS, discriminou as competências atributivas de cada esfera governamental (federação, estados e municípios), nomeando explicitamente o *“Ministério da Saúde como autoridade executiva da política de saúde no âmbito nacional”*, que de acordo com Luz (2007), a partir daquele momento, o Ministério da

Saúde, passava a ser o responsável, condutor, gestor e executor principal da Reforma Sanitária e das políticas de saúde subsequentes.

Não bastasse tal definição apresentada acima, um novo ato que marcou a reestruturação do MS, atenuando assim a dicotomia na assistência a saúde presente até aquele momento histórico, foi a extinção do INAMPS (BRASIL, 1993), considerado como *“um aspecto fundamental para possibilitar a formação de um novo gestor federal para o Sistema Único de Saúde, e, sobretudo, viabilizar a descentralização de poder, atribuições e recursos para os municípios (MACHADO, 2005, p.100)”*, já que é seguramente foi definido como *“ um momento decisivo para a construção do novo Ministério da Saúde, com um perfil institucional mais coerente com as diretrizes do SUS. (MACHADO, 2005, p.100)*

Ademais, destaca-se as Normas Operacionais do SUS (NOBs) que no período de 1990 a 2002, foram importantes instrumentos de regulamentação, organização e descentralização pois, segundo Machado (2005), surgiram para preencher a lacuna contida no arcabouço jurídico legal do SUS, pois mesmos os dispostos contidos na Constituição de 1988 e nas Leis 8.080 e 8.142 de 1.990, não foram suficientes para parametrizar a operacionalização do SUS.

Assim, entre nos anos de 1993 e 1996, através das Normas Operacionais Básicas do SUS (NOB-SUS 93 e 96), foram estabelecidos critérios, parâmetros e responsabilidades para os gestores do SUS, no intuito de normatizar a planificação e difundir o processo de descentralização em todo o sistema de saúde, com destaque para a NOB-SUS/96, que instituiu, entre outras iniciativas, um novo elemento que integrou o processo de planejamento do SUS, a Programação Pactuada Integrada (PPI), constituindo um marco na reorientação do modelo de atenção, planejamento e gestão do SUS, que envolveu as

atividades de assistência ambulatorial e hospitalar, de vigilância sanitária e epidemiológica, através da explicitação do pacto estabelecido entre as três esferas do governo (federal, estadual e municipal) (VIEIRA, 2009).

Nesse contexto de mudanças estruturais e orgânicas, paulatinamente o MS se consolidou na centralidade da gestão de uma política de saúde nacional universal, o que até então não havia acontecido no cenário histórico da saúde pública brasileira desde os primórdios do século XX, ou seja, a partir do início da década de 1990, havia um sistema universal de saúde, sustentado por uma base legal, cabendo tão somente à sua condução e gestão à “nova autoridade sanitária nacional” (MACHADO, 2005).

#### **1.4 – A REESTRUTURAÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE**

Após mais de 30 anos, desde a regulamentação dos SUS, quando paulatinamente o MS assumiu centralidade na coordenação da referida política nacional de saúde, entende-se que a estrutura organizacional do referido órgão, à medida que se consolidava, transformava-se radicalmente, mudanças que podem ser identificadas através das Figuras 1, 2, 3, 4, 5, 6, que expõe em linha de progressão histórica, as transformações no organograma e estrutura hierárquica ministerial.

Um fator importante a acrescentar nesse período, que influenciou sobremaneira a reestruturação organizacional do MS e conseqüentemente a gestão do SUS nos anos subsequentes, foi que em 1995 ocorreu um movimento reformista representado pelo Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE) no Estado Brasileiro, capitaneado por Luiz Carlos Bresser Pereira, movimento que segundo Bresser-Pereira (1997), originário do discernimento de uma centro-esquerda pragmática, social-



democrática ou social-liberal, entendeu as pressões do mundo em globalização, e a necessidade de intervir com ações que viabilizassem a eficiência do Estado, propondo mudanças pautadas pelo “Novo Gerencialismo Público”, direcionadas à delimitação das funções do Estado, reduzindo seu tamanho, como por exemplo através de privatizações e do surgimento organizações sociais; através da redução do grau de interferência do Estado, por meio da redução do grau de interferência do Estado ao efetivamente necessário; e através do aumento da governança do Estado, ou seja, da sua capacidade de tornar efetivas as decisões do governo, através de um rigoroso ajuste fiscal.

Para Pinto (2009), foi considerável a influência do MARE sobre a condução do SUS naquele momento, de modo que o então ministro do MARE, Luiz Carlos Bresser Pereira, conduziu diálogos e negociações com executivos do MS à época, redefinindo conduções e incrementando propostas e processos para situações que julgava ser problemas e entreves da pasta da saúde.

Assim o movimento de RSB, que não tinha só a implementação do SUS como objetivo, mas também a necessidade de construção de uma “consciência cidadã” na saúde, foi de algum modo, subordinado às propostas da supracitada reforma setorial, pautados por temas como economia sanitária e novos moldes do gerencialíssimo, ao passo que o incentivo à “participação” e à “democratização” do processo de decisão e controle social sobre o desempenho institucional no setor saúde foi de algum modo preterido, frente à preocupação com a incorporação de lógicas que viabilizassem a “racionalização” e “eficiência” (PINTO, 2009).

Ademais, uma das mais importantes análises disponíveis na literatura científica brasileira acerca da transformação estrutural do MS desde o início da década de 1990 até os dias atuais foi realizada por Machado (2005, 2013, 2017), quando destacou que o

MS sofreu ajustes estruturais ao longo da conjuntura histórica dos governos de Fernando Henrique Cardoso (FHC) , Luís Inácio Lula da Silva e Dilma Vana Rousseff, no sentido de adequar-se à sua nova realidade e “dar conta do novo papel federal na saúde”, tendo passado por momentos de ajustes pontuais, enxugamento, diversificação e fragmentação institucional, como pode-se perceber a partir das Figuras 1,2,3,4, 5 e 6.

Figura 1 - Estrutura Organizacional do Ministério da Saúde em 1991. Fonte: Baptista (2003)

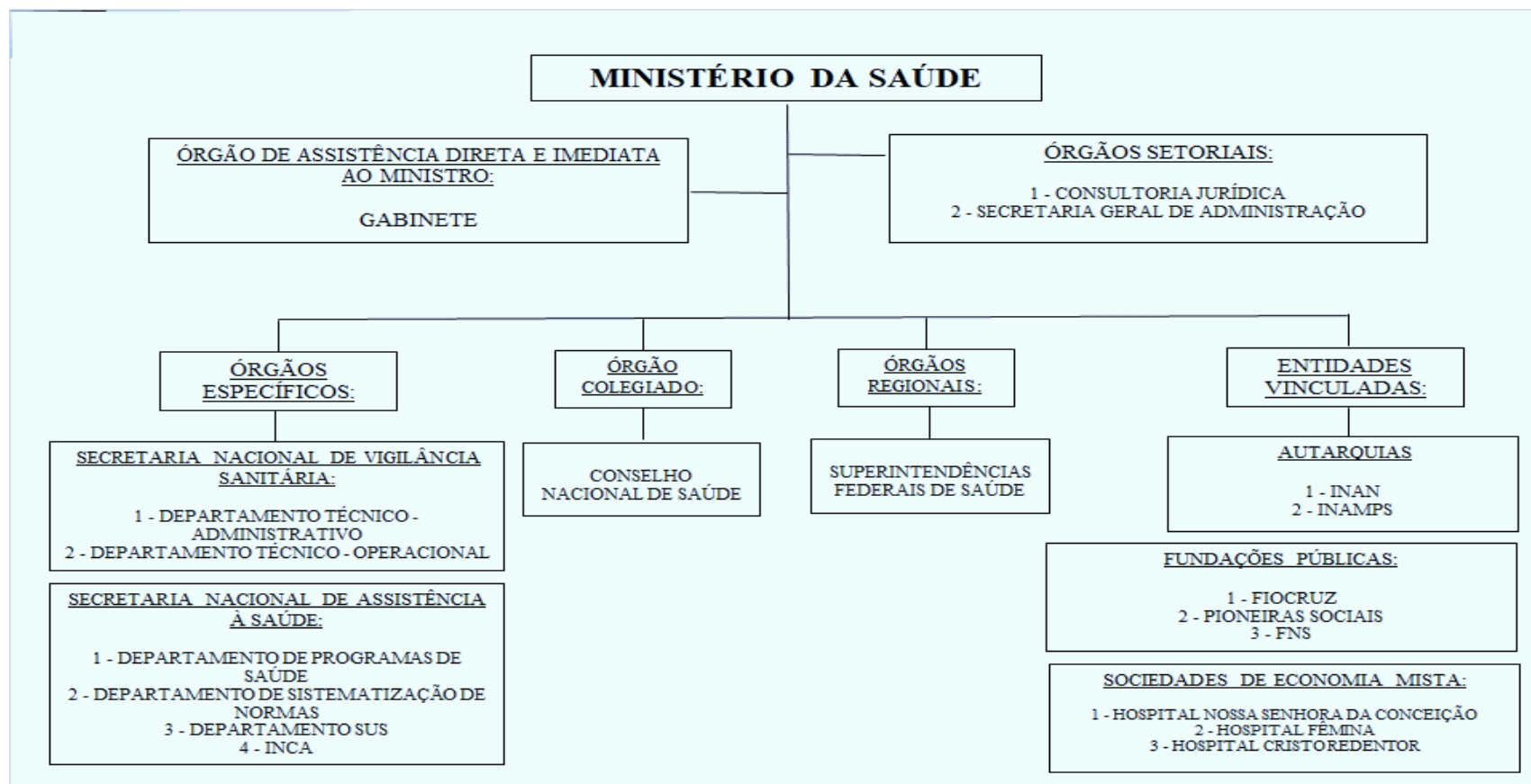


Figura 2 - Estrutura Organizacional do Ministério da Saúde em 2002. Fonte: Baptista (2003)

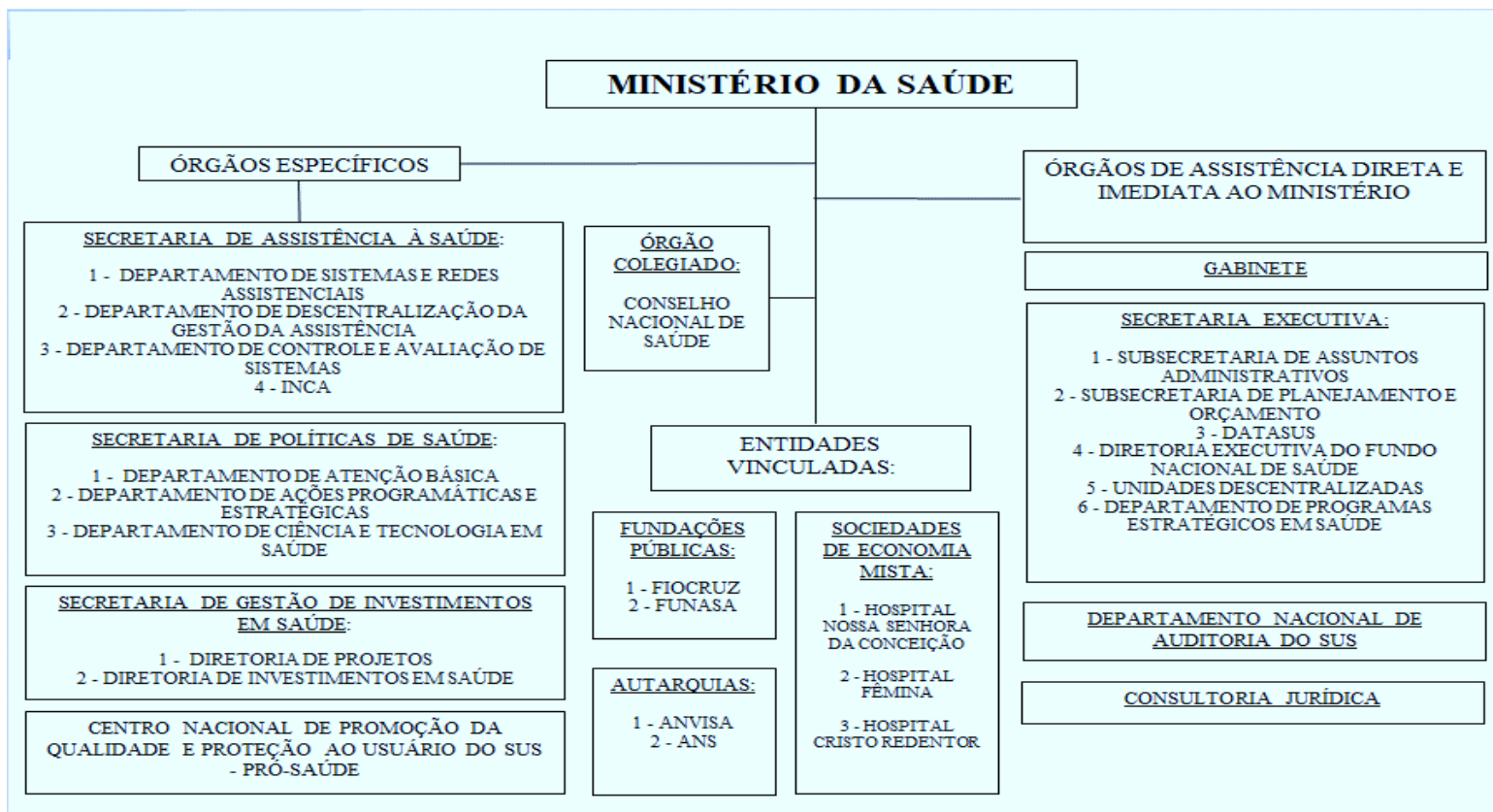


Figura 3 - Estrutura Organizacional do Ministério da Saúde em 2005. Fonte: BRASIL (2005)

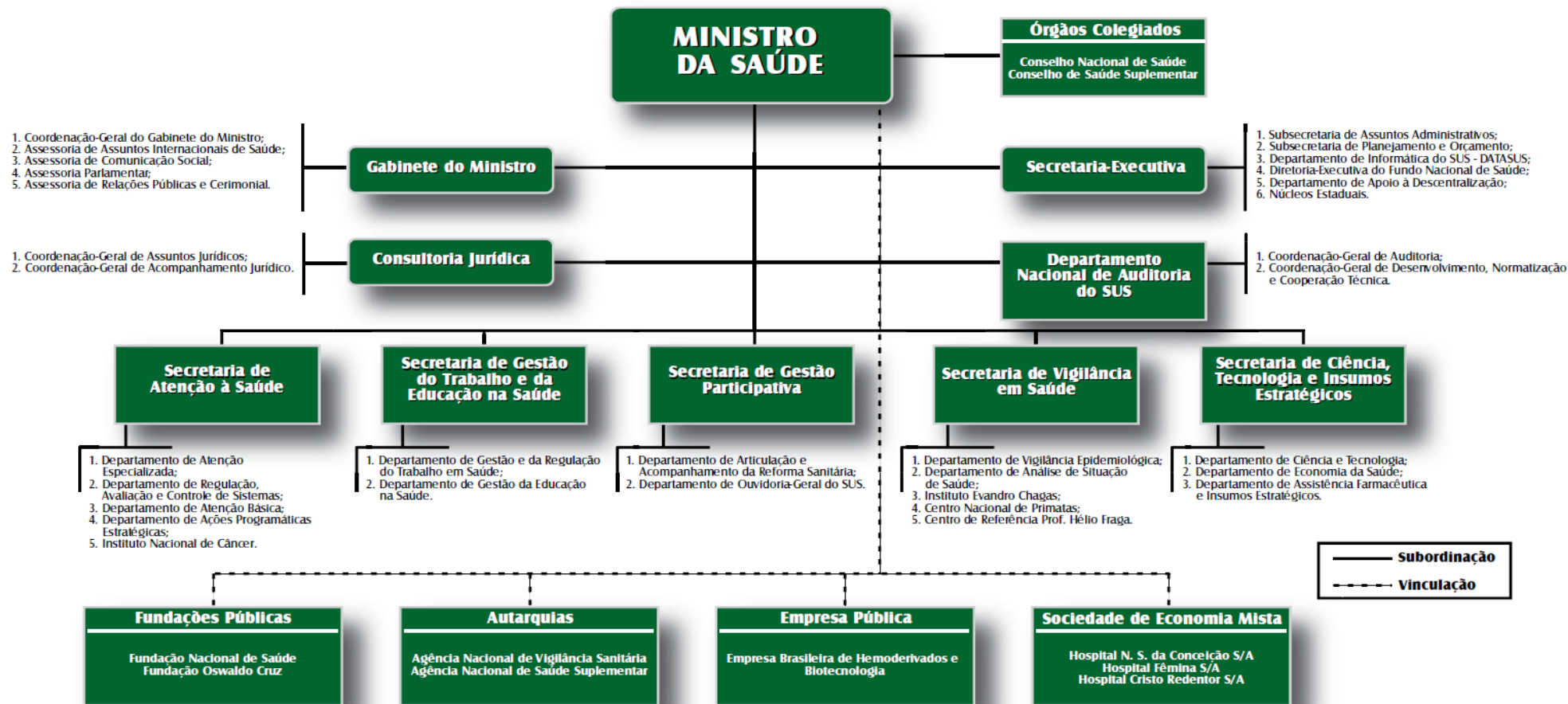


Figura 4 - Estrutura Organizacional do Ministério da Saúde em 2010. Fonte: BRASIL (2010)

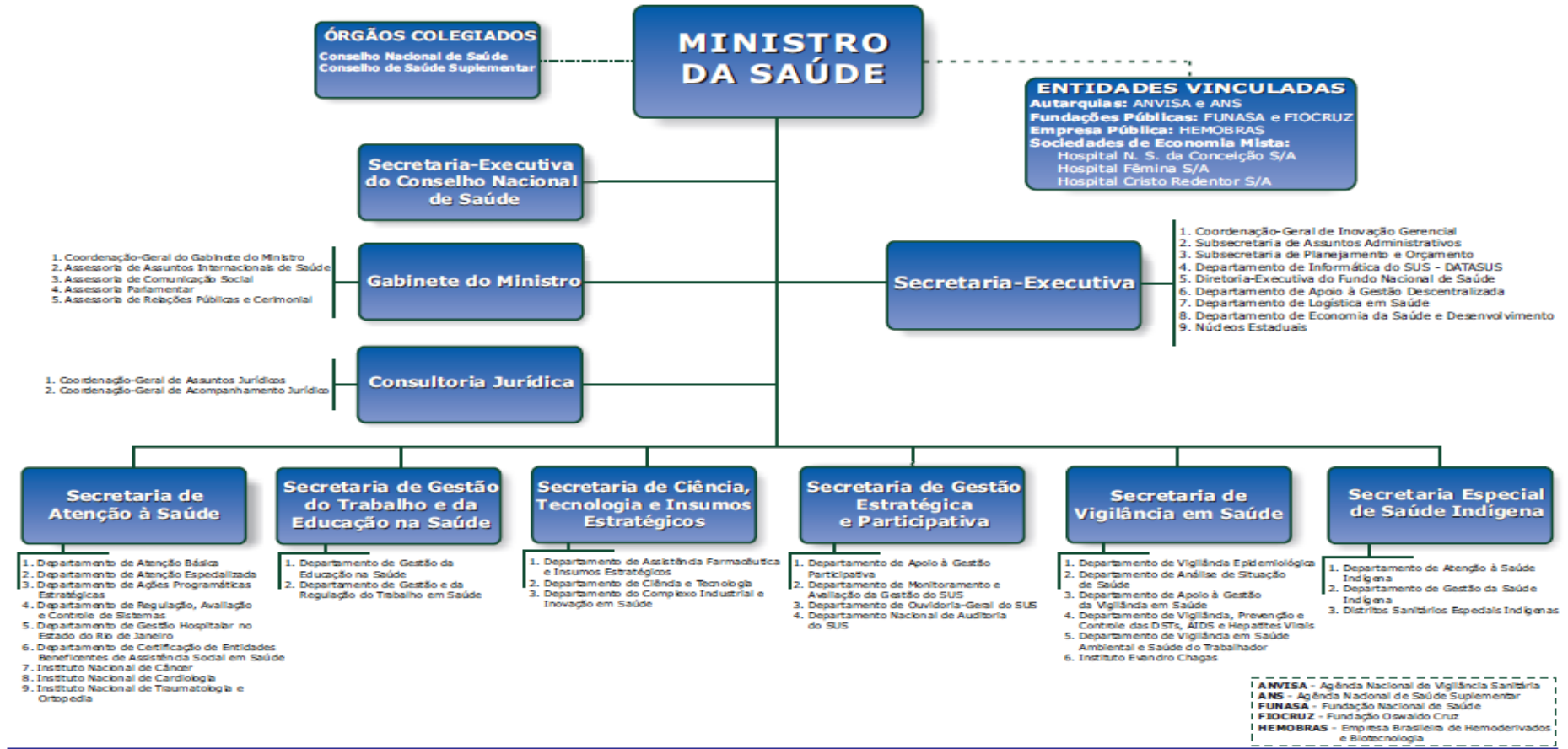


Figura 5 - Estrutura Organizacional do Ministério da Saúde em 2014. Fonte: BRASIL (2014)

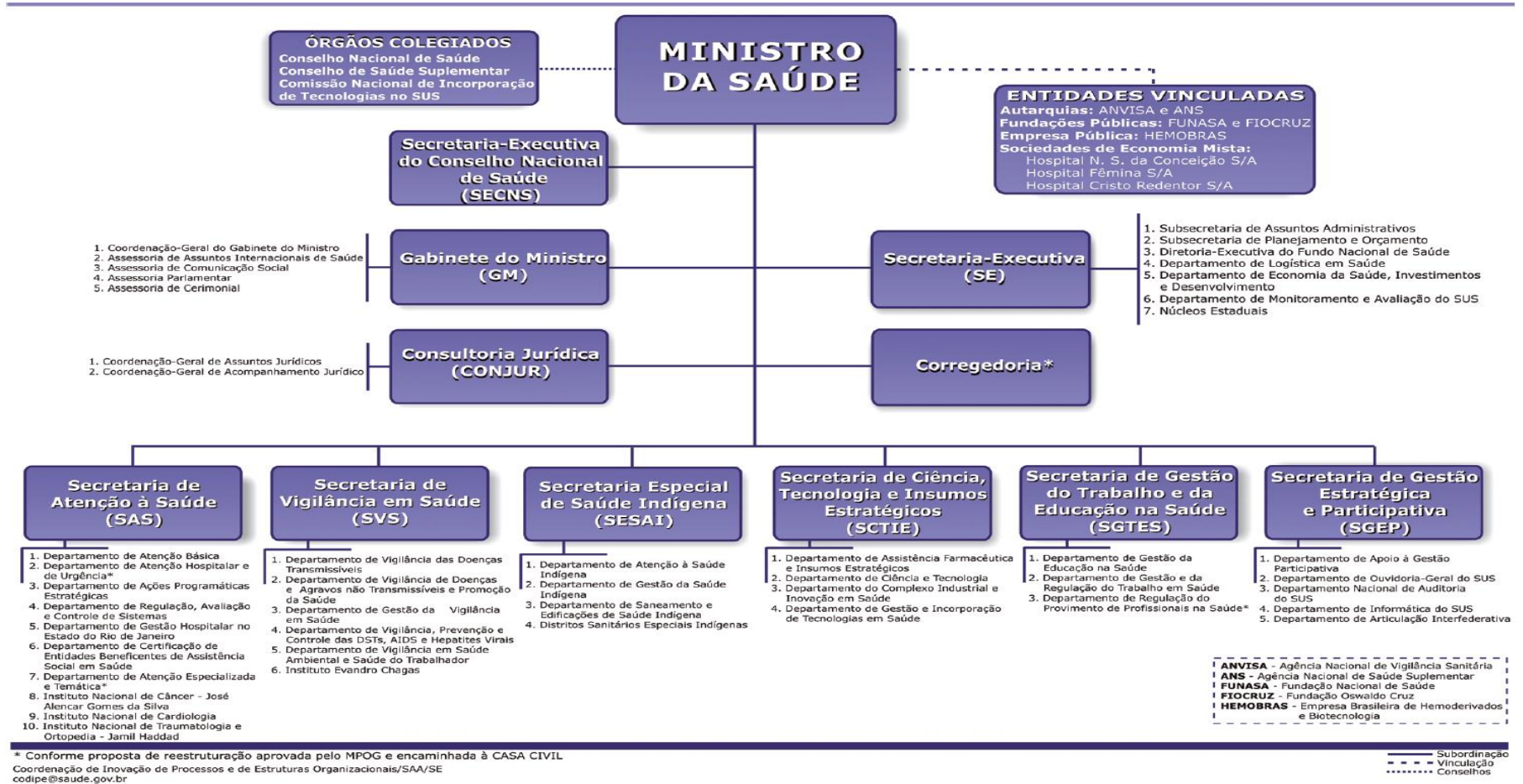
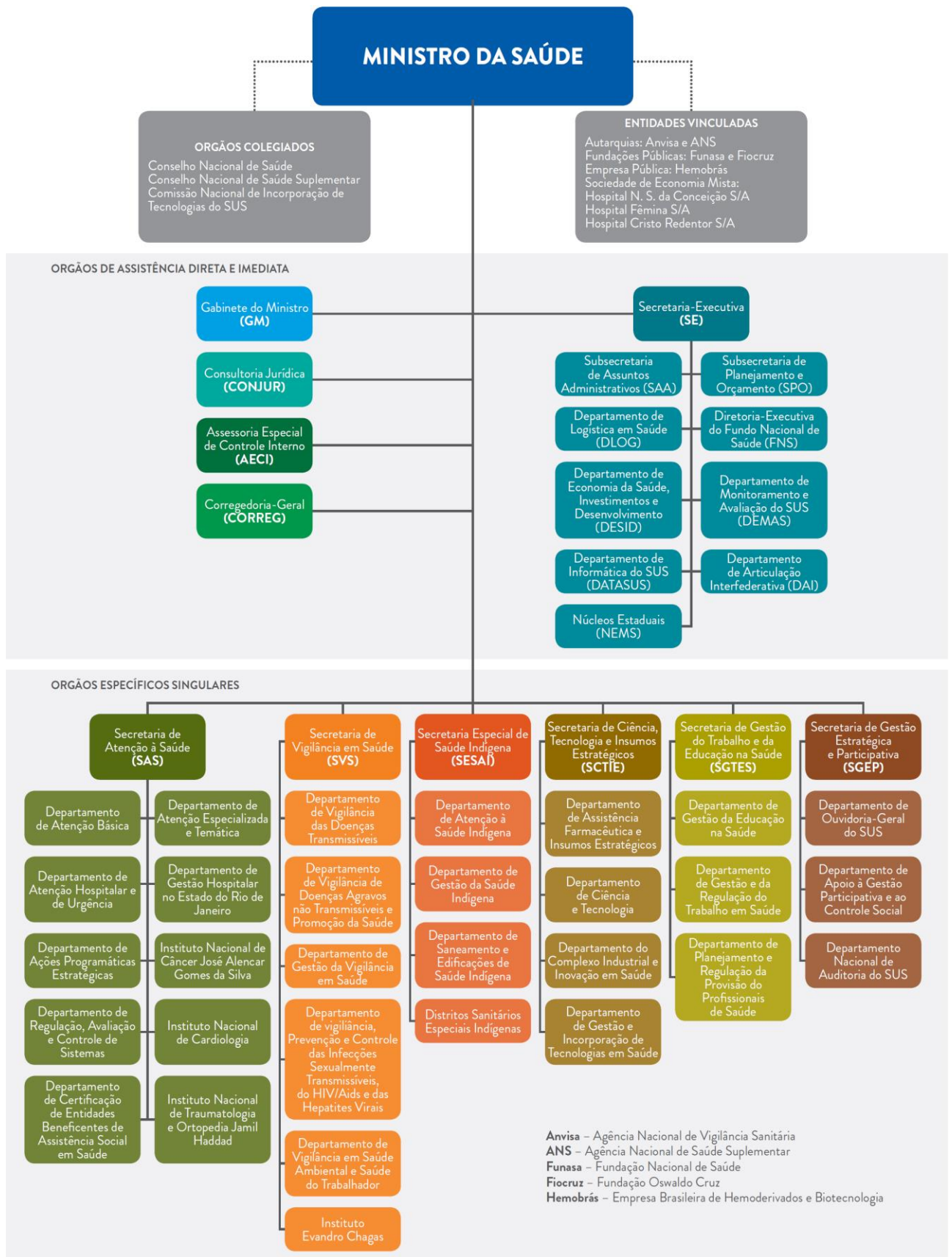


Figura 6 - Estrutura Organizacional do Ministério da Saúde em 2016. Fonte: BRASIL (2016)





Entre os anos de 1990 e 2002, a estrutura ministerial sofre alguns ajustes significativos que culminaram na diversificação de atividades (Figura 2), muito embora, ao comparar as Figuras 1 e 2, não se perceba alterações radicais no seu organograma de funcionamento, mas sim mudanças fundamentais que refletiam praticamente 12 anos de transformações como por exemplo a extinção do INAMPS, a conformação da Fundação Nacional de Saúde (FNS), a partir da junção da Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP) e da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM), a extinção de entidades federais como a Central de Medicamentos (CEME) e o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), além da criação das agências reguladoras da saúde, como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), ambas fora do âmbito da administração direta (MACHADO 2005, 2013).

Embora o fio condutor da argumentação aqui desenvolvida contemple o protagonismo do MS na coordenação federal de saúde, seria equívoco não citar as instâncias colegiadas que participam de maneira paritária da gestão do sistema e influenciam sobremaneira o aperfeiçoamento do SUS, bem como colaboraram com reestruturação do MS. O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), cuja participações foram regulamentadas pela Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, em que considerou:

*“O conselho de saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo” (Lei 8.142, 1990).*

De acordo Ribeiro (1997) tais conselhos ao adquirirem o “status público” representaram e, reafirma-se que ainda representam nos dias atuais, um avanço em termos dos moldes de gestão do SUS, uma vez que, órgãos colegiados de pactuação entre federação, estados e municípios no contexto do SUS, expressam duas máximas: a participação societária em políticas de Estado e as alianças políticas intra-burocráticas, reguladas pelo discurso técnico. Em outras palavras, Ribeiro (1997), afirma que a participação paritária de tais conselhos na gestão do SUS, representa, o desenvolvimento de uma elite societária que se articula com a burocracia de Estado e o estabelecimento de pactos nas diferentes esferas governamentais entre os grupos de interesses relevantes à política setorial, mesmo que em um contexto não superado e de imperativo aperfeiçoamento, que é a relação entre Estado e Sociedade Civil.

Ademais, entre os anos de 2002 até meados de 2016, como pode-se verificar ao contemplar as Figuras 3,4,5,6, a estrutura organizacional do MS consolidou-se em franca expansão, todavia não sofrendo alterações no seu regramento funcional da administração direta, já que manteve a designação de centralidade na figura executiva do ministro da saúde e, em segundo plano, pelo secretário executivo e seus respectivos subsecretários.

Nos anos de 2002 e 2006, dois marcos legais se configuraram no cenário político do SUS, a Norma Operacional da Assistência à Saúde 2001/2002 (NOAS), que reforçou o regionalismo e protagonismo das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, além do chamado Pacto em Defesa do SUS, em 2006, composto por conjunto de portarias do MS, que contemplavam reformas institucionais do SUS, pactuadas entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) (PINTO, 2009).

Nesse sentido, nota-se no período entre 2002 a 2005, a partir da comparação entre as Figuras 2 e 3, a criação de mais três secretarias, pois, apesar de em 2002 haver três secretarias, duas delas foram unificadas, resultando na criação da Secretaria de Atenção

à Saúde, a partir da unificação das secretarias de Políticas e de Assistência à Saúde, o que permitiu a criação de mais três secretarias em 2005, perfazendo o total de cinco, pois criou-se a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES), a Secretaria de Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) e a Secretária de Vigilância em Saúde (SVS) (MACAHADO, 2005; 2013).

Além disso, a Secretaria Executiva sofreu expansão, como pode-se observar comparando as Figuras 3 e 4, passando de seis departamentos em 2005, para nove em 2010, período marcado pela criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (Figura 4), permanecendo a estrutura com seis secretarias até meados de 2016 (Figura 6).

Além da análise da estrutura ministerial, que se consolidou no período de 1995 a 2016, Machado (2017) postula que a política de saúde brasileira sob os desígnios condutivos do MS, nesse período, pode ser classificada em três momentos específicos:

1 - A saúde entre agendas conflitantes (1995-2002) – durante os dois mandatos presidenciais de FHC, quando se detectou inovações na regulamentação e financiamento, criação/expansão de programas específicos e aumento da cobertura dos serviços descentralizados, todavia a agenda adotada não foi favorável à superação de problemas estruturais do SUS;

2 - A saúde em segundo plano na reorientação da política social (2003-2010), durante os dois mandatos presidenciais do governo LULA, que apresentou continuidade em relação à agenda adotada por FHC, com inovações incrementais, visto que políticas programas e iniciativas tenham tido posição relevantes, todavia problemas estruturais do sistema de saúde não foram adequadamente enfrentados, como a questão do financiamento, das relações público-privadas, da força de trabalho e das desigualdades territoriais em saúde; e

3 - A saúde sob novos riscos em tempos difíceis (2011-2016), durante a gestão da ex-presidente Dilma Rousseff, que em um contexto político e econômico conturbado, manteve a continuidade de ações de seu antecessor, com destaque para a adoção de uma medida sustentada pelo governo, que foi a abertura do setor saúde ao capital estrangeiro, ação amplamente criticada pelos defensores do SUS.

Em paralelo ao pensamento de Machado (2005) é importante apresentar também, um entendimento no campo macro das relações das políticas de saúde no Brasil no supracitado período, sobretudo através do pensamento de Paim (2013), que apesar de reconhecer as contribuições do governo FHC, que ampliou o PSF, implantou a política dos medicamentos genéricos e organizou a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); do governo Lula montou o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e implementou as políticas de saúde mental e bucal; e do governo Dilma, que regulamentou a Lei no 8080/90 em 28 de Junho de 2011, não houve compromisso efetivo por parte de nenhum desses governos para com SUS, frente aos termos estabelecidos pela Constituição Cidadã de 1988, indo *“num sentido diverso do projeto Democrático Popular original, aproximando-se do liberalismo social”, sendo “transfigurados pelos gestores do capital, bem como pelo transformismo dos sujeitos políticos”* (PAIM, 2013)

Embora os inúmeros determinantes da política de saúde brasileira nesse período careça de uma análise mais profunda, não sendo o objetivo neste capítulo, já que se tenta enfatizar o MS ao longo dos anos, considera-se que, apesar de todas as críticas possíveis, sobretudo no período entre 1995 e 2016, considerando as instabilidades econômicas enfrentadas pelo segundo governo FHC, especificamente entre os anos de 2000 a 2002 (OLIVEIRA & TUROLLA, 2003); e a instabilidade política enfrentada por LULA em 2005, desencadeada pelo escândalo de corrupção denominado mensalão (MIGUEL &

COUTINHO, 2007), experimentou-se até meados de 2016, quando se deu o impeachment de Dilma Rousseff, um singular e perene momento de estabilidade democrática, que impactou positivamente na reestruturação do MS, confluindo com a implementação, ampliação, aperfeiçoamento e a consolidação do SUS em solo brasileiro, através de ações, políticas e programas nacionais de saúde, mesmo que sob forte tensionamento de diferentes grupos de interesses contrários a sua consolidação, com maior ou menor intensidade.

### **1.5– TEMPOS DE PROTAGONISMO MINISTERIAL (1995 A 2016)**

Dado o protagonismo que o MS desempenhou a partir da década de 1990, os seus chefes-executivos (ministros da saúde), nomeados pelos respectivos Presidentes da República, conseqüentemente passaram a ter mais destaque político e social, já que paulatinamente incorporaram maior poder de decisão e, junto com as equipes que integraram da estrutura ministerial, participaram efetivamente na criação, implementação e aperfeiçoamento de numerosas políticas, programas e ações federais de saúde exitosas no cenário nacional.

Seria equívoco afirmar que desde a criação do MS em 1953, o cargo de ministro da saúde não possuía influência e representatividade política, mas como já explicado ao longo do texto, a valorização da assistência previdenciária em comparação com o baixo poder de investimentos públicos no MS reduziu a autonomia e poder dos 26 ministros que foram nomeados para o cargo entre seis de agosto de 1953 e 16 de março de 1989 (Quadro 1).

Com o advento da RSB e do SUS, frente à incorporação de uma mudança conceitual-radical no cenário da saúde brasileira, pondo o Estado, em tese, como provedor de assistência universal de saúde, dentre outras coisas, ocorreu a disseminação da

construção de uma consciência sanitária cidadã, o que, conseqüentemente aglutinou e estimulou o interesse e a participação popular em relação ao setor saúde, fazendo com que a pasta ministerial da saúde ficasse cada vez mais em evidência social. Isso, por sua vez, resultou em que, no período entre 1990 a 2016 (Quadro 2), esta foi ocupada por 18 personalidades, das quais 12 foram empossadas em vinte e um anos (1995 a 2016).

A esse propósito é preciso salientar que, apesar do poder executivo estar concentrado no presidente da república, é improvável que este execute sozinho diversas demandas setoriais. Especificamente na saúde, ele delega, através dos seus ministros, autonomia, autoridade e poder decisório, para, em tese, prioritariamente, criar, planejar e implantar políticas e programas nacionais de saúde, que integrem diferentes departamentos administrativos do governo (COSTA, 2002).

Nesse sentido, ressalta-se a Lei nº 7.739, de 16 de março 1989, que dispôs sobre a organização da Presidência da República e funcionamento dos seus ministérios, seguida pela Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996, quando a atuação do ministro da saúde passou a ser chancelada e claramente expressa em meio a um conjunto de atribuições específicas, colocando em teoria, na centralidade da gestão nacional de saúde.

Com o passar da primeira metade da década de 1990, segundo Costa (2002), principalmente a partir do governo FHC e da gestão de José Serra, assimilando a expressão positiva que a saúde poderia agregar ao seu potencial sucessor em 2002, a atuação do ministro da saúde assumiu protagonismo midiático e administrativo, sobretudo em relação à decisão sobre a formulação e, conseqüentemente, sobre implementação de determinadas ações, programas e políticas nacionais de saúde, que podem ser denominadas de “amplo impacto”, já que eram munidas de alta dotação orçamentária, elevada abrangência e considerável investimento midiático.

Essa nova lógica de exposição ministerial, utilizando ações pioneiras e que tiveram impacto positivo sobre indicadores negativos de saúde, ao passo que eram utilizadas como ativos políticos, segundo Teixeira & Paim (2005), foi adota também pelo governo Lula, modus operandi que, por sua vez, permaneceu no governo Dilma.

Quadro 1. Relação de Ministros da Saúde do Brasil (1953 a 1990)

MINISTRO	PERÍODO NO MINISTÉRIO	FORMAÇÃO DO MINISTRO	MINISTRO	PERÍODO NO MINISTÉRIO	FORMAÇÃO DO MINISTRO
<i>Antônio Balbino de Carvalho Filho</i>	<i>06 ago. 1953 - 22 dez. 1953</i>	<i>Advogado</i>	<i>Wilson Fadul</i>	<i>17 jun. 1963 - 05 abr. 1964</i>	<i>Médico</i>
<i>Miguel Couto Filho</i>	<i>22 dez. 1953 - 02 jun. 1954</i>	<i>Médico</i>	<i>Vasco Tristão Leitão da Cunha</i>	<i>06 abr. 1964 - 14 abr. 1964</i>	<i>Advogado</i>
<i>Mário Pinotti</i>	<i>03 jun. 1954 - 04 set. 1954</i>	<i>Médico e Farmacêutico</i>	<i>Raimundo de Moura Britto</i>	<i>14 abr. 1964 - 14 mar. 1967</i>	<i>Médico</i>
<i>Aramis Taborda de Athayde</i>	<i>05 set. 1954 - 20 nov. 1955</i>	<i>Médico</i>	<i>Leonel Tavares Miranda de Albuquerque</i>	<i>15 mar. 1967 - 20 out. 1969</i>	<i>Médico</i>
<i>Maurício Campos de Medeiros</i>	<i>20 nov. 1955 - 02 jul. 1958</i>	<i>Médico e Farmacêutico</i>	<i>Francisco de Paula da Rocha Lago</i>	<i>30 out. 1969 - 18 jun. 1972</i>	<i>Médico</i>
<i>Mário Pinotti</i>	<i>02 jul. 1958 - 31 jul. 1960</i>	<i>Médico e Farmacêutico</i>	<i>Mário Machado de Lemos</i>	<i>19 jun. 1972 - 14 mar. 1974</i>	<i>Médico</i>
<i>Pedro Paulo Penido</i>	<i>01 ago. 1960 - 31 dez. 1960</i>	<i>Dentista e Farmacêutico</i>	<i>Paulo de Almeida Machado</i>	<i>15 mar. 1974 - 14 mar. 1979</i>	<i>Médico</i>
<i>Armando Ribeiro Falcão</i>	<i>01 jan. 1961 - 02 fev. 1961</i>	<i>Advogado</i>	<i>Mário Augusto J. Castro Lima</i>	<i>15 mar. 1979 - 29 out. 1979</i>	<i>Médico</i>
<i>Edward Cattete Pinheiro</i>	<i>03 fev. 1961 - 22 ago. 1961</i>	<i>Médico</i>	<i>Waldyr Mendes Arcoverde</i>	<i>30 out. 1979 - 14 mar. 1985</i>	<i>Médico</i>
<i>Estácio Gonçalves Souto Maior</i>	<i>23 ago. 1961 - 19 jun. 1962</i>	<i>Médico</i>	<i>Carlos Correa de Menezes Sant'anna</i>	<i>15 mar. 1985 - 13 fev. 1986</i>	<i>Médico</i>
<i>Manoel Cordeiro Villaça</i>	<i>20 jun. 1962 - 30 ago. 1962</i>	<i>Médico</i>	<i>Roberto Figueira Santos</i>	<i>13 fev. 1986 - 22 out. 1987</i>	<i>Médico</i>
<i>Eliseu Paglioli</i>	<i>19 set. 1962 - 18 mar. 1963</i>	<i>Médico</i>	<i>Luiz Carlos Borges da Silveira</i>	<i>23 out. 1987 - 16 jan. 1989</i>	<i>Médico</i>
<i>Paulo Pinheiro Chagas</i>	<i>18 mar. 1963 - 16 jun. 1963</i>	<i>Médico</i>	<i>Seigo Tsuzuki</i>	<i>16 jan. 1989 - 15 mar. 1990</i>	<i>Médico</i>

Fonte: Brasil (2014)



Quadro 2. Relação de Ministros da Saúde do Brasil (1990 a 2016).

MINISTRO	PERÍODO NO MINISTÉRIO	PRESIDENTE	FORMAÇÃO DO MINISTRO
<i>Alcenir Ângelo Guerra</i>	<i>15 mar. 1990 - 23 jan. 1992</i>	<i>Fernando Collor de Mello</i>	<i>Médico</i>
<i>José Goldemberg</i>	<i>24 jan. 1992 - 12 fev. 1992</i>	<i>Fernando Collor de Mello</i>	<i>Físico</i>
<i>Adib Domingos Jatene</i>	<i>13 fev. 1992 - 02 out. 1992</i>	<i>Fernando Collor de Mello</i>	<i>Médico</i>
<i>Jamil Hadad</i>	<i>08 out. 1992 - 29 dez. 1992</i>	<i>Fernando Collor de Mello</i>	<i>Médico</i>
<i>Jamil Hadd</i>	<i>29 dez. 1992 - 18 ago. 1993</i>	<i>Itamar Augusto Cautiero Franco</i>	<i>Médico</i>
<i>Saulo Pinto Moreira</i>	<i>19 ago. 1993 - 29 ago. 1993</i>	<i>Itamar Augusto Cautiero Franco</i>	<i>Médico</i>
<i>Henrique Antônio Santillo</i>	<i>30 ago. 1993 - 31 dez. 1994</i>	<i>Itamar Augusto Cautiero Franco</i>	<i>Médico</i>
<i>Adib Domingos Jatene</i>	<i>01 jan. 1995 - 06 nov. 1996</i>	<i>Fernando Henrique Cardoso</i>	<i>Médico</i>
<i>José Carlos Seixas</i>	<i>07 nov. 1996 - 12 dez. 1996</i>	<i>Fernando Henrique Cardoso</i>	<i>Médico</i>
<i>Carlos César da Silva Albuquerque</i>	<i>13 dez. 1996 - 30 mar. 1998</i>	<i>Fernando Henrique Cardoso</i>	<i>Médico</i>
<i>José Serra</i>	<i>31 mar. 1998 - 20 fev. 2002</i>	<i>Fernando Henrique Cardoso</i>	<i>Engenheiro Civil</i>
<i>Barjas Negri</i>	<i>21 fev. 2002 - 31 dez. 2002</i>	<i>Luís Inácio Lula da Silva</i>	<i>Economista</i>
<i>Humberto Costa</i>	<i>01 jan. 2003 - 08 jul. 2005</i>	<i>Luís Inácio Lula da Silva</i>	<i>Médico</i>
<i>José Saraiva Felipe</i>	<i>8 jul. 2005 - 31 mar. 2006</i>	<i>Luís Inácio Lula da Silva</i>	<i>Médico</i>
<i>José Agenor Álvares</i>	<i>31 mar. 2006 - 16 mar. 2007</i>	<i>Luís Inácio Lula da Silva</i>	<i>Farmacêutico</i>
<i>José Gomes Temporão</i>	<i>16 mar. 2007 - 31 dez. 2010</i>	<i>Luís Inácio Lula da Silva</i>	<i>Médico</i>
<i>Alexandre Rocha dos Santos Padilha</i>	<i>01 jan. 2011 - 03 fev. 2014</i>	<i>Dilma Vana Rousseff</i>	<i>Médico</i>
<i>Ademar Arthur Chioro dos Reis</i>	<i>03 fev. 2014 - 02 out. 2015</i>	<i>Dilma Vana Rousseff</i>	<i>Médico</i>
<i>Marcelo Costa e Castro</i>	<i>05 out. 2015 - 27 abril. 2016</i>	<i>Dilma Vana Rousseff</i>	<i>Médico</i>

Fonte: Brasil (2014)

Dentre as ações, políticas e programas nacionais que trouxeram resultados inegáveis e exitosos para a população brasileira entre 1995 e 2016, mas trouxeram também exposição e considerável protagonismo aos ministros que ocuparam o cargo no período, destacam-se o Programa de Saúde da Família – PSF (1997), o Programa de Medicamentos Genéricos - PMG (1999), o Programa DST/AIDS (Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida) (1999), a criação da ANVISA (1999), do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência- SAMU (2003), da Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia (HEMOBRAS) (2004), e o Programa Mais Médicos (PMM) (2013), entre outros.

Para que se tenha uma ideia do potencial dessas ações federais de saúde, cita-se o caso do PMM, com 14.462 médicos que em 2013, atuando em 3.785 municípios de todos os estados do país, assistiu cerca de cinquenta milhões de pessoas (ALESSIO & SOUSA, 2017). O SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), por exemplo, no ano de 2005 funcionava em 784 municípios brasileiros de 25 Estados, com 101 centrais de regulação, atuando com equipes especializadas, em sintonia com centrais de controle de leitos nos hospitais sendo que, no Estado da Bahia, entre os anos de 2009 a 2012, o governo federal transferiu como subsídio do supracitado programa, aproximadamente, R\$182 milhões, em valores nominais (CABRAL & SOUZA, 2008; TELES et al., 2017)

Uma vez utilizados essas “políticas de amplo impacto” como categoria exemplificadora atinente às nuances que marcaram a trajetória de atuação ministerial, é possível afirmar que esta é permeada de conflitos e peculiaridades diversas, mas pouco conhecidas pela comunidade acadêmica e sociedade em geral, já que não é claro se tais programas são criados e implementados dentro de uma lógica de planificação frente às demandas sociais, respeitando-se a regionalização, ou se surgiram abruptamente, além, é claro, de levar em conta os constrangimentos internos no campo diretivo-organizacional,

que gera atritos entre diversos setores ministeriais, expondo, assim, o limite de governabilidade do ministério da saúde (MACHADO, 2005).

Outro exemplo a se destacar é o nascimento normativo de determinada política na gestão de um ministro em específico, mas que foi aperfeiçoada e implementada na gestão de seu sucessor. Foi quando o então ministro Barjas Negri, através da Portaria nº 2.048 de cinco de novembro de 2002, definiu diretrizes para regulamentação do Sistema Estadual de Atendimento de Urgência e Emergência e um ano mais tarde, esse sistema foi acoplado à Política Nacional de Urgências, criada através da Portaria 1.863 de 29 de setembro, assinada pelo então ministro Humberto Costa, mesmo ministro que através da Portaria nº 1.864 de 29 de setembro de 2003 criou um programa de ampla repercussão nacional vinculado a supracitada política, o SAMU.

Há também ações que surgiram abruptamente e não tiveram segmento na gestão de seus sucessores, com a atenção esperada. Como exemplo, cita-se os programas da Política de Atenção Integral à Saúde do Homem, instituída no âmbito do SUS pela Portaria 1.944 de 27 de agosto de 2009, assinada pelo então ministro José Gomes Temporão. Em contrapartida, outros programas surgiram em determinada gestão ministerial e foram ampliados por seu sucessor, como, por exemplo, o criado durante a gestão do ministro José Gomes Temporão, que através da Portaria nº 1.707 de 18 de agosto de 2008, instituiu o programa de processo de transexualização, substituído no ano de 2013 com a edição da Portaria nº 2803 de 19 de novembro de 2013, durante a gestão do ministro José Padilha, que além de redefinir, o expandiu para todo o SUS.

Apesar de utilizar os exemplos dessas ações nacionais para ilustrar demandas que carecem de investigação, envolvendo a trajetória de atuação desses ministros entre 1995 a 2016, existem outras especificidades sobre tais atores sociais que ainda não foram esclarecidas, como os processo de indicação e nomeação para o cargo, influências diretas

e indiretas nas decisões ministeriais, bastidores das relações intersetoriais e relações com a equipe ministerial e com os presidentes em exercício, além de minúcias envolvendo o processo de escolha de agenda e implementação de ações.

Desse modo, considerando todo o exposto, que sinteticamente apontou às transformações do MS da saúde desde o início do século XX, passando por sua desvinculação do Ministério da Educação e conseqüente criação, bem como pela sua reestruturação a partir da década de 1990, quando especificamente, entre os anos 1995 a 2016, o MS e, conseqüentemente, a figura do ministro em exercício assumiu de modo marcante protagonismo no cenário político-econômico nacional, questiona-se: Como foi a trajetória de atuação de ex-ministros da saúde do Brasil entre os anos de 1995 a 2016?

### **1.3 HIPÓTESE DE PESQUISA**

Considerando todo exposto relativo à atuação dos ex-ministros da saúde do Brasil e a importância que desempenharam na coordenação executiva da saúde em nível federal, parte-se da premissa teórica, de que a trajetória de atuação desses atores sociais, especificamente entre os anos de 1995 a 2016, foi nutrida por uma complexidade de fatores que se tornaram comuns entre as diferentes gestões, sendo possível levantar no mínimo três hipóteses concorrentes e complementares entre si.

Explicando melhor, presume-se em primeiro lugar que, os ex-ministros da saúde eram personalidades reconhecidas que figuravam nos bastidores técnico-político-acadêmico, presentes em disputas ideológicas no campo do setor saúde há muitos anos, de modo que possuíam trajetórias que legitimaram a sua indicação, cuja escolha foi definida centralmente pelo presidente em exercício e que após consolidação da indicação, seguiram, de modo ritualístico, a liturgia do cargo, utilizando o discurso de posse como ferramenta de exposição e imposição ideológica, que não necessariamente reproduziu e

tampouco foi garantia de que as propostas para transporem os desafios identificados, tornassem realidade.

Em segundo lugar, supõe-se que esses ex-ministros, apesar das agendas governamentais e respectivos presidentes em exercício, possuíam características singulares de personalidades, evidenciando perfis de atuação diferentes, perfis que, apesar de atenuados, eram transmitidas à suas gestões que, muitas das vezes procurou em perseguir a criação e implementação de políticas e ações de saúde que pudessem gerar repercussão popular positiva e conseqüente ativo político-partidário, uma vez que, o processo de gênese de tais ações esteve geralmente subordinado à base da burocracia técnica ministerial, mas também ao processo autoral de criação, em que a concepção e “paternidade” de inúmeras ações federais de saúde, muitas das vezes eram atribuídas estritamente à figura do ministro. Além disso, considera-se que a responsabilidade do processo decisório de tais ações, esteve geralmente sob os desígnios exclusivos do presidente da república, embora houvesse autonomia ministerial em determinadas situações.

Por fim, a terceira hipótese é a de que os ex-ministros, apesar de, em sua maioria, em algum momento de suas trajetórias de vida, possuírem, em maior ou menor grau, envolvimento com o movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), enxergam tal movimento como algo em decadência, que apesar da permanência no ideário discursivo de alguns, marcado inclusive pela defesa em alguns momentos, não foram suficientes durante às suas respectivas gestões em assumir o compromisso radical com tal movimento.

## **1.2 JUSTIFICATIVA**

A realização do presente estudo é justificada com diferentes argumentos, dentre os quais se destaca o ineditismo investigativo que envolve o tema em questão, isto porque,

embora na literatura científica disponível existam estudos que se reportam à atuação histórica dos ministros da saúde, muitos deles são entrevistas que visam contar a história de vida ou estudos com abordagens diversas, que não focam no acompanhamento histórico e avaliação da atuação ministerial, ou seja, não se encontrou estudos com tema e recorte temporal similar ao que se pretendeu realizar.

Não apenas a inexistência de estudos sobre o tema em análise pode ser levada em conta como justificativa para realização da pesquisa, mas também a contribuição que o mesmo trará para a compreensão do arcabouço sócio-histórico e das relações setoriais e intersetoriais que influenciaram o processo decisório dos ministros da saúde, no que se refere às circunstâncias atreladas à gênese, planejamento e implantação de programas federais de saúde com impacto positivo nas condições de saúde comprovados.

Outro fator a se considerar é o impacto social que um estudo dessa magnitude provocaria, pois propõe-se uma tentativa de promoção de ruptura ao tentar desmistificar o papel do ministro da saúde, que ao longo da história ficou à frente da decisão acerca da criação e implantação de políticas e programas federais de saúde, permitindo, assim, conhecer, através dos seus próprios relatos, como de fato suas ações eram conduzidas e qual a real influência e poder decisório diante da gênese de tais programas.

Por fim, acrescenta-se que a leitura de tal estudo pode trazer informações valiosas para a reflexão de gestores do SUS (federal, estadual, municipal), diante de práticas relacionadas a gênese, planejamento e implantação de políticas de saúde seja de maior ou menor escala de abrangência.



## **2.1- OBJETIVO GERAL**

- Desenhar a trajetória de atuação de ex-ministros da saúde do Brasil entre os anos de 1995 a 2016, tendo como perspectiva de análise as relações políticas e sociais presentes no contexto e período estudado.

## **2.2- OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar e analisar as transformações discursivas, intencionalidades e influências ideológicas sobre o aperfeiçoamento da Saúde Pública brasileira, contidos nos discursos de posse de ex-ministros da Saúde (1995 -2016).
- Identificar e analisar os principais condicionantes atinentes ao processo de indicação, escolha e consolidação da nomeação dos ministros da saúde do Brasil entre os anos de 2002 e 2015.
- Analisar os principais fatores que influenciaram e subsidiaram o processo de formulação e decisão sobre a implementação de políticas, programas e ações nacionais de saúde (2002 - 2015).
- Conhecer e distinguir os perfis de condução de gestão revelados a partir das reminiscências da trajetória de atuação de ex-ministros da Saúde do Brasil entre 2002 e 2015.
- Identificar e analisar as concepções acerca da RSB e do SUS que influenciaram a atuação dos ex-ministros da Saúde do Brasil entre os anos 2002 e 2015, ainda permanentes no ideário discursivo desses atores sociais.





### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo descritivo, histórico, de abordagem qualitativa. Os estudos históricos consistem na coleta sistemática, avaliação minuciosa e crítica de fenômenos e dados atinentes a eventos passados, de modo que, ao responder perguntas sobre essas ocorrências, permitem compreender comportamentos e práticas atuais (POLIT & BECK, 2011).

A abordagem qualitativa, por sua vez, refere-se à trajetória analítica que o pesquisador adota, no intuito de possibilitar a objetivação de conhecimentos, “*que tem, como matérias primas, opiniões, crenças, valores, representações, relações e ações humanas e sociais, sob a perspectiva dos atores em intersubjetividade*” (MINAYO, 2012, p.626).

Desse modo, o método utilizado foi a História Oral, aqui entendido como um método de pesquisa que estuda acontecimentos históricos a partir de relatos extraídos de testemunhas de tais acontecimentos, tendo, na entrevista, o seu principal meio de obtenção de inferências (ALBERTI, 2005).

Na modalidade temática da história oral, a entrevista adota caráter temático, a ser realizada com grupo de indivíduos em torno de um assunto específico, não abrangendo a totalidade da existência do participante (FREITAS, 2006).

Por conseguinte, optou-se pela História Oral Temática, por considerar-se que, diante do objeto de estudo em questão, esta abordagem produz entrevistas equilibradas, uma vez que a mesma atenua ênfase aos elementos biográficos, em benefício da

possibilidade de uma reflexão historiográfica acerca do tema em desenvolvimento (DE-SORDI, 2007).

A modalidade adotada especificamente foi a História Oral Temática, que é sustentada por um corpus documental que delinea o projeto de pesquisa, de forma que a entrevista, de modo complementar, atue com foco na extração de memórias do indivíduo, permitindo o aprofundamento sistemático e crítico, ao passo que se confronta o relato do entrevistado com fontes oficiais (MEIHY, 2010).

Uma precaução metodológica a se destacar ao lidar com história oral, seja em suas várias modalidades (vida, temática, etc), é a questão de lidar com a memória dos indivíduos, sob o alinhamento teórico de que a memória pode ser entendida como a propriedade de conservação de informações guiada por um conjunto de funções psíquicas, que permitem que o ser humano atualize impressões ou formações passadas, ou aquelas que ele represente como passadas (LE GOFF, 2013).

Memória também pode ser considerada como aquilo que se tem de melhor e que dê a garantia que algo ocorreu antes de formar a lembrança propriamente dita, tanto que a historiografia não consegue remover a convicção criticada e reafirmada de que o referente último da memória continua sendo representado pelo passado, independentemente do que possa representar a preteridade do mesmo (RICOUER, 2007).

*Nessa perspectiva de história oral em que se busca trabalhar com a memória dos sujeitos e o passado como seu referente último (RICOUER, 2007), entende-se também que as narrativas oriundas dessas memórias buscam a construção de um ethos (imagem de si no discurso), “já que todo ato de tomar a palavra, implica a construção de uma imagem de si” (AMOSSY, 2016, p.9); até porque, segundo Charaudeau (2018, p.53), “as*

significações do discurso político são fabricadas e mesmo re-fabricadas, simultaneamente, pelo dispositivo da situação de comunicação e seus atores”

### **3.2 RECORTE TEMPORAL**

O recorte temporal do estudo é datado do ano de 1995 a 2016, justificado pelo fato de que, durante esse período, em que três diferentes presidentes governaram o Brasil e 12 ministros também diferentes atuaram à frente da pasta da saúde (BRASIL, 2014), houve uma estabilidade democrática e continuidade nas ações do Ministério da Saúde, o que possibilitou a gênese, a implementação e o aperfeiçoamento de numerosas ações e programas federais de saúde no âmbito do SUS.

### **3.3 FONTES E SUJEITOS DO ESTUDO**

Foram utilizadas fontes diretas documentais como, por exemplo, cópia do discurso de posse e cópia de transmissão de posse dos ex-ministros da saúde, discursos de anúncio de lançamento, implementação e execução de programas federais, além dos relatórios de gestão ministerial.

A utilização desses documentos, permitiu a extração e resgate de informações, o que, por sua vez, possibilitou a ampliação do entendimento de objetos cuja compreensão necessita de contextualização histórica e sociocultural.

Além disso, o acréscimo da utilização de fontes documentais diretas ou indiretas permitiu acrescentar a dimensão do tempo à compreensão do social, já que favoreceu o processo de observação de maturação ou de evolução dos indivíduos em torno de conceitos, conhecimentos, comportamentos, mentalidades e práticas, entre outros (SÁ-ILVA, 2009); (POUPART, 2012).

Em tese, o estudo contemplaria a investigação acerca de 12 ex-ministros, fosse uma parte através da análise documental e outra através da realização de entrevistas; todavia no que tange à análise documental temática dentre os 12 possíveis, foram incluídos oito ex-ministros (Quadro 3), atinentes ao número de discursos de posse conseguidos pelo pesquisador do estudo e, no que tange à investigação através de entrevistas, dentre os 12 possíveis, foram incluídos seis ex-ministros, número correspondente aos sujeitos que aceitaram se entrevistados (Quadro 4).

Foram utilizadas também fontes documentais indiretas como livros, artigos científicos, artigos de jornais e revistas, além de trechos de entrevistas e manifestações proferidas enquanto eram ministros e que eram coerentes com o objeto do estudo.

Quadro 3 – Relação dos Ministros da Saúde do Brasil com Discursos de Posse Incluídos no Estudo

<i>Nome</i>	<i>Período no ministério</i>	<i>Partido</i>	<i>Presidente(a) da República</i>	<i>DADOS BIOGRÁFICOS</i>
<b>Carlos César Silva de Albuquerque</b>	13/12/1996 30/03/1998	PSDB	Fernando Henrique Cardoso	Nascido em Barra do Ribeiro-RS (19/07/1940). Graduado na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1966). Foi presidente do Hospital das Clínicas de Porto Alegre. Faleceu em 18/03/2005.
<b>José Serra</b>	31/03/1998 20/02/2002	PSDB	Fernando Henrique Cardoso	Nascido em São Paulo-SP (19/03/1942). Graduado em Engenharia Civil na Universidade de São Paulo (1964). Foi deputado federal e governador do estado de São Paulo. Atualmente, é senador da República.
<b>Barjas Negri</b>	21/02/2002 31/12/2002	PSDB	Fernando Henrique Cardoso	Nascido em São Paulo-SP (08/12/1950). Graduado em Economia, com mestrado e doutorado pela UNICAMP-SP. Foi secretário executivo do FNDE, secretário executivo do Ministério da Saúde e prefeito da cidade de Piracicaba.
<b>Humberto Sergio Costa Lima</b>	01/01/2003 08/07/2005	PT	Luís Inácio Lula da Silva	Nascido em Campinas-SP (07/07/1957). Graduado em Jornalismo e em Medicina, com pós-graduação em Clínica Médica (FCM-UPE) e em Medicina Geral Comunitária e Psiquiatria (UFPE). Foi vereador e secretário de Saúde de Recife-PE, deputado estadual e federal. Atualmente, é senador da República.
<b>José Gomes Temporão</b>	16/03/2007 31/12/2010	PMDB	Luís Inácio Lula da Silva	Nascido em Merufe, Portugal (20/10/1951). Graduado em Medicina (UFRJ), mestre em Saúde Pública e doutor em Saúde Coletiva. Foi secretário nacional de Atenção à Saúde (SAS) em 2005. Atualmente, é professor titular e pesquisador aposentado da Fundação Oswaldo Cruz.
<b>Alexandre Rocha Santos Padilha</b>	01/01/2011 02/02/2014	PT	Dilma Vana Rousseff	Nascido em São Paulo-SP (14/09/1971). Graduado na Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, com especialização em Infectologia na FMUSP. Foi diretor nacional de Saúde Indígena do Ministério da Saúde (2004-2005). Atualmente, é deputado federal por São Paulo.
<b>Ademar Arthur Chioro dos Reis</b>	03/02/2014 02/10/2015	PT	Dilma Vana Rousseff	Nascido em Santos-SP (05/12/1963). Graduado em Medicina e mestre em Saúde Coletiva pela Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp e doutor em Saúde Coletiva pela UNIFESP. Foi diretor do Departamento de Atenção Especializada do Ministério da Saúde (2003-2005) e secretário de Saúde de São Bernardo do Campo-SP. Atualmente, é professor da Escola Paulista de Medicina/UNIFESP.
<b>Marcelo Costa e Castro</b>	02/10/2015 27/04/2016	PMDB	Dilma Vana Rousseff	Nascido em São Raimundo Nonato-PI (09/06/1950). Graduado na Faculdade de Medicina da Universidade do Piauí e doutor em Psiquiatria pela UFRJ. Foi deputado estadual e federal por inúmeros mandatos. Atualmente, é senador da República.

Fonte: Brasil (2020)

Quadro 4 - Relação de Ministros da Saúde Entrevistados e Incluídos no Estudos

<i>Nome</i>	<i>Período no ministério</i>	<i>Partido</i>	<i>Presidente(a) da República</i>	<i>DADOS BIOGRÁFICOS</i>	<i>DATA E LOCAL DA ENTREVISTA</i>
<i>Barjas Negri</i>	<i>21 fev. 2002 31 dez. 2002</i>	<i>PSDB</i>	<i>Fernando Henrique Cardoso</i>	<i>Nascido em São Paulo-SP (8 dez. 1950). Economista com mestrado e doutorado pela UNICAMP-SP. Foi secretário executivo do FNDE (1995-1996) e do Ministério da Saúde (1997-2002), além de prefeito da cidade de Piracicaba por três mandatos.</i>	<i>Piracicaba-SP, 20 dez. 2018</i>
<i>Humberto Sérgio Costa Lima</i>	<i>1 jan. 2003 8 jul. 2005</i>	<i>PT</i>	<i>Luís Inácio Lula da Silva</i>	<i>Nascido em Campinas-SP (7 jul. 1957). Jornalista e médico especialista em clínica médica, medicina geral e comunitária e psiquiatria. Foi vereador e secretário de Saúde de Recife-PE (2001-2003), além de deputado estadual (1990-1993) e federal (1995-1999). Atualmente, é senador da República.</i>	<i>Brasília-DF, 11 nov. 2019</i>
<i>José Saraiva Felipe</i>	<i>8 jul. 2005 31 mar. 2006</i>	<i>PMDB</i>	<i>Luís Inácio Lula da Silva</i>	<i>Nascido em Belo Horizonte-MG (26 mar. 1952). Médico com mestrado pela FIOCRUZ-RJ. Foi secretário municipal de Saúde de Montes Claros (1983-1985) e estadual de Saúde de Minas Gerais (1991-1994), secretário de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde (1989-1990) e deputado federal por cinco mandatos. Atualmente, desenvolve seu doutorado na UnB-DF.</i>	<i>Virtual, 29 jun. 2020</i>
<i>José Agenor Álvares da Silva</i>	<i>31 mar. 2006 16 mar. 2007</i>	<i>sem partido</i>	<i>Luís Inácio Lula da Silva</i>	<i>Nascido em Abaeté-MG (2 jun. 1947). Farmacêutico e bioquímico pela UFMG, Doutor Notório Saber pela FIOCRUZ (2015). Foi secretário executivo no Ministério da Saúde 92005-2006) e diretor da ANVISA (2007-2013). Atualmente, é assessor da Fundação Oswaldo Cruz.</i>	<i>Brasília-DF, 3 out. 2019</i>
<i>José Gomes Temporão</i>	<i>16 mar. 2007 31 dez. 2010</i>	<i>PMDB</i>	<i>Luís Inácio Lula da Silva</i>	<i>Nascido em Merufe-Portugal (20 out. 1951). Médico, com mestrado pela FIOCRUZ (1984) e doutorado pela UERJ (2002). Foi subsecretário do Estado de Saúde do Rio de Janeiro, secretário de Planejamento do INAMPS (1985-1989), diretor geral do INCA e secretário nacional de Atenção à Saúde (2005). Atualmente, é professor e pesquisador titular aposentado da Fundação Oswaldo Cruz.</i>	<i>São Paulo-SP, 22 mar. 2019</i>
<i>Ademar Arthur Chioro dos Reis</i>	<i>3 fev. 2014 2 out. 2015</i>	<i>PT</i>	<i>Dilma Vana Rousseff</i>	<i>Nascido em Santos-SP (5 dez. 1963). Médico com mestrado pela UNICAMP-SP (2001) e doutorado pela UNIFESP (2011). Foi diretor do Departamento de Atenção Especializada do Ministério da Saúde (2003-2005) e Secretário de Saúde de São Bernardo do Campo-SP (2009-2014). Atualmente, é professor do Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina/UNIFESP.</i>	<i>Virtual, 12 fev. 2020</i>

Fonte: Brasil (2020)

### **3.4 COLETA DE DADOS**

#### **3.4.1 FONTES DIRETAS E INDIRETAS**

A coleta de dados referentes às fontes documentais diretas se deu através de buscas dos discursos de posse dos ministros da saúde em sites oficiais do Governo Federal e em consulta à Biblioteca do Ministério da Saúde.

Quanto às fontes indiretas, como publicações científicas sobre o tema, foram coletadas através de consultas às bases de dados que compõem a BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) e a SciELO (Scientific Electronic Library Online), como também, o acervo da Biblioteca do Ministério da Saúde.

#### **3.4.2 ENTREVISTAS**

Em relação ao depoimento oral (Quadro 3), o mesmo foi coletado através de quatro entrevistas presenciais e duas entrevistas online, realizadas entre os anos de 2018 e 2020.

A adoção de entrevistas para estudos qualitativos como este pode ser justificada por três perspectivas: 1- epistemológica, uma vez que a exploração profunda das ações dos atores sociais são imprescindíveis para uma compreensão mais aproximada das condutas sociais; 2 – ética e política, pois a entrevista permite compreender e conhecer os dilemas enfrentados pelos indivíduos e coletividades; e 3 – metodológica, por ser considerado um instrumento privilegiado de acesso às experiências de atores sociais (POUPART, 2012).

Além disso, as entrevistas, em uma concepção epistemológica mais ampla, podem ser consideradas como:



*“[...] uma forma de exercício espiritual, visando a obter, pelo esquecimento de si, uma verdadeira conversão do olhar que lançamos sobre os outros nas circunstâncias comuns da vida. A disposição acolhedora que inclina a fazer seus os problemas do pesquisado, a aptidão a aceitá-lo e a compreendê-lo tal como ele é, na sua necessidade singular é uma espécie de amor intelectual: um olhar que consente com a necessidade, à maneira do "amor intelectual de Deus" [...] (Bourdieu, 1997, p.704)”*

Os seis ex-ministros que participaram do estudo através das entrevistas foram contatados pelo entrevistador exclusivamente através de e-mails.

Como são personalidades públicas, os e-mails desses indivíduos geralmente estavam expostos em instituições às quais são vinculados, ou em trabalhos científicos que produziram ao longo das suas trajetórias.

O contato foi realizado exclusivamente pelo autor da tese, sem auxílio de qualquer intermédio e/ou intermediário, de modo que foram enviados, para cada um desses seis ex-ministros, vários e-mails, em que o pesquisador e a orientadora do estudo se identificavam com uma mensagem introdutória acerca do estudo e anexavam uma carta convite formal (Anexo 1) e o projeto de pesquisa do estudo, frisando a importância dos seus respectivos depoimentos para a efetivação do mesmo.

Um ponto relevante a se destacar foi o fato da acessibilidade de todos os seis ex-ministros que forneceram os depoimentos, sendo comum a todos o retorno da mensagem eletrônica enviada pelo pesquisador, após alguns dias, com data, local e horário definido para a realização da entrevista. Houve situações em que datas e horários tiveram que ser ajustados e modificados, dado a rotina e agenda desses ex-ministros, mas foi perene entre eles o compromisso e interesse deliberado em participar do estudo.

Lamenta-se a não realização de entrevistas com os ex-ministros José Serra e Marcelo Castro pois apesar de suas assessorias se mostrarem acessíveis e interessadas no

agendamento das entrevistas, em virtude do acontecimento da Pandemia do Novo Coronavírus, ocorreu a impossibilidade do cumprimento dos encontros nas datas previamente definidas.

Outro ex-ministro de quem se lamenta também a não participação foi Alexandre Padilha, cujo contatos e definição de diferentes datas, foram várias vezes alteradas com sua assessoria, sob alegação de compromissos do ex-ministros, que exerce atualmente o mandato de Deputado Federal. A assessoria do ex-ministro informou, por fim, que o mesmo forneceria os depoimentos através de mensagens gravadas, todavia foi preciso declinar acerca da sua participação, uma vez que o método escolhido não contempla esse tipo de abordagem de coleta de dados.

As entrevistas tiveram em média uma hora e trinta minuto de duração, sendo iniciadas sempre após a assinatura do TCLE (Temo de Consentimento Livre Esclarecido) (Anexo 2), que, dentre outras coisas, discriminava que a identidade desses sujeitos seriam reveladas, seguida pelo início dos questionamentos guiados por um roteiro de pesquisa composto por dez questões norteadoras (Anexo 3), cujo relatos foram registrados através de dois gravadores digitais.

Considera-se que cada uma dessas entrevistas teve singularidades que provavelmente são impossíveis de retratar através da escrita, todavia o pesquisador utilizou da estratégia de tentar uma “escuta ampliada, ativa e metódica”, com o mínimo de intervenção, mesmo sabendo:

*“que o pesquisador não tem qualquer possibilidade de estar verdadeiramente à altura de seu objeto a não ser que ele possua a respeito um imenso saber, adquirido talvez ao longo de uma vida de pesquisa e também, mais diretamente, durante entrevistas anteriores com o próprio pesquisado ou com informantes. A maior parte das pesquisas publicadas representam, sem dúvida, um momento privilegiado em uma longa série de trocas, e não têm nada em comum com os encontros pontuais, arbitrários e ocasionais, das pesquisas*

*realizadas às pressas por pesquisadores desprovidos de toda competência específica. (Bourdieu, 1997, p.699)”*

### **3.4.3 DIÁRIO DE CAMPO**

É relevante mencionar, que foi elaborado um diário de campo durante toda fase de entrevista dirigida a cada participante.

Essa estratégia de coleta de dados foi construída a partir de dois procedimentos, no primeiro, o pesquisador utilizou um gravador digital, registrando suas impressões desde as primeiras situações envolvendo o estabelecimento de contato com o participante, bem como impressões após o término da entrevista; o segundo procedimento, consistiu no registro breve de situações ou “insights” em um caderno físico, durante o curso da entrevista propriamente dita.

Essa estratégia permitiu que, na etapa de tratamento e análise dos depoimentos, o pesquisador recordasse situações enfáticas e interessantes, alinhadas ao objetivo do estudo.

## **3.5 TRATAMENTO E ANÁLISE DAS ENTREVISTAS**

Finalizado o processo de coleta de depoimentos orais, iniciou-se o processo de tratamento e análise dos mesmos, conforme a ordem descrita a seguir.

### **3.5.1 TRANSCRIÇÃO**

Nesta etapa foi realizado o processo de escuta atenta das gravações pelo pesquisador e transcrição literal dos relatos, reproduzindo tudo que foi dito na entrevista, gerando arquivos transcritos, já que, como afirmou Bourdieu (1997):

*“Assim, transcrever é necessariamente escrever no sentido de reescrever como a passagem do escrito para o oral que o teatro faz, a*

*passagem do oral a escrito impõe, com a mudança de base, infidelidades que são sem dúvida a condição de uma verdadeira fidelidade. (Bordieu, 1997, p.710)”*

Nessa fase, conforme a orientação de Freitas (2006), o texto não foi editado, de modo que palavras incompreendidas ficaram em branco (com espaço correspondente entre parêntese para elucidação) até elucidação da dúvida, as palavras ou orações que foram destaque nas falas dos depoentes foram sublinhadas, bem como, em situações em que houve silêncio prolongado, tal ocorrência foi registrada por meio da palavra silêncio entre colchetes (ex:[silêncio]), mesmo procedimento a ser aplicado para situações que envolveram risos, hesitações, interrupções externas de qualquer ordem, etc, embora partilhe-se do entendimento de Bordieu (1997) acerca do processo de transcrição, uma vez que:

*“Existem as demoras, as repetições, as frases interrompidas e prolongadas por gestos, olhares, suspiros ou exclamações, há as digressões laboriosas, as ambigüidades que a transcrição desfaz inevitavelmente, as referências a situações concretas, .acontecimentos ligados à história singular. (Bordieu, 1997, p.710)”*

Ao fim do processo de transcrição de cada entrevista, iniciou-se o processo de conferência de fidelidade dos relatos, realizado por um pesquisador doutor voluntário, que arbitrou acerca da pertinência ou ausência de fidelidade de cada transcrição.

Nas situações em que as pertinências de fidelidade estiveram comprometidas, o pesquisador corrigiu os equívocos e só após nova arbitração do pesquisador doutor, o depoimento foi liberado para a próxima etapa, sob o entendimento e precaução metodológica de que a transcrição certamente:

*“joga deliberadamente com a pragmática da escrita (principalmente pela introdução de títulos e de subtítulos feitos de frase tomadas da entrevista) para orientar a atenção do leitor para os traços sociologicamente pertinentes que a percepção desarmada ou distraída deixaria escapar. (Bordieu, 1997, p.709)”*

### **3.5.2 – TEXTUALIZAÇÃO**

Nessa etapa, as entrevistas transcritas foram alteradas de modo que se suprimiu a participação com perguntas/interrupções do pesquisador, mantendo o relato do participante em primeira pessoa, transformando o texto transcrito em uma estrutura semelhante a um texto escrito, adicionando assim fluidez, tornando-as mais compreensíveis literalmente. Reitera-se que, nessa fase, as palavras-chave acerca dos objetivos principais do estudo foram grifadas e, juntamente com a reorganização cronológica da entrevista, associada à linha de construção do roteiro, foi possível acrescentar uma lógica ao texto (MEIHY, 2010).

### **3.5.3 – TRANSCRIÇÃO**

No procedimento de transcrição, foram aplicados pressupostos de tradução e edição do texto propriamente dito, no qual o texto foi recriado plenamente. É fato que, nessa etapa, existe realmente interferência do autor no texto, acrescentando a ideia ficcional de reordenação semântica e de formato do conteúdo transcrito, de modo que permitiu valorizar a narrativa do depoente como um elemento comunicativo (MEIHY, 2010).

Acredita-se que o texto final da entrevista, produzido pelo processo de transcrição, tenha valor literário, em que devem ser expressados as ideias e essência do que foi dito e não propriamente as palavras do depoente. Outro fator considerável que justifica a adoção desse procedimento é o fato de que se tenta atenuar a exposição do depoente (incorrekções gramaticais/vícios de linguagem), viabilizando a publicação integral e/ou parcial do conteúdo.

Dentre os procedimentos adotados para a elaboração da transcrição do depoimento, foi adotada retirada de todos os vícios de linguagem (Ex: né, então, entendeu, compreendeu, ahã etc.), supressão de titubeações (Ex. “pois é...”, “ééé...” etc.), vocábulos

repetidos desnecessariamente (Ex. “Eu”, “que”), intervenções diversas dos entrevistadores (Ex. “pois não”, “sim”, “correto”, “entendo”), perguntas inaudíveis e sem consequências sobre a fala do depoente.

Em alguns casos, foram corrigidas situações que envolveram erros de datas e nomes, além de atenuação de passagens discursivas em que houve críticas exaltadas a terceiros, mas sem que fosse perdido o sentido do depoimento (DE SORDI, 2007).

Finalizado o procedimento de transcrição pelo entrevistador, o produto foi avaliado e arbitrado por um pesquisador doutor e, uma vez aprovada a edição, o mesmo foi encaminhado em duas cópias ao entrevistado, para leitura atenta e sugestão de retiradas/censura de conteúdo, além de proposição de alterações, que, quando ocorreu, foram atendidas integralmente, não impedindo a aprovação de uso dos discursos pelo entrevistador, que ocorreu via assinatura de cada página do respectivo documento atinente a seu depoimento e/ou pela autorização expressa por e-mail direcionada ao pesquisador do estudo.

#### **3.5.4 - ANÁLISE DE DADOS**

Nesta etapa, adotou-se teorias, métodos e técnicas, numa perspectiva em que esse tripé se relacionou mutuamente, sendo minuciosamente acompanhado pelo pesquisador, já que a qualidade dos resultados depende também da experiência e da capacidade de aprofundamento do investigador (MINAYO, 2012; 2014).

Dessa forma, com a intuito de analisar o conteúdo dos depoimentos, foi empregado predominantemente o método hermenêutico-dialético proposto por Minayo (2014) e, em uma abordagem analítica, o método linguístico de análise argumentativa de Toulmin (2006). A heterogeneidade e complexidade dos discursos justifica em grande parte, a escolha de dois referenciais teóricos-metodológicos de análise.

O método hermenêutico-dialético aponta pressupostos como a ideia da inexistência de consenso frente ao processo produtivo de conhecimento, bem como a concepção de que a ciência se constrói a partir da convicção das práticas e a experiência que surge frente à realidade propriamente dita (Minayo, 2014).

O método indica, também, que os resultados alcançados são sempre uma aproximação da realidade, muito embora entenda, que *“uma boa análise interpreta o conteúdo ou o discurso dentro de um quadro de referências em que a ação e a ação objetivada nas instituições, permite ultrapassar a mensagem manifesta e atingir os significados latentes (Minayo, 2014, p.353)”*. Sua proposta segmenta o procedimento analítico em três fases: 1 – Ordenação dos Dados; 2 – Classificação dos Dados; 3 – Análise Final.

Assim, em quatro dos cinco artigos científicos obtidos como resultado do estudo, exceto pelo artigo que utilizou o referencial metodológico de Toulmin (2006), utilizou-se o referencial hermenêutico-dialético proposto por Minayo (2014), de modo que inicialmente, seja com os discursos de posse e com os depoimentos transcritos e transcritos, impressos e em mãos dos pesquisadores, foi realizada a organização e ordenamento dos mesmos por cronologia, seguido de leitura analítica, o que permitiu uma classificação prévia, evidenciando superficiais diferenciações e homogeneidades.

Após a ordenação, o processo de classificação foi iniciado com a leitura horizontal e exaustiva de cada um dos discursos de modo separado, discriminando, em arquivo digital, designado a cada um dos discursos, as impressões iniciais, permitindo a construção e registro de categorias empíricas.

Finalizado o processo de leitura horizontal, iniciou-se o procedimento de leitura transversal. Nessa etapa, foram identificadas e criadas unidades de sentidos, baseadas em

temas mais relevantes, o que permitiu a extração de excertos referentes aos seus respectivos temas, posteriormente compilados e por sua vez reagrupados e categorizados.

Ao fim dessa etapa de classificação, com as categorias centrais definidas, foi desenvolvido o processo de análise de perspectiva crítica acerca dos achados, através da produção de quatro artigos científicos, que foram discutidos e analisados com base na literatura científica pertinente e com base nos referenciais teórico-filosóficos apresentados a seguir.

A escolha do referencial teórico metodológico de Toulmin (2006), se deve ao fato de que, assim como no *corpus* documental analisado, os elementos de um raciocínio argumentativo estão ligados à necessidade de justificar determinadas teses que representam pretensões do ponto de vista comunicacional, além de fazer inferências lógicas (Rivera; Artman, 2015), sendo utilizado sobretudo para analisar os argumentos contidos nos depoimentos dos entrevistados acerca dos seus perfis de atuação e trajetórias de atuação enquanto ministros.

A opção pelo modelo de Toulmin foi pelo fato de ser mais útil para testar e dissecar argumentos retóricos do que os métodos da lógica tradicional (Brockriede; Ehniger, 2009), sendo útil no presente estudo na produção de um dos cinco artigos científicos construídos, artigo que especificamente centrava na auto-referência retórico-discursiva dos ex-ministros, marcado pela explanação e pela necessidade de validação dos seus respectivos perfis de atuações ministeriais.



Proposto em 1958 e, em parceria com Rieke e Janik, desenvolvido em 1978, o modelo de Toulmin tem seis componentes que explicitam a estrutura argumentativa (Figura 7) de um processo de justificação e legitimação de um ponto de vista, ou seja, de uma ALEGAÇÃO. Dos seis componentes funcionais (DADOS, GARANTIA, APOIO, REFUTAÇÃO, QUALIFICAÇÃO e ALEGAÇÃO), três são considerados essenciais: DADOS, GARANTIA e ALEGAÇÃO. A Figura 1 mostra como se relacionam esses componentes.

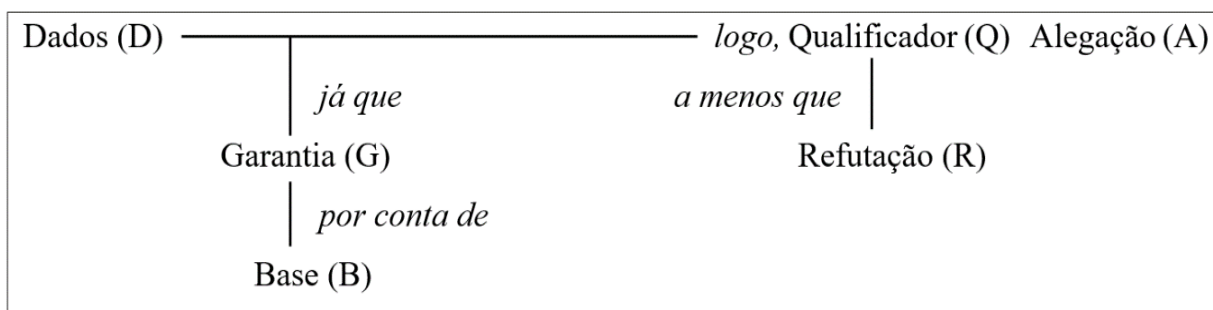


Figura 7 – Layout dos componentes do modelo Toulmin (2006)

Conforme Toulmin, Rieke e Janik (1984, p. 28), no campo argumentativo, as ALEGAÇÕES são as “asserções apresentadas publicamente para a aceitação geral”, e, de acordo com Gonçalves-Segundo (2016, p. 76), “consistem em conclusões QUALIFICADAS”. Já os DADOS são “fatos aos quais recorreremos como fundamentos para a ALEGAÇÃO” (Toulmin, 2006, p. 140), ou seja, os pontos a partir dos quais se deriva a aceitabilidade das ALEGAÇÕES (Gonçalves-Segundo, 2020).

Já as GARANTIAS são um dispositivo de legitimação da ponte entre DADOS e ALEGAÇÕES, ou melhor, “regras, princípios, licenças de inferências ou o que quisermos, desde que não sejam novos itens de informação” (Toulmin, 2006, p. 141), e, como bem destacou Gonçalves-Segundo (2016, p. 76), constituem “generalizações derivadas de

APOIOS” que já estão prelegitimadas em dados campos ou discursos (Gonçalves-Segundo, 2020).

A BASE, por sua vez, é o conjunto de evidências que sustentam GARANTIAS e DADOS (Gonçalves-Segundo, 2020). Seu conteúdo e sua forma de construção mudam de acordo com o campo em que se encontra a lógica argumentativa: por exemplo, o aparato legal da jurisprudência que sustenta os argumentos no campo do Direito (Toulmin, 2006).

Gonçalves-Segundo (2016, p. 74) entende que a QUALIFICAÇÃO se vincula “ao grau de compatibilidade da GARANTIA em relação ao teor dos DADOS oferecidos para se chegar a alguma conclusão”, e suas formas de apresentação são geralmente expressas “por verbos como *dever* e *poder*; construções atributivas como *é necessário*, *é possível*, *não é provável*; advérbios como *provavelmente*” etc.

Já as REFUTAÇÕES “visam a enfraquecer a ALEGAÇÃO, por questionar a integridade, a validade ou a aplicabilidade da GARANTIA, por negar a factualidade dos DADOS ou ainda por questionar a solidez do APOIO” (Gonçalves-Segundo, 2016, p. 76), sendo “tipos de circunstâncias excepcionais que, em casos específicos, podem refutar as suposições criadas pela GARANTIA” (Toulmin, 2006, p. 153).

### **3.6 REFERENCIAL TEÓRICO DE ANÁLISE**

No intuito de tentar compreender as relações políticas de transformação que afetaram, o objeto de estudo ao longo da sua trajetória, optou-se por o uso interpretativo da “História do Tempo Presente” enquanto referencial teórico de análise, até porque partilha-se da argumentação proferida por Rémond (2006):

*“Frequentar a história do tempo presente talvez seja uma boa precaução, o meio mais seguro de nos resguardarmos da tentação*

*que sempre nos espreita de introduzir no relato do passado uma racionalidade que não podia estar lá. A operação indispensável de tornar inteligível não deve exercer-se em detrimento da complexidade das situações e da ambivalência dos comportamentos. A história do tempo presente é um bom remédio contra a racionalização “a posteriori”, contra as ilusões de ótica que a distância e o afastamento podem gerar. ” (REMOND, 2006. p.207)*

Não é equivoco nenhum afirmar que a pesquisa histórica, de um modo geral, precisa usufruir da história do tempo presente como nunca, uma vez que o atual presente modifica e impacta o conhecimento do passado de maneira ímpar, seja quanto à abundância de fontes, seja quanto à própria reinvenção da história e da historiografia (SANNA, 2002).

A necessidade de utilização de referenciais teóricos nos estudos da área de saúde coletiva, fornece, a priori, uma compreensão mais ampla dos fenômenos estudados, já que tais fenômenos empíricos são complexos/variados e, em geral, sua compreensão exige auxílio de concepções teóricas interpretativas variadas (NUNES, 2014).

Contemplar no universo empírico, através da compreensão do fenômeno a partir da utilização de um referencial teórico, permite maior diversidade e possibilita identificar analiticamente as categorias de pertencimento social que incidem sobre o fenômeno observado. Além disso, permite também aprofundar a reflexão, indo para além do que é dito, buscando seu significado dentro de um universo mais amplo de referências, sendo assim, uma estratégia para romper com uma visão ingênua e superficial do problema investigado (KNAUTH, 2014).

Considera-se ainda, como fator norteador da adoção do referencial teórico de análise, o fato do rompimento de paradigma frente ao diálogo com a “História Política” que a “História do Tempo Presente” possibilita, isto porque, considera-se que a “História

Política”, sempre foi relacionada na historiografia como uma história tradicional, principalmente na primeira metade do século XX, quando se percebe o alvorecer da história das mentalidades e de outras correntes que se mostram “inovadoras” na busca de uma compreensão globalizante da realidade (SCOCUGLIA, 2007). Dessa forma, segundo Chartier:

*“O historiador do tempo presente é contemporâneo do seu objeto e, portanto, partilha com aqueles cuja história ele narra as mesmas categorias essenciais, as mesmas referências fundamentais. Ele é, pois, o único que pode superar a descontinuidade fundamental que costuma existir entre o aparato intelectual, afetivo e psíquico do historiador e o dos homens e mulheres cuja história ele escreve (CHARTIER, 2006. p.216)”*

No caso específico do presente estudo, pretende-se com a adoção desse tipo de versão sobre uma página da História da Saúde Pública brasileira, construir uma história política do tempo presente, até porque se torna desejável que, os estudos do campo político não se delineiem mais com as características da história tradicional, mas sob novas perspectivas flexíveis e abertas a problemáticas antes não vislumbradas (CHARTIER, 2006).

Dentre vários autores e estudos que foram utilizados a partir da lógica interpretativa crítica da história do tempo presente, dois específicos foram utilizados como âncoras perenes na análise de todos os achados, sendo elas, Cristiani Vieira Machado e Carmem Emmanuely Leitão Araújo.

Machado (2005) de modo pioneiro, se dedicou em sua Tese de Doutorado a analisar “o papel do Ministério da Saúde no período de 1990 a 2002, considerando o modelo de atuação do Estado na saúde e a direcionalidade da ação estatal, em seus elementos de afinidade ou de distanciamento em relação ao projeto da Reforma Sanitária Brasileira. (MACHADO, 2005, p.7)”, de modo que concluiu que, apesar do Ministério

da Saúde, naquele período, ter desempenhado um papel importante na condução da política de saúde brasileira, “os dirigentes do Ministério da Saúde tendem a se adaptar às circunstâncias, predominando na condução das políticas a fragmentação, a postura pragmática e a visão de curto prazo, sem que sejam enfrentados os problemas estruturais do sistema público de saúde. ”

Além desse estudo emblemático do ano de 2005, utilizou-se outros estudos de Cristiani Vieira Machado, enquanto subsídio analítico para o estudo em questão como por exemplo, um manuscrito datado de 2013 denominado - “O papel federal no sistema de saúde do Brasil” (MACHADO, 2013) e, outro estudo de 2017 denominado – “Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal” (MACHADO, 2017).

Já Araújo (2017), em sua Tese de Doutorado, objetivou “explicar a dualidade da política de saúde, a despeito das inovações de âmbito jurídico-institucional e variações no cenário político, próprias do governo FHC e do governo Lula, respectivamente do Partido da Social Democracia Brasileira e do Partido dos Trabalhadores. (ARAÚJO, 2017, p.8) ”. Utilizando uma abordagem histórica a partir de análise de fontes direta e indiretas de atores, sobretudo ex-ministros que atuaram no governo de FHC e Lula, dentre outros achados, concluiu que houve a “ação intencional de atores que buscavam direcionar a política de saúde de acordo com as suas visões e interesses. (ARAÚJO, 2017, p.8) ”

Além do balizamento analítico adotado pelos pesquisadores, através do referencial da história do tempo presente, apoiado sobretudo nas obras de Machado (2005; 2013;2017) e Araújo (2017), decidiu-se que, dada a complexidade e heterogeneidade dos achados discursivos dos ex-ministros, para atender a mais uma categoria de análise

encontrada nesses depoimento; isto é – a relação com a Reforma Sanitária Brasileira, foi necessário adotar o referencial teórico- filosófico de Jairnilson Paim (2008), especificamente os conceitos por ele desenvolvidos a partir da análise das obras de Antônio Gramsci (2002) e Agnes Heller (1986), como “revolução passiva”, “transformismo”, “retórica sanitária”, “fantasma da classe ausente” e “sujeitos a antítese da RSB”, etc.

Dentre tais conceitos que compõem esse Quadro Teórico Referencial (QTR) presente na obra de Jairnilson Paim, pode-se sinteticamente tentar posicionar o pensamento do autor acerca de cada um deles, associando-os à RSB, isto porque, nas suas palavras, pode-se considerar que “ *o conceito de revolução passiva me parece exato não só para a Itália, mas também para outros países que modernizaram o Estado através de uma série de reformas ou de guerras nacionais, sem passar pela revolução política de tipo radical-jacobino*” (GRAMSCI, 2002, p.220).

*Em outras palavras, a revolução passiva é “aquela mudança em que uma parte das transformações no modo social de vida é perdida, em consequência às disputas internas de distintos projetos de mudança no processo transformador* (PAIM, 2008,p.8)”. Já o “*transformismo*” , unidade de sentido que possui uma relação orgânica com o conceito anterior, ocorre quando há o processo de unificação de determinados atores sociais que mudam de posicionamento, adotando uma postura de assimilação e próxima às forças conservadoras e dominantes, ao passo que incorpora demais atores de classes subalternas, conforme foi “*a partir de 2003, quando Lula, o PT e seus aliados dão continuidade às políticas de FHC*” (PAIM, 2008,p.317), revelando superlativamente a atualidade do conceito de revolução passiva: “*a política da Direita com homens e frases de esquerda*” (GRAMSCI, 2002, p.70).

Enquanto o “*fantasma da classe ausente*”, segundo Paim (2008, p.310), por ser uma “*alegoria criada por Arouca para indicar as dificuldades do movimento sanitário em se articular, organicamente, com as massas populares, parece perseguir como um desafio ou um acerto de contas em relação ao seu projeto*”, uma vez que “no povo em geral e mesmo entre os trabalhadores de saúde, nem a Reforma Sanitária nem o SUS parecem ser considerados conquistas que valham a pena lutar, seja para preservar ou para avançar” (PAIM, 2008,p.311).

Paim (2008) ainda postula o conceito de “retórica sanitária” de maneira crítica apontando-a como uma mudança parcial setorial, sem incorrer radicalmente com a mudança do modo de vida, bem como posiciona outro conceito, o de “*sujeitos da antítese da RSB*”, ou seja “*sujeitos sociais capazes de desestabilizar a revolução passiva em favor das forças progressistas, constituindo os portadores da antítese*” (PAIM, 2008, p.307).

A escolha do referencial teórico de Jairnilson Silva Paim, além de atender às necessidades analíticas acerca das relações dos discursos dos ex-ministros com a RSB, é também justificada pelo fato do seu posicionamento crítico e inegociável acerca do SUS e da RSB, uma vez que, nas palavras de Schreiber (2008), ele representa um dos melhores quadros entre cientistas do campo da saúde coletiva, já que, a partir do seu esmero metodológico, produz análises que se caracterizam pela “*ciência engajada com a transformação social e nem por isso menos científica*”, sendo sua obra dotada de “*dados, ângulos e interpretações originais*” sobre a temática aqui discutida, que amadurece a cada dia, já que “*acrescenta e se move*”

### **3.7 ASPECTOS ÉTICOS**

Como se trata de uma pesquisa realizada a partir de relatos da participação voluntária de seres humanos, o projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em

Pesquisas com Seres Humanos, conforme determina a legislação pertinente (RESOLUÇÃO 466, 2012), de modo que o início das entrevistas se deu após a sua aprovação.

Uma vez aprovado o projeto de pesquisa, as entrevistas foram efetuadas após assinatura de duas cópias do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Anexo 2), que também foi rubricado pelo pesquisador e pelo participante, ficando cada um deles em posse de uma cópia do supracitado termo.

Após a transcrição e transcrição, os sujeitos envolvidos no estudo tiveram a oportunidade de analisar e indicar alterações necessárias nos seus respectivos depoimentos, sendo utilizados no estudo somente após anuência dos mesmos. Por fim, os depoimentos dos respectivos sujeitos, serão doados e comporão o acervo do Banco de História Oral do Centro de Memória da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, mediante assinatura do Termo de Cessão de Direitos Sobre Material de Depoimento Oral (Anexo 4).



#### ***4-Resultados***

---

A análise dos dados permitiu o desenvolvimento de cinco manuscritos em formato de artigos científicos. A opção pela apresentação dos resultados em formato de artigos se deu pelo fato de a autoria acreditar que nos últimos dois anos às discussões acerca da atuação de ministros da saúde se tornarem objeto de discussão de especialistas, acadêmicos e dos cidadãos em geral. Logo tentar construir artigos que oferecem uma compreensão histórica, a partir de uma ótica específica e conseqüentemente divulga-los à crítica, é além de um dever acadêmico imperativo, uma necessidade permanente.

Desse modo, utilizou-se uma linha cronológica que permitiu à apresentação dos artigos científicos, a partir da seguinte ordem:

***1 - “Estão dizendo por aí que você vai ser o ministro, é verdade? ”: memórias de ex-executivos do SUS de 2002 a 2015***

***2 - Comunicação Política: a saúde pública nos discursos de posse dos ex-ministros da saúde do Brasil (1995 a 2016)***

***3 - “Olha, isso aí é uma boa política...”: narrativas de ex-ministros da saúde do Brasil (2002 e 2015)***

***4 - “O jogo é muito bruto, não é para amador”: concepções de ex-ministros da saúde sobre a Reforma Sanitária Brasileira (2002 a 2015)”***

***5 - “O ministério é uma máquina de problemas”: perfis de atuação de ex-ministros da saúde do Brasil (2002 a 2015)***

A ordem de apresentação dos supracitados artigos não foi aleatória, mas sim calculada para que a leitura se torne mais agradável em consonância com o atendimento dos objetivos pretendidos pelo estudo.

Assim, o primeiro artigo inaugura à análise do fenômeno de elegibilidade dos nomes de personalidades até o processo de nomeação para o cargo, nomeação que acontece por sua vez e é formalizada em um evento ritualístico social, expediente que o segundo artigo se dedicou a investigar.

Uma vez indicados e conseqüentemente nomeados, com discursos de posse proferidos, um outro fenômeno relevante, que o terceiro artigo se propôs a averiguar, foi a gênese, formulação e decisão acerca da implementação de ações e programas federais de saúde, que encontra no quarto artigo um contraponto crítico-reflexivo acerca de quais concepções acerca da RSB esses ex-ministros possuem e que provavelmente cumularam ao longo das suas trajetórias de atuação ministerial, atuações que são condensadas em perfis de atuação construídos, através da análise de auto-referências argumentativas, expostas no quinto artigo.

## *4.1- Artigo 1<sup>i</sup>*

---

<sup>i</sup>Artigo submetido à Revista Saúde em Debate em 09/01/2022, encontrando-se em processo de avaliação.

*“Estão dizendo por aí que você vai ser o ministro, é verdade?”: memórias de ex-executivos do SUS de 2002 a 2015*

*“They're saying around that you're going to be the minister, is that true?”: memories of former SUS executives from 2002 to 2015*

*“Están diciendo que tú vas a ser ministro, ¿es cierto?”: Recuerdos de ex ejecutivos del SUS de 2002 a 2015*

Danilo Fernandes Brasileiro<sup>1</sup>  
Maria Cristina da Costa Marques<sup>2</sup>

**4.1.1 - Resumo:** O estudo em questão, buscou conhecer e analisar os condicionantes atinentes ao processo de indicação, escolha e consolidação da nomeação dos ministros da saúde do Brasil entre os anos de 2002 e 2015. Trata-se de um estudo histórico de abordagem qualitativa, que utilizou da História Oral Temática como método de pesquisa. Utilizou-se excertos extraídos de entrevistas realizadas entre os anos de 2018 e 2019, com seis ex-ministros da saúde, sendo que tais excertos foram submetidos a criteriosa análise, utilizando o método hermenêutico-dialético, proposto por Maria Cecília de Souza Minayo. Ao fim do processo analítico encontrou-se três categorias: 1 – A Trajetória Credencia; 2 – A Influência dos Bastidores; e 3 – A Consolidação do Convite, que foram descritas, discutidas e analisadas com base na literatura científica pertinente. Dentre numerosos achados e conclusões relevantes que o estudo compartilha, destaca-se o fato de que o processo em investigação, se concretizou, sustentado por um *modus operandi* em que a trajetória pessoal-político-profissional credenciou cada indivíduo que, por sua vez, encontrava-se envolvido em um campo de luta política para consolidar-se como potencial candidato e, enfim, após a decisão central do presidente em exercício, tornou-se ministro da saúde. **Palavras-chave:** Saúde Pública; História; Política; Recrutamento; Ministros da Saúde.

**4.1.1 - Abstract:** The study in question sought to understand and analyze the conditions pertaining to the process of nominating, choosing and consolidating the appointment of ministers of health in Brazil between the years 2002 and 2015. This is a historical study with a qualitative approach, which used the Thematic Oral History as a research method. Excerpts from interviews carried out between 2018 and 2019 were used, with six former ministers of health, and these excerpts were submitted to careful analysis, using the hermeneutic-dialectic method, proposed by Maria Cecília de Souza Minayo. At the end of the analytical process, three categories were found: 1 – The Credentials Trajectory; 2

---

<sup>1</sup> Mestre em Ciências pela UNIFESP. Doutorando do Programa de Pós Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo – SP, Brasil; <http://orcid.org/0000-0002-3905-7579>; E-mail: danilo.brasileiro@hc.fm.usp.br

<sup>2</sup> Doutora. Docente da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo – SP, Brasil; <http://orcid.org/0000-0002-7461-3710>; E-mail: mcmарques@usp.br

– The Influence of the Backstage; and 3 – The Consolidation of the Invitation, which were described, discussed and analyzed based on the relevant scientific literature. Among numerous relevant findings and conclusions shared by the study, the fact that the process under investigation materialized is highlighted, supported by a modus operandi in which the personal-political-professional trajectory accredited each individual, who in turn found getting involved in a field of political struggle to consolidate as a potential candidate and finally, after the central decision of the incumbent president, become minister of health. **Keywords:** Public health; History; Policy; Recruitment; Ministers of Health.

**4.1.1 - Resumen:** El estudio en cuestión buscó comprender y analizar las condiciones inherentes al proceso de nombramiento, elección y consolidación del nombramiento de los ministros de Salud en Brasil entre los años 2002 y 2015. Se trata de un estudio histórico con enfoque cualitativo, que utilizó La Historia Oral Temática como método de investigación. Se utilizaron extractos de entrevistas realizadas entre 2018 y 2019 a seis ex ministros de salud, y estos extractos fueron sometidos a un análisis detenido, utilizando el método hermenéutico-dialéctico propuesto por Maria Cecília de Souza Minayo. Al final del proceso analítico, se encontraron tres categorías: 1 - La trayectoria de las credenciales; 2 - La influencia del backstage; y 3 - La Consolidación de la Invitación, los cuales fueron descritos, discutidos y analizados con base en la literatura científica relevante. Entre los numerosos hallazgos y conclusiones relevantes compartidos por el estudio, se destaca el hecho de que el proceso investigado se materializó, apoyado en un modus operandi en el que la trayectoria personal-político-profesional acreditaba a cada individuo, quien a su vez encontró implicación en un campo de actuación. Lucha política para consolidarse como un candidato potencial y, finalmente, tras la decisión central del actual presidente, para convertirse en ministro de Salud. **Palabras clave:** salud pública; Historia; Política; Reclutamiento; Ministros de Salud.

#### 4.1.2 - INTRODUÇÃO

A memória pode ser entendida como a propriedade de conservação de informações, guiada por um conjunto de funções psíquicas, que permitem que o ser humano atualize impressões ou formações passadas, ou aquelas que ele represente como passadas (LE GOFF 2013).

Memória também pode ser considerada como aquilo que se tem de melhor e que dê a garantia que algo ocorreu antes de formar a lembrança propriamente dita, tanto que a historiografia não consegue remover a convicção criticada e reafirmada, de que o referente último da memória continua sendo representado pelo passado, independentemente do que possa representar a preteridade do mesmo (RICOEUR, 2007).

Desde meados da década de 1990 aos dias atuais, inúmeros estudos têm se dedicado à perspectiva historiográfica, inclusive os que se valem da memória dos sujeitos, materializada, na maioria das vezes, em testemunhos e depoimentos daqueles que atuaram e ainda atuam no campo da saúde pública (MENDES et al., 2017).

Entende-se que “no Brasil, os estudos de políticas públicas em perspectiva histórica obtiveram amplo acolhimento multidisciplinar e grande audiência” nos últimos anos (HOCHMAN, 2007, p.153). Um grupo ainda pouco estudado sob a perspectiva historiográfica é o dos ministros da saúde do Brasil, exceto por exíguos, mas qualificados estudos (ARAÚJO, 2017; JUSTO, 2019; SOUZA, 2020; MACHADO, 2007; 2013; 2017) que abordaram, integralmente ou parcialmente, a temática específica, já que parte-se da premissa que os ministros da saúde exercem centralidade na formulação e implementação de políticas nacionais de saúde, na defesa e representatividade política de diferentes grupos sociais, além de garantida jurisdição de atuação, enquanto autoridade frente a situações que o cargo em questão exige (PALOTTI, 2019).

A partir da década de 1990, com o advento do Sistema Único de Saúde (SUS) e com a incorporação do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) ao Ministério da Saúde, o supracitado ministério passou a ser qualificado como Autoridade Sanitária Nacional, sendo que a responsabilidade legal em torno de sua coordenação e gestão, com o intuito garantidor de alcance dos anseios da saúde enquanto direito universal de cidadania, dentre inúmeros atores sociais que compõem a estrutura burocrática, paulatinamente se centralizou à figura do gestor federal de saúde, o então ministro da saúde em exercício (MACHADO, 2013).

Apesar da relevância atribuída ao cargo de ministro da saúde ao longo da história, entende-se que, a partir de 1990, houve um incremento na visibilidade e relevância

política e social em torno da ocupação da coordenação do referido ministério, acirrando as disputas internas no cenário político brasileiro para ocupação do cargo em questão, uma vez que o Ministério da Saúde, enquanto nova Autoridade Sanitária Nacional, sofreu, a partir daquele momento e dos anos subsequentes, mudanças significativas em suas funções, atribuições, estrutura e lógica de atuação(MACHADO, 2007).

Desse modo, destaca-se o período entre os anos de 1995 até meados de 2016, em que houve reconhecida gênese, implementação e aperfeiçoamento de programas, ações e políticas federais no âmbito do SUS, em um contexto de estabilidade econômica e democrática, que conseqüentemente garantiram essas transformações, sob a coordenação do Ministério da Saúde, capitaneada por diferentes ministros, durante o mandato de três diferentes presidentes da república (BRASIL, 2020; D'ARAÚJO, 2011).

Desde os primórdios do Sistema Único de Saúde (SUS), sobretudo entre março do ano de 1990 a abril do ano de 2016, 18 ministros da saúde foram nomeados, durante o mandato de cinco diferentes Presidentes da República, sendo que, entre os anos de 1995 e abril do ano de 2016, 12 ministros foram nomeados. Conforme o exposto, levando em consideração a relevância do cargo ministro da saúde desde o advento do SUS, acrescido do número variado de atores sociais que ocuparam o cargo em questão, questiona-se o que influenciaram o processo de consolidação de posse de ministros da saúde do Brasil, sobretudo entre os anos de 1995 a 2016?

Embora qualificados estudos como os de Amorim-Neto (2004;2007), de Codato & Franz (2017; 2018); de Inácio (2013), de Loureiro & Abruccio (1999); Lopez & Praça, (2015) e de Palotti (2017) tenham se dedicado a uma análise ampla para compreensão das estratégias de indicação e nomeação de ministros brasileiros em diversas pastas ministeriais, inseridas nesse modelo definido por Abranches (2018), como



presidencialismo brasileiro de coalizão política, cujos achados podem ser uteis para compreender o fenômeno em torno da escolha, indicação e nomeação do ministro da saúde, não se identificou estudos na literatura científica brasileira, que se propuseram à análise historiográfica exclusiva do processo envolvendo a consolidação da escolha dos ministros da saúde, desde o início do SUS até os dias atuais.

Além da inexistência mencionada de estudos com esse foco, bem como considerando a relevância político-social e estratégica que os Ministros da Saúde desempenham frente à coordenação federal da saúde brasileira, sobretudo no processo formulador, decisório e implementatório de políticas, programas e ações nacionais de saúde, além da atualidade que investigações direcionadas a esse público em questão representa, se propôs desenvolver aqui um análise historiográfica, baseada em discursos advindos das memórias desses atores sociais que, por sua vez, objetiva conhecer os condicionantes atinentes ao processo de indicação, escolha e nomeação daqueles que foram ministros da saúde do Brasil entre os anos de 2002 e 2015.

#### **4.1.3 - MÉTODO**

Estudo histórico de abordagem qualitativa, que utilizou da História Oral Temática como método de pesquisa (ALBERTI, 2005; FREITAS, 2006).

Os dados utilizados, são produtos de entrevistas - presenciais (quatro) e virtuais (duas) – realizadas nos anos de 2018 e 2019, com seis ex-ministros da saúde do Brasil, que atuaram entre os anos de 2002 e 2015 (Quadro 1), utilizando um roteiro de dez perguntas. As entrevistas gravadas digitalmente foram devidamente transcritas pelos autores do estudo e reenviadas aos participantes, de modo que os conteúdos das mesmas foram utilizados só após análise e apreciação pelos participantes.

Atendendo aos preceitos éticos que regulam a pauta (RESOLUÇÃO 466, 2012), o projeto do estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (Parecer n. 4.031.359), sendo que as entrevistas foram realizadas após concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), que discriminava, entre outras coisas, o consentimento acerca da publicação dos depoimentos e identificação dos participantes.

Apesar do manuscrito em questão fazer parte de uma pesquisa ampla, que se dedicou nos últimos anos a analisar especificamente os ministros da saúde entre os anos de 1995 a 2016 (período cujo importância já foi mencionada na introdução do presente manuscrito) sob quatro diferentes perspectivas (1- Discursos de Posse e Transmissão de Cargo; 2- Perfis de Atuação Ministerial; 3- Formulação e Tomada de Decisão Sobre Políticas Nacionais de Saúde; 4 – Indicação e Nomeação Ministerial ), o recorte temporal de análise foi reduzido e definido entre 2002 a 2015, justificado pelo período de atuação dos ex-ministros que aceitaram participar do estudo e fornecer seus depoimentos.

O referencial teórico metodológico foi o proposto por Maria Cecília de Souza Minayo, através do seu método hermenêutico-dialético, que segmenta a análise em três fases: 1 – Ordenação dos Dados; 2 – Classificação dos Dados; 3 – Análise Final (MINAYO, 2014).

Como critério de inclusão, pré-selecionou-se os trechos das entrevistas correspondentes às respostas atinentes a perguntas que abordaram o processo em torno da efetivação da nomeação para o cargo de ministro da saúde.

Com os textos pré-selecionados, realizou-se o processo de organização e ordenamento dos mesmos, através de uma leitura analítica atenta. Após a etapa de

ordenação, iniciou-se o processo de classificação, a partir da leitura horizontal exaustiva, de modo que, através das impressões iniciais, criou-se as primeiras categorias empíricas.

Na sequência, iniciou-se a leitura transversal, etapa em que se permitiu identificar e criar unidades de sentido consolidando-se assim, o processo de reagrupamento, reordenação e categorização final dos trechos selecionados, que serão apresentados na seção seguinte, e exemplificados com excertos de textos das entrevistas discutidos com base na literatura científica pertinente e a partir de fontes históricas da imprensa atinente ao período.

Quadro 1. .Relação de Ministros da Saúde do Brasil Entrevistados e Incluídos no Estudo (2002 a 2015)

MINISTRO	PERÍODO NO MINISTÉRIO	PARTIDO	PRESIDENTE	BREVE DESCRIÇÃO BIOGRÁFICA	DATA E LOCAL DA ENTREVISTA
<i>Barjas Negri</i>	<i>21 fev. 2002 31 dez. 2002</i>	<i>PSDB</i>	<i>Fernando Henrique Cardoso</i>	<i>Nascido em São Paulo-SP (8 dez. 1950). Economista com mestrado e doutorado pela UNICAMP-SP. Foi secretário executivo do FNDE (1995-1996) e do Ministério da Saúde (1997-2002), além de prefeito da cidade de Piracicaba por três mandatos.</i>	<i>Piracicaba-SP, 20 dez. 2018</i>
<i>Humberto Sérgio Costa Lima</i>	<i>1 jan. 2003 8 jul. 2005</i>	<i>PT</i>	<i>Luís Inácio Lula da Silva</i>	<i>Nascido em Campinas-SP (7 jul. 1957). Jornalista e médico especialista em clínica médica, medicina geral e comunitária e psiquiatria. Foi vereador e secretário de Saúde de Recife-PE (2001-2003), além de deputado estadual (1990-1993) e federal (1995-1999). Atualmente, é senador da República.</i>	<i>Brasília-DF, 11 nov. 2019</i>
<i>José Saraiva Felipe</i>	<i>8 jul. 2005 31 mar. 2006</i>	<i>PMDB</i>	<i>Luís Inácio Lula da Silva</i>	<i>Nascido em Belo Horizonte-MG (26 mar. 1952). Médico com mestrado pela FIOCRUZ-RJ. Foi secretário municipal de Saúde de Montes Claros (1983-1985) e estadual de Saúde de Minas Gerais (1991-1994), secretário de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde (1989-1990) e deputado federal por cinco mandatos. Atualmente, desenvolve seu doutorado na UnB-DF.</i>	<i>Virtual, 29 jun. 2020</i>
<i>José Agenor Álvares da Silva</i>	<i>31 mar. 2006 16 mar. 2007</i>	<i>sem partido</i>	<i>Luís Inácio Lula da Silva</i>	<i>Nascido em Abaeté-MG (2 jun. 1947). Farmacêutico e bioquímico pela UFMG, Doutor Notório Saber pela FIOCRUZ (2015). Foi secretário executivo no Ministério da Saúde 92005-2006) e diretor da ANVISA (2007-2013). Atualmente, é assessor da Fundação Oswaldo Cruz.</i>	<i>Brasília-DF, 3 out. 2019</i>
<i>José Gomes Temporão</i>	<i>16 mar. 2007 31 dez. 2010</i>	<i>PMDB</i>	<i>Luís Inácio Lula da Silva</i>	<i>Nascido em Merufe-Portugal (20 out. 1951). Médico, com mestrado pela FIOCRUZ (1984) e doutorado pela UERJ (2002). Foi subsecretário do Estado de Saúde do Rio de Janeiro, secretário de Planejamento do INAMPS (1985-1989), diretor geral do INCA e secretário nacional de Atenção à Saúde (2005). Atualmente, é professor e pesquisador titular aposentado da Fundação Oswaldo Cruz.</i>	<i>São Paulo-SP, 22 mar. 2019</i>
<i>Ademar Arthur Chioro dos Reis</i>	<i>3 fev. 2014 2 out. 2015</i>	<i>PT</i>	<i>Dilma Vana Rousseff</i>	<i>Nascido em Santos-SP (5 dez. 1963). Médico com mestrado pela UNICAMP-SP (2001) e doutorado pela UNIFESP (2011). Foi diretor do Departamento de Atenção Especializada do Ministério da Saúde (2003-2005) e Secretário de Saúde de São Bernardo do Campo-SP (2009-2014). Atualmente, é professor do Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina/UNIFESP.</i>	<i>Virtual, 12 fev. 2020</i>

Fonte: (Brasil, 2020)

## 4.1.4 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1.4.1 - A Trajetória Credencia

Comum entre todos os entrevistados foi o fato de cronologicamente versarem sobre suas trajetórias pessoais e profissionais como credenciais legitimadoras da permanência naquele espaço de disputa de poder, já que são exceções os atores sociais que se tornaram ministeriáveis sem o intenso trânsito de carreira profissional e ocupação de cargos políticos, sobretudo na burocracia do Estado (CODATO & FRANZ, 2018).

Barjas Negri, economista, formação que segundo D’Araújo (2009) foi a segunda graduação mais comum (18%) entre 329 ex-ministros atuantes entre os anos de 1985 a 2008, atrás apenas do direito (40%), revelou pragmaticamente a sua atuação como responsável pela criação do Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino e Valorização do Magistério (FUNDEF), enfatizando sua expertise como um “bom administrador de orçamentos” (AGÊNCIA, 2002). Tais condições, na sua opinião, subsidiaram a sua inserção no Ministério da Saúde:

*“Eu trabalhei dois anos no Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação com a equipe do ministro Paulo Renato Souza. Por conta de ser economista e o ministro Paulo Renato ser economista, nós elaboramos uma emenda constitucional, chamada de Fundo de Desenvolvimento do Ensino Fundamental e Valorização dos professores, mais conhecido como FUNDEF. Eu fui um dos mentores intelectuais daquele plano e por conta disso e muito provavelmente por conta dessa experiência, na aprovação dessa emenda é que eu fui convidado, ou melhor convocado para o Ministério da Saúde, pois o ministério da Saúde tinha os mesmos problemas, uma base de financiamento incipiente, muita dificuldade de implementar o SUS. O SUS era uma coisa praticamente nova, mas não havia sido totalmente regulamentado e havia um déficit financeiro brutal no Sistema Único de Saúde, tanto é que o Ministro Adib Jatene trabalhou muito para aprovação da Contribuição Provisória Sobre Movimentação Financeira, a CPMF. O ministro Jatene tinha pedido demissão e a CPMF tinha acabado de ser aprovada, mas ela ainda não estava em vigência, porque tinha a questão da noventena, ou seja, tinha sido aprovada mas levaria noventa dias para ser cobrada. E eu fui convidado a ser secretário executivo do Ministério da Saúde para*

*ajudar, organizar a distribuição desses recursos. Esse foi o contexto pelo qual eu fui.*

Considerando assim a variável de trajetória profissional, utilizando como ilustração o estudo de Codato & Franz (2017), que analisou 182 ministros de várias pastas, que serviram aos governos de Fernando Henrique Cardoso (FHC) e Luís Inácio Lula da Silva (Lula), percebeu-se que eles possuíam um tempo médio de 31 anos de carreira, passando em média por 12 cargos antes de assumirem a pasta. Sabe-se, inclusive, que antes de potenciais indivíduos serem nomeados, esses 182 ministros estudados, que atuaram entre 1995 e 2010, possuíam carreira multifacetada, tendo ocupado dezenas de cargos de médio e alto escalão, passando inclusive por corporações, empresas públicas, cargos políticos de livre nomeação e postos eletivos no Executivo e no Legislativo, além de universidades, direções de partidos políticos, entidades sindicais e outras agências de representação (CODATO & FRANZ, 2017).

Humberto Costa que, segundo Araújo (2007), havia sido secretário de saúde de Recife, embora com pouca experiência enquanto gestor, era referência política no campo mais majoritário do PT, trajetória política que foi a principal credencial, uma vez que de acordo com Justo (2019), o presidente precisava de um perfil que tivesse cacife político e representatividade dentro do PT, até porque o primeiro governo Lula teve baixo índice de coalização e politização dos cargos ministeriais (Palotti, 2017), tanto que de 102 ministros que compuseram o governo Lula até 2008, 60,2% eram filiados ao Partido dos Trabalhadores (PT) (D'ARAÚJO, 2009). Ele assim explica:

*“Politicamente eu tenho uma trajetória de muitos anos dentro do PT, fui um dos fundadores, sempre exerci um papel relevante na direção do partido, sobretudo em termos locais, mas também no cenário nacional. Então a minha relação com o presidente LULA e com o núcleo político*

*mais importante do partido sempre foi muito próxima. No ano de dois mil eu nem estava querendo muito disputar a eleição, mas houve uma demanda do partido, do nosso próprio candidato a prefeito e eu terminei decidindo ser candidato. Aí tive uma votação muito expressiva como vereador. Eu tinha me planejado para voltar a ser Deputado Federal, tinha uma eleição garantida e nessa decisão de ser candidato a Governador, tinha muito a ver com a própria viabilização da candidatura de LULA, não é? E isso me aproximou mais ainda da direção do partido e ele me convidou para ser Ministro da Saúde. Então é foi uma combinação de fatores políticos e técnicos, técnicos nesse sentido, pois eu era uma pessoa que tinha feito uma boa gestão como secretário municipal, tinha participado da elaboração do programa de governo, conhecia o programa de governo, conhecia todo mundo que estava envolvido, tinha condição de liderar, para montar uma gestão no Ministério da Saúde e terminei sendo escolhido.”*

Saraiva Felipe evidenciou uma robusta trajetória cumulativa de atuação no campo político e enraizamento em cargos executivos públicos. A esse propósito, em um estudo realizado com 329 ministros que atuaram entre 1985 e 2008, aproximadamente 50% possuíam experiência parlamentar (em algum dos três níveis da federação), sendo que 22% exerceram cargos no Executivo (governador e prefeito) e 76% ocuparam cargos no Executivo federal, estadual e municipal (D'ARAÚJO, 2009).

*“Depois de formado, fui conhecer o “Projeto Montes Claros”. Esse projeto na época era uma espécie de “Meca da Saúde Pública Brasileira”. Então travei contato com gente no Brasil e, em algum momento, aconteceu uma mudança política lá e em seguida fui para o Rio de Janeiro, fiz o mestrado, o orientador da minha tese foi o Sérgio Arouca. Acabou que eu fiquei lá, me envolvi um pouco na política, conheci uma pessoa que foi muito importante na minha vida, que foi o Darcy Ribeiro, que tinha voltado do exílio e acabou que, na volta dele ele tinha que ficar exilado lá em Montes Claros, ficou lá, estabeleceu contato com esse grupo progressista de esquerda, que estava lá. Foi uma pessoa que, no meu projeto político, ele foi importantíssimo e para o meu próximo passo, pois acabou que o Tancredo Neves me chamou para trabalhar em Brasília e acabou que o Darcy falou com o Waldir Pires, que seria o então Ministro da Previdência. O Darcy deu recomendações, falou que eu era uma pessoa progressista, muito interessada em saúde pública. Acabou que eu fui para a Secretária de Serviços Médicos, do Ministério da Previdência. Bom, eu fiquei no Ministério até 1988, depois fui para a Organização Pan Americana durante algum tempo, coordenando programas lá com o Ministério da Educação. Em mil novecentos e noventa eu voltei para Minas, para produzir uma proposta para Saúde do Governo do Hédio Garcia, se ele se elegeisse. Como ele se elegeu acabou me convidando para ser*

*secretário de saúde. Aí eu vou chegar na data que você começa o seu trabalho. Eu me elegi em noventa e quatro, assumi o mandato de deputado em noventa e cinco, fiquei até dois mil e dezenove agora.”*

José Agenor, abordou a sua trajetória de formação profissional, enfatizando a sua sólida carreira como técnico de carreira do Ministério da Saúde, qualidade técnica destacada também por Lula, que talvez não tenha sido o motivo único da sua escolha (JUNGBLUT, 2006; SILVA, 2007). É também comum, conforme destacaram Amorim-Neto & Samuels (2010), que presidentes considerem escolher criteriosamente, dentro da burocracia do Estado, servidores públicos experientes, tanto que o governo Lula, em comparação ao governo FHC, na composição dos seus gabinetes, recorreu mais a funcionários de carreira (D'ARAÚJO, 2011).

*“A primeira é que, eu, como servidor público de carreira do Ministério da Saúde, pois na verdade, eu nunca cogitei na minha vida que um dia eu pudesse ocupar um cargo de ministro da saúde. Em segundo lugar, a minha trajetória foi toda dentro da área de gestão em saúde, desde de quando eu me formei lá em Minas Gerais em 1974, eu fui para Secretaria Regional de Saúde de Montes Claros e fui com a incumbência de montar uma rede de laboratórios e o diretor da Regional me convidou para que eu trabalhasse mais próximo dele na questão de formulação de política e de acompanhamento de algumas ações junto as prefeituras municipais, pois naquela época a gente estava implantando um projeto chamado: “Projeto Montes Claros”, que era um projeto financiado com recursos externos, por a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional, a USAID . Vindo para o Ministério da Saúde, eu fiz um concurso, passei no concurso, assumi e ocupei todas as funções que um servidor público de carreira dentro do ministério poderia ocupar. Eu gosto de ressaltar uma coisa que é muito importante, quando você disse assim: “Você é filiado ao PMDB?”;. “Não, não sou filiado ao PMDB! ” Como representante do Ministério da área de planejamento eu tinha a responsabilidade de fazer a interlocução técnica com as áreas correspondente do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Você ocupar o cargo como ministro é questão que depende de algumas circunstâncias que estavam totalmente fora do meu alcance e do meu controle. Por exemplo, eu fui ser Secretário Executivo de Ministério da Saúde quando eu estava na Agência Nacional de Vigilância Sanitária, a ANVISA.”*



José Gomes Temporão, diante de sua trajetória que, segundo Silva (2007), era considerado uma “quase unanimidade” pelo ex-presidente Lula, expôs sua relação com Saraiva Felipe e José Agenor, além do engajamento do trio, com os ideais da Reforma Sanitária, destacando, na sequência, sua atuação diversificada em postos estratégicos e concorridos no campo da saúde pública brasileira:

*“Você tem três ministros com uma ligação histórica com as origens do Movimento da Reforma Sanitária: o ministro Saraiva Felipe, o ministro José Agenor Alvares e eu. Nós três participamos da construção do Sistema Único de Saúde, desde os anos setenta. Claro são trajetórias diferentes e, em alguns momentos, elas se entrecruzam. Eu trabalhei junto com o Saraiva Felipe na época da Previdência Social nos anos oitenta. Nos anos oitenta também, quando o Agenor estava no Ministério da Saúde, eu estava no INAMPS. Então toda a minha vida profissional se expressa na construção do SUS. Desde quando eu estava na Faculdade de Medicina, eu comecei a participar do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, o CEBES, junto com Sergio Arouca e David Capistrano, fui presidente do CEBES. Se você olhar minha trajetória profissional ela é uma mistura da trajetória acadêmica na Fundação Oswaldo Cruz, e de ocupação de cargos, na Previdência Social, no INAMPS, na Secretaria Estadual de Saúde e etc. Eu fui presidente do Instituto Vital Brasil, depois trabalhei com Sergio Arouca na Secretaria Municipal, depois presidi a Fundação de Apoio à Pesquisa na Fundação Oswaldo Cruz, Diretor do Instituto Nacional do Câncer, Secretário de Atenção à Saúde e Ministro então tem uma singularidade aí. E na verdade no ano de dois mil e três, eu assumi a direção do Instituto Nacional do Câncer, no ano de dois mil e cinco, eu fui para Secretaria de Atenção à Saúde, a SAS, com Saraiva Felipe e no ano de dois mil e sete, eu fui ministro e saí em 2010. Então, entre os anos de dois mil e três a dois mil e dez, eu permaneci direto na estrutura de gestão do Ministério da Saúde. Dentro da estrutura, eu estava acompanhando, digamos assim, toda a dinâmica da política de saúde, as diferenças, as crises, as nuances, nesse período de Humberto Costa até a eleição da Dilma. No final de 2006, eu era Secretário da SAS, o Saraiva Felipe tinha saído para se recandidatar a Deputado Federal e o Agenor ficou como interino. ”*

Apesar da trajetória vinculada ao PT Arthur Chioro, entendeu possuir uma rara e diferenciada trajetória de gestor, referindo suas experiências desde a gestão de Humberto Costa no Ministério da Saúde até sua atuação enquanto secretário de Saúde de São Bernardo do Campo (FOLHAPRESS, 2014), tanto que:

*“Eu diria para você que poucas pessoas têm talvez a mesma formação, ou a formação mais qualificada do que a que eu tenho e a experiência que eu tenho como gestor. Inclusive com uma passagem de dois anos e meio em Brasília, no DAI, o Departamento de Articulação Interfederativa.”*

*“ Eu era o presidente do Conselho de Secretários Municipais de Saúde, o COSEMS e ajudei muito o Ministério, muito a gestão do Padilha, porque fazia parte da Direção do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, o CONASEMNS, fazia parte da tripartite, era um interlocutor importante do Ministério.”*

*“ O que me disseram em um determinado momento, depois da inauguração do Hospital das Clínicas em São Bernardo do Campo, que foi em dezembro de dois mil e treze, era que a presidenta tinha ficado muito impressionada primeiro com o hospital. Então assim a experiência de São Bernardo se transformou em uma experiência exitosa, muito provavelmente a presidente nunca me falou isso, mas ela estava ali de perto acompanhando. ”*

Apesar de notar ênfase entre alguns ministros, direcionada, em alguns momentos, às suas trajetórias de atuação técnica, mais evidente nos discursos de Barjas Negri e José Agenor, e outros dando mais evidência à faceta política, como Humberto Costa, acredita-se que cada um deles foi fiel em relatar aquilo mais característico em seu perfil de atuação naquele momento. Entende-se que no posicionamento de José Agenor e Barjas Negri, embora não se evidenciou que considerassem excludentes na formação de seus perfis de atuação, a competência técnica da competência política, em alguns momentos dos seus discursos, acabaram por reforçar uma tradição que opõe essas vertentes, quando é mais indicado considera-las complementares, sobretudo diante da atuação na burocracia pública (GOMES, 1994; LOUREIRO, 1999).

A trajetória exposta por esses ex-ministros apresenta um grupo de pessoas que, na sua época, com exceção de Humberto Costa, possuíam 50 anos de idade ou mais, todos com algum nível ou mais de pós-graduação, de gênero masculino, maioria de etnia caucasiana, de formação majoritariamente médica (D'ARAÚJO, 2009). Com exceção de

Barjas Negri, até pela formação dos outros cinco no campo de saúde, segundo Acaz (2007) havia uma aproximação prévia, em algum momento de suas trajetórias, acerca dos ideais do movimento de Reforma Sanitária Brasileira, obviamente que cada um com nível de engajamento e atuação diferente dentro do movimento reformista da saúde pública, sobretudo entre os quatro últimos ministros do estudo.

Eram, a maior parte deles, perfis experientes, testados e com carreiras bem sucedidas ou em processo de ascensão, o que faz entender, inclusive, que suas trajetórias técnico-política de ocupação de posições, sobretudo no campo da saúde pública brasileira, não se deu de maneira despretensiosa e estanque, pelo contrário, se analisar os estudos de Bordieu (1996) e Thiry-Cherques (2006), nota-se que suas respectivas trajetórias reproduzem padrões de aquisição deliberada de aperfeiçoamento e consolidação de um hábitus, sedimentado por capitais simbólicos, culturais e sociais, perseguidos como credenciais imprescindíveis a figurar na disputa da vaga de ministro, já que a decisão sobre o êxito, apesar de influenciada, não dependeria exclusivamente desses capitais, como veremos nas seções seguintes.

#### **4.1.4.2 - As Influências dos Bastidores**

É necessário analisar as disputas internas e tensões no bastidor político brasileiro, até porque, segundo Lopez & Praça (2015), os efeitos da influência político-partidária frente à escolha de cargos ministeriais sempre foram objeto de discussão midiática e da sociedade como um todo, processo de escolha esse, inserido em um contexto do “presidencialismo de coalizão”, arranjo político-eleitoral em que, dentre outras características, o presidente independente de sua filiação partidária, governará somente subordinado a uma coalizão parlamentar de apoio, implicando, assim, à partilha dos

cargos do Executivo entre partidos e regiões (ABRANCHES,2018; AMORIM-NETO, 2007).

Considera-se, ainda, que o dinamismo dialético dessas relações de bastidores é que sedimentam a efetivação da escolha, dentre aqueles potenciais nomes credenciados pela trajetória. Nesse sentido, Barjas Negri entendeu que as nuances que influenciaram a sua saída da secretaria executiva, para o ministério da saúde, foram justificadas pelo fato de que:

*“Essa experiência aconteceu em outros ministérios, com outros secretários executivos, cujos titulares saíram para serem candidatos a governador. Vários secretários executivos assumiram a pasta.”*

A substituição de José Serra por Barjas Negri, segundo Araújo (2017), de fato não foi uma “variação relevante”, já que se tratava de um período de transição eleitoral, em que as disputas pelo cargo eram secundárias; logo, FHC optou por indicar um executivo da sua confiança e proximidade, não alterando a dinâmica da pasta da saúde, ao passo que mantinha a tradição do recrutamento de paulista para seus ministérios (PALOTTI, 2017).

Com apoio da figura influente de José Dirceu, Ministro-chefe da Casa Civil entre os anos de 2003 a 2005, Humberto Costa não priorizava a vaga no ministério da saúde, uma vez que ambicionava ocupação que fornecesse maior relevância, dado sua ambição de ascensão política (ARAÚJO, 2017). Certamente as demandas de bastidores que convergiram para tornar-se ministro foi de ordem política do PT, pois possuía pouca aproximação com militantes do movimento de reforma sanitária paulista, dentre eles o médico Gastão Wagner, que foi um dos formuladores das propostas de saúde do Plano de Campanha de Lula, e por essa aproximação e pela trajetória no campo da saúde pública, chegou até ser cogitado para ocupar o ministério, sendo mais tarde anunciado como secretário executivo de saúde (JUSTO, 2019).

*“Não, na verdade começou com a formação da equipe de transição. Na equipe de transição a gente tinha os coordenadores de diversas áreas., na área econômica, área social, área política, de direitos humanos e assim por diante, de infraestrutura e eu fui convidado para compor, ou melhor para ser o coordenador da área social, que envolvia saúde, assistência social e previdência. Então, eu fiquei com uma responsabilidade nessa área. A partir desse momento eu vi que existia realmente uma possibilidade de eu compor a equipe de governo. Com toda certeza eu comporia a equipe de governo. Onde seria? Não sabia!. E naquela transição, a gente conversava com muita gente de vários segmentos da saúde especialmente, gente da academia, gente da política, gente do movimento social, gente da militância. Então, isso também influenciou para que o meu nome ganhasse força para ser ministro da saúde.”*

Saraiva Felipe àquela época deputado federal pelo PMDB (Partido do Movimento Democrático Brasileiro) , um dos poucos com trânsito nas três alas do partido (representadas por Michel Temer, José Sarney, e Anthony Garotinho), expôs o descontentamento presidencial com o ministro anterior e a necessidade de coalizão com o PMDB, já que negociações de ministérios, naquele período, foram importantes ativos para cooptar o referido partido, em um momento cujos bastidores da política eram tensos, dado a eclosão do escândalo de corrupção denominado de “Mensalão”(REDAÇÃO, 2006; MIGUEL & COUTINHO, 2007).

*“O Humberto tinha tido alguns conflitos. Primeiro é o seguinte. Eu ouvi do próprio LULA, quando o PT assumiu o governo em 2003: “Pois é, agora eu não tenho mais problema, eu posso falar com um ministro da saúde só”. Então na época, eu acredito que o MDB, o Movimento Democrático Brasileiro, mas o MDB do senado, Sarney, Renan, o Jarbas, personagens que estão aí até hoje, foi feito um aceno e o LULA, com a ideia de trocar o Humberto Costa, pois os conflitos eram muitos, inclusive com governadores do MDB. Então juntou o fato de que LULA me conhecia e sabia quem eu era, nós tínhamos amigos comuns e já havíamos conversado. O Célio de Castro, que era prefeito de Belo Horizonte, era uma pessoa influente no movimento sindical, médico do país, ele não era prefeito ainda, mas é uma pessoa que quando o LULA e ele se reuniam, somava o fato de que LULA precisava de gente do PMDB.”*

*“Tirar a saúde do PT foi complicadíssimo, pois primeiro Humberto Costa não queria sair, primeiro o PT achava que era e é a área social com a maior capacidade de desempenho dentre os ministérios da área*

*social. E ele conseguiu. LULA resolveu outros problemas, pois ele estava incomodado que, em Brasília, não tinha SAMU, porque tinha muita gente do PT no ministério que tinha um impasse terrível com Roriz, com o Governador. Então, ele me falou: “Olha, você consegue me resolver essa situação com o Roriz, consegue me resolver essa situação com o Rio de Janeiro?”. Então eu disse: “Olha, converso com todo mundo, conheço todo mundo.”*

José Agenor destacou a sua relação com Saraiva Felipe, então Ministro da Saúde, que quando saiu para disputar eleições para deputado federal, trabalhou nos bastidores e negociou a indicação de seu nome, mantendo, segundo Araújo (2017), a ocupação do ministério por um sanitarista, efetivando, de acordo com Lopez & Praça, uma substituição ministerial apartidária, guardada as devidas proporções, com motivo de mudança semelhante entre José Serra e Barjas Negri.

*“Não, o diálogo com o Saraiva foi um diálogo, na verdade não foi nada formal! Como nós éramos muito amigos e trabalhávamos muito próximos, eu conversava muito com o Saraiva. Eu não era um Secretário Executivo como a maioria que tem que marcar audiência com o Ministro, eu não. Eu chegava, entrava, conversava com ele, ele ia lá para minha sala, eu ia para sala dele, a gente encontrava na minha casa, na casa dele. Certo dia eu entrando na sala dele pela manhã, bem cedinho, ele brincou comigo: “Olha, se prepara que você vai ser Ministro da Saúde no meu lugar”. Eu brinquei: “O quê?” Ai ele me contou que estava tendo muita briga para que o cargo fosse distribuído dentro da base aliada do presidente, mas que ele já tinha falado com o presidente e outras pessoas do Governo, que o nome que ele indicaria era o meu. Quando se definiu a saída dele, houve um momento em que o presidente teve que chamar mesmo aqueles que iam ficar interino.”*

José Gomes Temporão revelou várias frentes de disputas em torno do cargo e, ainda que se tenha referido à disputa por dois deputados federais do PMDB, não aprofundou detalhes sobre os que apoiavam seu nome, nos meandros da articulação política.

*“No final do ano de dois mil e seis, quando o LULA foi reeleito e havia muita especulação, então eu recebi uma informação, na verdade, saiu uma nota do Kenedy Alencar na Folha de São Paulo, se eu não me engano, em novembro do ano de dois mil e seis, fazendo uma referência ao meu nome. No final do ano de dois mil e seis, em novembro de dois mil e seis, de que o presidente LULA via com muita simpatia meu nome; entretanto, havia uma luta política dentro do PMDB, de indicação do Ministro, pois na verdade o Ministério estaria sendo disputado por dois deputados federais médicos, do PMDB, e eu que, naquela época, não estava filiado a nenhum partido. Aconteceu que, de novembro até março do ano de dois mil e sete, foi uma briga pesadíssima de*

*bastidores, da qual eu não participei diretamente e eu fiquei em casa aguardando o que iria acontecer. O Machado de Assis tem um livro, que ele escreveu, na verdade não sei se é um livro, ou se é um artigo, enfim, uma obra, que se chama “Quase Ministro”. Então eu estava até brincando com meus amigos e comentava o seguinte, que esse período de novembro do ano de dois mil e seis a março do ano de dois mil e sete, eu estava de certa forma me preparando para a hipótese de ser ministro e se eu não tivesse sido ministro, eu teria um material muito interessante para escrever um livro denominado “Quase Ministro”. Então, a partir daí, teve alguns movimentos importantes, sobretudo de uma pessoa importante aqui de São Paulo, o Roberto Kalil, médico do LULA, que eu não conhecia, desconhecia completamente, nunca tinha estado com ele, tanto que eu encontrei com ele para uma conversa pela primeira vez, a gente se conheceu, trocamos algumas ideias, ele passou, digamos assim, a ser um defensor do meu nome como opção. Claro que o LULA conhecia, eu não conhecia o LULA pessoalmente, nunca tinha estado com ele antes”*

Percebe-se, a partir do depoimento a seguir, que o período entre 2005 e 2011, em coalização com PT, o ministério fica praticamente sob influência de lideranças no PMDB, partido que não apresentou candidatura presidencial própria em 2006 e tampouco participou de qualquer coligação (LINHARES, 2013).

*“Eu, quando assumi o ministério, eu chamei o Agenor, que foi o meu sucessor, para ser o Secretário Executivo e o Temporão para ser Secretário de Atenção à Saúde. Nessa brincadeira nós ficamos no ministério de dois mil e cinco até dois mil e dez, no início de dois mil e onze.”*

*“Então foi uma situação especial, que quando eu disse que ia sair, que eu não ia ficar sem mandato, mas ele falou, olha não estou querendo mudar a equipe. Eu mesmo falei: “Já que você não quer mudar a equipe o Agenor é o primeiro lugar tenente lá. Na substituição do Agenor eu conversei e o LULA conversou comigo e falou: “Saraiva eu estou com um problema, pois eu estou precisando atender o PMDB do Rio, PMDB do Rio, lê-se Sérgio Cabral”. Ele tinha dado um apoio e ele era grato. O Sérgio Cabral tinha muitas formas de apoiar, ele apoiou o LULA e ele teve uma vitória arrasadora no Rio. Ele falou assim: “Eu tenho que atender o Rio Janeiro”. Eu falei assim: “Porque você não põe Temporão”. Ele falou; mas ele é do Rio?” Eu falei: “É, é do Rio”. Aí ele me fez uma pergunta: “O Temporão é filiado ao PMDB?” Eu falei: Não, olha o Agenor não é a partido algum e o Temporão não, mas se ele for filiar vai ser ao PDT, porque as ligações dele lá no Rio é mais por essa área e parece que ele ligou para o Sérgio Cabral e pediu: “Você podia filiar o Temporão no MDB?” E depois quase que o Temporão não entra, porque o Sérgio Cabral começou a anunciar o Temporão para ministro e posso assegurar, que ele não ia perder*

*rapidamente. O que aconteceu, foi que ele passou a frente do LULA e começou a anunciar. O LULA me ligou e falou: “Não vou nomear o Temporão mais não, pois o Sérgio Cabral está falando que ele que indicou.” Eu falei: “Olha, na política, essas coisas funcionam assim, você foi falar, ele foi faturar.”*

Após sua saída do Ministério, em que segundo Redação (2006), aventava a hipótese inclusive de concorrer junto com Aécio Neves ao Governo de Minas Gerais, Saraiva Felipe manteve sua influência sobre a pasta com um técnico experiente, com bom trânsito no ministério e de sua confiança, influência que, segundo o mesmo, se manteve acrescida do seu papel de articulista na indicação do nome de José Gomes Temporão. Com esses três ex-ministros (Saraiva Felipe, José Agenor e José Gomes Temporão), houve uma ocupação de espaço com viés progressista, acúmulo de trajetória na gestão pública federal de saúde e consequente manutenção de sanitaristas defensores do SUS, formados sob a influência do movimento da reforma sanitária.

Assim como José Agenor, José Gomes Temporão não era filiado a partido político algum, tendo que, por mera formalidade, se filiar, à posteriori, ao PMDB. No caso de Temporão, pouco tempo depois, segundo Alencar (2008), lideranças do próprio partido, articulavam sua demissão, que não se consolidou, pois, dentre outros motivos, Lula acreditava que seu perfil progressista e de esquerda equilibrava a política conservadora econômica adotada pela sua agenda governamental, auxiliando o governo no diálogo com o público tradicional de esquerda do partido, um dos motivos pelo qual, provavelmente tenha conferido a ele longevidade no cargo.

A articulação em torno do nome de Temporão parece ter sido a mais complexa entre os ministros aqui estudados, o que valida a afirmação de Saraiva Felipe, quando informa que sugeriu a Lula o nome de José Gomes Temporão como uma solução à necessidade de atender uma demanda regional para um cargo de alto escalão executivo.



Assim, um nome com reconhecida trajetória do campo sanitário, radicado no Rio de Janeiro, com prévia atuação no Ministério da Saúde, defendido por entidades médicas e personalidades influentes do campo da saúde, seria um quadro interessante, mas que teria que ser trabalhado para que se encorpasse e se consolidasse, uma vez que a bancada do PMDB na Câmara não aceitava o seu nome, já que desejavam que o ex-ministro da previdência Reinhold Stephanes, ocupasse a vaga (POLÍTICA, 2007).

A indicação de Arthur Chioro provavelmente representou a manutenção de uma personalidade com trajetória e experiência em gestão, já que havia ocupado cargo no Ministério em 2003 e embora, como afirmou Machado (2017), não possuísse destacado peso político, a articulação em torno do seu nome para substituir Alexandre Padilha, partiu de Luiz Marinho, forte liderança do PT, então prefeito da cidade paulista de São Bernardo do Campo e avalizada pela figura do ex-presidente Lula (POLÍTICA, 2014).

*“Eu estava de férias em São Bernardo do Campo e tinha acabado de inaugurar o Hospital das Clínicas, quando eu recebi uma ligação do prefeito Luiz Marinho, que me disse que a presidente tinha ligado para ele pedindo para liberar o meu passe, ou seja, pedindo para conversar comigo. Houve de fato, não a intervenção do prefeito, mas pela liderança política que Luiz Marinho tem, ela foi talvez, como poderia dizer, respeitosa em relação a ele, pedindo que ele fizesse essa interlocução. Ele me convidou para encontrar com ela em Brasília, mas estava de férias e só pude ir depois de dez dias. ”*

Percebe-se o quanto as condicionantes de disputas política nos bastidores influenciam a escolha e, conseqüentemente, a consolidação do convite, como se veem na seção seguinte. Todavia, entende-se que, de modo mais amplo, o ministério da saúde foi um ativo político que se valorizou como moeda de negociação especificamente nos governos do PT pois, apesar de Lula e Dilma, em suas gestões, optaram em manter por um período de estabilidade, seus nomeados no início de cada mandato, pois foi assim com

Humberto Costa, José Gomes Temporão, Alexandre Padilha e Arthur Chioro, nos cenários de conturbação política que por sua vez afetassem a governabilidade, eles eram negociados, como foi na saída de Humberto Costa e Arthur Chioro.

#### **4.1.4.3 - A Consolidação do Convite**

Seguindo o constructo argumentativo dos ex-ministros, que expuseram até aqui as suas credenciais de formação e atuação, bem como as influências e tensões nas disputas de poder nos bastidores políticos em torno da escolha para o cargo, a seção atual se dedica a expor como os sujeitos rememoravam os diálogos em torno da oficialização do convite para ocupar a função de ministro.

Dessa forma, parte-se da premissa que diante do presidencialismo brasileiro de coalizão, as nomeações para ministérios são imprescindíveis variáveis garantidoras de governabilidade e coesão política (ABRANCHES, 2018).

Além disso, o sistema de governo brasileiro, em que o presidente conta com ampla legitimidade e visibilidade conferidas pela sua eleição direta, permite também a detenção de extensas prerrogativas constitucionais atinentes aos ditames da administração pública (PALOTTI, 2017). Assim, é natural que o chefe do executivo seja o centro da gravidade do regime político, garantindo, ao presidente, o poder de nomear e demitir os ministros, uma vez que o presidente tem duas escolhas estratégicas ao assumir a presidência, um referente à política econômica e a segunda, a que se refere à sua base política, através sobretudo de nomeações para os cargos executivos a eles subordinados (ABRANCHES, 2018; AMORIM-NETO, 2007; INÁCIO, 2013)

Assim, Barjas Negri considerou que a cena enunciativa que marcou a sua convocação tenha ocorrido em um diálogo com presidente, da seguinte forma:

*“Abruptamente. Talvez para ele tenha sido uma coisa natural. Eu me lembro o seguinte. Ele me chamou para uma conversa, me atendendo na biblioteca e ele falou assim: “Olha Barjas, estão dizendo por aí que você vai ser o ministro, é verdade?”*”

Humberto Costa, dentre outras coisas, destacou a efetivação do convite a partir do diálogo com o presidente LULA.

*“Eu diria que teve isso, então essa escolha ela foi uma primeira sinalização. Depois, o próprio presidente me chamou umas duas ou três vezes para conversar e disse: “Olha eu estou avaliando, estou vendo, estou achando que pode ser”. Mas também conversava com Zé Dirceu e Palocci. Depois, a coisa se consolidou em um convite. Esse convite foi feito de uma maneira muito interessante para mim por quê ele disse: “Olha vou te convidar, estou te convidando para ser meu Ministro da Saúde, pois é uma área que eu considero muito importante, acho que você tem as condições de fazer, você vai ter liberdade para montar sua equipe, não vou lhe pedir para botar ninguém, quero que só você tenha bom senso de ver quem é importante, ouvir e fazer participar todas as forças que apoiaram a minha eleição. Então aja dessa maneira”.*”

Saraiva Felipe detalhou diálogos que convergiram em torno da consolidação do convite, expondo minúcias e artifícios usados nesse campo, frente à tomada de decisão desse calibre:

*“O Sarney falou: “Tá tendo uma briga no MDB do Senado, com a Câmara. Nós vamos precisar juntar isso. Talvez a gente precisasse ajudar a acabar com essa briga, eleger um líder que fosse palatável com os dois lados” A conversa começou por aí e, no final, ele falou: “Eu estou achando que o LULA deve te fazer um convite, alguma coisa assim”. O LULA é outro esperto, pois, na verdade, ele já tinha decidido, mas, para fortalecer a história de Minas Gerais, ele pediu que o José de Alencar que era vice-presidente, ele pediu que o José Dirceu fizesse o convite, em nome dele LULA. Estava ganhando em todas as pontas. Realmente o LULA é de uma inteligência política rara, ele estava ganhando reforçando a presença de Minas Gerais no Ministério, ele estava ganhando, convivia com gente do Partido Comunista do Brasil, o PCdoB, do PT, da esquerda, da FIOCRUZ. “Saraiva é um cara que ajudou a pensar o SUS; então, deve ser alguém que vai dar continuidade aos projetos na área da saúde”. Então, ele agradou o MDB, agradou o José de Alencar, que ficou todo vaidoso em me fazer o convite para ser ministro em nome de Minas Gerais. Essas coisas são importantes, política é sempre importante.”*”

*“É, então ele conseguiu, amarrou essas pontas todas e depois que o José Alencar falou comigo, ele falou: “Olha você não dá declaração nenhuma não”.*

José Agenor, expôs a tomada de decisão presidencial da seguinte forma:

*“A minha interinidade era para demorar uma semana, não era para ser mais não; então, o Presidente da República me chamou e falou que precisava de mim por uma semana até resolver o caso do Ministério da Saúde. Ainda fez um comentário comigo que respondi, pois ele achou estranho, quando me perguntou, pois fez uma brincadeira assim: “Porque todo mundo acha que o PT é muito confuso, tudo tem que ter reunião para decidir, não é Agenor? Você por exemplo é do PMDB não é?” Ai eu falei: “Não senhor”. Ele falou: “Você não é do PMDB?” Eu falei: “Não senhor, eu sou servidor público de carreira, eu sou servidor público há trinta e três anos e sou servidor do Ministério há vinte e sete anos, sou servidor de carreira do ministério há vinte e sete anos.” Ele me olhou e falou assim: “Você não é do PMDB e é servidor público?” Eu falei; “Sim senhor!” Alí eu senti que aquilo para ele foi uma surpresa, tá certo? E ele reafirmou que precisava, se ele podia contar comigo por uma semana, no máximo duas. Eu falei que sim. E fui talvez um dos ministros que mais foi atendido pelo presidente em determinada época. Enquanto isso, as pressões sobre ele para ter um ministro da área política era muito grande, até que um dia ele resolveu e falou: “Eu estou te nomeando agora, estou tirando sua interinidade.” Eu ainda brinquei com ele assim: “O senhor pensou bem presidente?”; Ele falou: “Olha, já tem algum tempo que você está aí na interinidade então, agora, eu vou te nomear.” Não perguntou se eu aceitava não e simplesmente falou: “Vou te nomear”. Eu falei; “Então está bom”. Inclusive ele me deu a cópia da ata de nomeação e aí a gente começou a trabalhar como ministro, mas antes disso como secretário executivo, a gente trabalhava muito próximo, não é?”*

Temporão, por sua vez, não trouxe detalhes do seu diálogo com o presidente, mas cita a intermediação de uma liderança política, que antecedeu o seu encontro com o presidente Lula.

*“E o fato é que eu recebi então, no início de março, uma informação direta, quando o LULA já era presidente, e já estava no seu terceiro mês de seu novo mandato. Se eu não me engano, foi o Tarso Genro que me ligou e falou: “Temporão, o presidente quer que você venha a Brasília, que ele quer conversar com você para formalizar a sua nomeação”. Então, eu fui à Brasília, e encontrei o LULA pela primeira vez. Entre esse período de novembro, quando o meu nome foi especulado, até março, eu não falei, não conversei, não falei por telefone, não visitei, não tive nenhum contato com o presidente LULA!”*

Arthur Chioro trouxe minúcias de várias ordens, que permearam o com a presidente Dilma sobre o convite:

*“Eu estive com ela, coloquei todas as questões, fiquei bastante surpreso com o convite. Eu não esperava, mas o que ela me disse, que tinha feito várias sondagens de nomes, pois como ela sabia que o Padilha seria candidato, pois o Padilha não foi exonerado do ministério, então, era uma substituição programada, que se daria por conta inclusive, da saída dele para ser candidato a Governador de São Paulo.”*

*“E coloquei para ela, perguntei para ela basicamente o seguinte: Qual era o grau de prioridade que o SUS teria na agenda dela? Essa era a primeira coisa. A segunda coisa era se isso se materializaria não por um discurso, mas com um compromisso orçamentário, da retaguarda orçamentária financeira e terceiro, eu disse a ela que eu pretendia para assumir o cargo, ter autonomia. E por fim eu tinha uma questão de ordem pessoal, pois eu tinha acabado de ser aprovado no concurso como professor da Universidade Federal de São Paulo, para a Escola Paulista de Medicina e disse para ela que ir para o Ministério era muito bom, mas era para trabalhar por onze meses, cerca de um ano, porque eu tinha uma perspectiva de uma carreira acadêmica e ela disse: “Não. Eu resolvo isso. Você assume o vínculo e o Ministério da Educação, o Ministro da Educação vai providenciar junto com a Reitoria da Universidade, a sua solicitação de designação.”*

Portanto, entende-se que a nomeação ministerial sempre esteve centralizada à decisão exclusiva do presidente em exercício, que dentre os casos analisados aqui, apesar das críticas que cabem à cada gestão, não sendo o objetivo dessa seção, diante das conjecturas políticas enfrentadas, nomeou-se quadros da saúde pública com trajetória comprovada, majoritariamente do campo da saúde pública e, muito embora o condicionante político tenha tido peso nas escolhas, o condicionante técnico também teve peso e importância equivalente.

Entende-se assim que o processo de indicação à nomeação, analisado em torno desses ex-ministros, aproximou do equilíbrio almejado entre a cooptação de apoio parlamentar necessário e agregação de perfis de atuação com trajetórias de atuação no campo da saúde pública brasileira, com expertise e conhecimento técnico necessário à condução da pasta ministerial (AMORIM-NETO, 2004).

#### 4.1.5 - CONCLUSÕES

O processo de indicação e nomeação ministerial se concretizou sustentado por um *modus operandi* em que a trajetória pessoal-político-profissional credenciou cada indivíduo que, por sua vez, encontrava-se envolvido em um campo de luta política para consolidar-se como potencial candidato e, enfim, após a decisão central do presidente em exercício, tornar-se ministro da saúde.

Entende-se que, de fato, a formação técnica majoritariamente médica associada à consolidada trajetória de atuação profissional, sobretudo no campo da saúde pública, foram credenciais intrínsecas à indicação, comum em todos os relatos. Afirma-se, entretanto, que a agenda do governo, associada às tensões e numerosos interesses do campo político, foram fatores predominantes para a definição do escolhido, escolha essa sempre subordinada e centralizada à tomada de decisão presidencial.

Para além disso, resta conjecturar que a escolha de Barjas Negri foi um movimento natural de sucessão, mas que contava com o apoio de FHC, por vários motivos, como sua formação em economia, sua trajetória na secretaria executiva do ministério e o engajamento no PSDB; enquanto Lula manteve, por considerável período de tempo, apenas um ministro ligado ao PT, tendo, nos anos seguintes que articular demandas político-partidárias em torno do cargo com o PMDB. Este cargo passou a ser objeto de diversas disputas e de interesses multifacetados, mas manteve um padrão em que os nomeados possuíam trajetória no campo de atuação da saúde pública brasileira, com raízes no movimento da Reforma Sanitária Brasileira. Já Dilma, dentre outras características, reestabeleceu a manutenção da pasta da saúde vinculada ao PT, mas teve que repetir a mesma prática de negociação com o PMDB, experimentado por Lula.

Salienta-se que a apresentação dos resultados de modo categorizado foi antes de tudo uma alternativa de organização para que a análise exposta ao leitor flua de modo sistemático, muito embora entenda-se que tais ações em torno do fenômeno de consolidação de posse ministerial, prescinde de uma dinâmica intensa dialética de atos, que seguramente não acontecem na linearidade que didaticamente optou-se por apresentar aqui.

É correto também afirmar que a consolidação do convite em torno do cargo de ministro da saúde, dada a centralidade da decisão presidencial carece de mais informações para que, conseqüentemente, se possa conjecturar e elaborar mais versões da história, sobretudo com base nos relatos dos ex-líderes (Presidentes da República) responsáveis por essas escolhas e por suas demissões, como também de outros atores sociais secundários no processo de indicação e tomada de decisão, que testemunharam, de alguma forma, esse processo.

Espera-se que esse estudo contribua para reflexões até então não elaboradas e que seja útil não só ao campo da saúde, mas a demais áreas do conhecimento, servindo de inspiração inicial para novos estudos sobre a temática, sob a perspectiva de outros atores sociais envolvidos, com maior ou menor capacidade de influência no processo de escolha e porque não, em torno do desligamento ministerial.

#### **4.1.6 - REFERÊNCIAS**

1. ABRANCHES Sergio. Presidencialismo de Coalizão.: raízes e Evolução do Modelo Político Brasileiro. 1. Ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2018.

2. ACAZ, Francisco A.C et al . Movimento da Reforma Sanitária e Movimento Sindical da Saúde do Trabalhador: um desencontro indesejado. Saúde debate, v.43, n.spe8, p.120-132.2019.
3. AGÊNCIA DO ESTADO - Política. Novo Ministro da Saúde é economista. Estadão [Internet]. 2002 Fev 03. [citado 10 mai 2021]. Disponível em: <https://politica.estadao.com.br/noticias/geral,novo-ministro-da-saude-e-economista,20020221p55467>.
4. ALENCAR, Kennedy. Lula enquadra "midiáticos" Temporão e Minc. Folha de São Paulo [Internet]. 2008 Jul 05. [citado 10 mai 2021]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/brasil/fc0507200810.htm>.
5. ARAÚJO Carmen E.L. Estado e mercado, continuidade e mudança: a dualidade da política de saúde nos governos FHC e Lula. Tese (Doutorado em Ciência Política) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017. Disponível em: [https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUOS-B33M3G/1/tese\\_dcp\\_ufmg\\_carmem\\_leit\\_o\\_biblioteca\\_arial.pdf](https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUOS-B33M3G/1/tese_dcp_ufmg_carmem_leit_o_biblioteca_arial.pdf). Acesso em: 8 jun. 2021.
6. ALBERTI Verena. Manual de história oral. 3 ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005.
7. AMORIM-NETO Octávio. O Poder Executivo, centro de gravidade do sistema político brasileiro. In: Avelar L; Cintra O (Org.). Sistema político brasileiro: uma introdução. 2. ed. São Paulo: Unesp, 2004. p.131-141.
8. AMORIM-NETO Octávio. Algumas Consequências Políticas de Lula: novos padrões de formação e recrutamento ministerial, controle de agenda e produção legislativa, O. In: Nicolau J; Power TJ (Org.). Instituições representativas no Brasil: balanço e reforma. Belo Horizonte: UFMG, 2007. p.55-74.
9. AMORIM-NETO Octávio; SAMUELS David. “Democratic Regimes and Cabinet Politics: A Global Perspective. ” Revista Ibero-Americana de Estudos Legislativos, v. 1, n.1, p. 10-23.2010.



10. BRASIL. Resolução 466 de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, 12 Dez 2012
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Galeria de Ministros da Saúde. Disponível em:< <https://www.saude.gov.br/galeria-de-ministros> >. Acesso em: 19 set. 2020.
12. BORDIEU Pierre. *Razões práticas: sobre a teoria da ação*. São Paulo: Papyrus. 223 p.1996.
13. CODATO Adriano; FRANZ Paulo. Ministros-técnicos e ministros-políticos nos governos do PSDB e do PT. *Rev. Adm. Pública*, v. 52, n.5, p.776-796.2018.
14. CODATO Adriano; FRANZ Paulo. Recrutamento Ministerial no Brasil: Comparando as presidências de FHC e LULA. *E-legis*, Brasília,v.10, n.22, p.44-56.2017.
15. D'ARAÚJO Maria C. PSDB e PT e o Poder Executivo. *Desigualdade & Diversidade*. Rio de Janeiro, n. espec, p. 65-100, 2011.
16. D'ARAÚJO, Maria C. Os ministros da Nova República Notas para entender a democratização do Poder Executivo[Internet] . In: II Consad; 2009; Brasília – DF, Brasil. [citado 10 mai 2021]. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/6745/1826.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
17. FREITAS, Sonia M. *História oral: possibilidades e procedimentos*. 2. Ed. São Paulo: Associação Editorial Humanitas, 2006.
18. FOLHAPRESS. Dilma convida Arthur Chioro para assumir Ministério da Saúde. *Valor Econômico* [Internet]. 2014 Jan 01. [citado 10 mai 2021]. Disponível em: <https://valor.globo.com/politica/noticia/2014/01/21/dilma-convida-arthur-chioro-para-assumir-ministerio-da-saude.ghtml>.
19. GOMES Ana M.C. *Engenheiros e economistas: novas elites burocráticas*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1994. 147 p.
20. HOCHMAN Gilberto. História e políticas. *Rev. bras. Cien. Soc*,v. 22, n.64, p.153-156.2007.
21. INÁCIO Magna. Escogiendo Ministros e Formando Políticos: Los Partido em Gabinetes Multipartidaristas. *América Latina Hoy*, v. 64:41-66, 2013.

22. JUNGBLUT Cristiane. Lula explica ao PMDB critério de nomeação. O Globo [Internet]. 2006 Abr 01. [citado 10 mai 2021]. Disponível em: [https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/399111/complemento\\_3.htm?sequence=4](https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/399111/complemento_3.htm?sequence=4).
23. JUSTO Adriana M. A formulação de uma política: contexto, atores e ideias na análise da política nacional de humanização (HUMANIZASUS). São Paulo: HUCITEC, 2019.
24. LE-GOFF Jacques. História e Memória. 7. ed. Campinas: Editora da Unicamp, 2013.
25. LINHARES Bianca F et al. O comportamento ideológico do PMDB na Câmara dos Deputados em 2013. *Opin. Publica*, v. 26, n.2, p. 180-216.2020.
26. LOPEZ Felix G; PRAÇA Sérgio. Critérios e Lógica de nomeação para o alto escalão da burocracia Brasileira. In: Lopez FG.(Org).Cargos de confiança no presidencialismo de coalizão brasileiro. Brasília: IPEA, 2015. p.107-138.
27. LOUREIRO Maria R; ABRUCIO Fernando L. Política e burocracia no presidencialismo brasileiro: o papel do Ministério da Fazenda no primeiro governo Fernando Henrique Cardoso. *Rev. bras. Ci. Soc*, v. 14, n. 41, p. 68-89, 1999.
28. MACHADO Cristinai V. 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.
29. MACHADO Cristiani V. O papel federal no sistema de saúde brasileiro. In: A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República; 2013. p. 35-70. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>.
30. MACHADO Cristiani V; LIMA, Luciana D; BAPTISTA, Tatiana W.F. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. *Cad. Saúde Pública*, v. 33, n. 2, p. 144-161. 2017
31. MENDES Aquilas et. al. A contribuição do pensamento da saúde coletiva à economia política da saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 4, n.26, p. 841 – 860.2017.

32. MIGUEL Luis F, Coutinho Aline A. A crise e suas fronteiras: oito meses de "mensalão" nos editoriais dos jornais. *Opin. Publica.* v.13, n.1, p. 97-123.2007.
33. MINAYO, Maria C, S. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2014.
34. PALOTTI Pedro L.M; CAVALCANTE, Pedro L.C. Estratégias de Nomeações Ministeriais: entre a política e as políticas públicas. *Rev. Sociol. Polit.*, v.27, n. 70, p.1-20, 2019.
35. POLÍTICA .Cabral volta a defender Temporão para ministro da saúde. G1 [Internet]. 2007 Fev 16. [citado 10 mai 2021]. Disponível em: <http://g1.globo.com/Noticias/Politica/0,,AA1459932-5601,00.html>
36. POLÍTICA INTERNA. Um novo nome para a saúde Estado de [Internet]. 2014 Jan 17. [citado 10 mai 2021]. Disponível em: [https://www.em.com.br/app/noticia/politica/2014/01/17/interna\\_politica.488810/arthur-chioro-surge-como-favorito-para-ministro-da-saude-shtml](https://www.em.com.br/app/noticia/politica/2014/01/17/interna_politica.488810/arthur-chioro-surge-como-favorito-para-ministro-da-saude-shtml).
37. PALOTTI, Pedro L.M. Estratégias de seleção e substituição de ministros de Estado no presidencialismo de coalizão brasileiro: perfil, alocação e rotatividade. [Tese Doutorado]. Brasília: Universidade de Brasília;2017. 182 p.
38. REDAÇÃO. Lula deu Saúde a Saraiva para cooptar PMDB. Folha de São Paulo [Internet]. 2006 Jul 26. [citado 10 mai 2021]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/brasil/fc2607200604.htm>.
39. RICOUER Paul. A memória, a história, o esquecimento. Campinas: Editora da Unicamp, 2007.
40. SOUZA Diego O. A militarização do Ministério da Saúde no Brasil: passos rumo ao retrocesso em plena pandemia. *Rev. Urug. Cienc. Polít.*, v. 29, n.2, p.33-54. 2020..
41. SILVA Luiz I.L da. Discurso Presidencial na Posse Ministerial.UOL [Internet]. 2007 Mar 17. [citado 10 mai 2021]. Disponível em: <https://congressoemfoco.uol.com.br/especial/noticias/confira-o-discurso-de-lula-na-posse-dos-ministros/>.
42. THIRY-CHERUQUES Hermano R. Pierre Bourdieu: a teoria na prática. *Rev. Adm. Pública*, v.40, n.1, p.27-53.2006.

## *4.2 - Artigo 2<sup>ii</sup>*

---

<sup>ii</sup> Artigo publicado na Revista E-legis – Revista Eletrônica do Programa de Pós-graduação da Câmara dos Deputados, v. 14, n. 36 Set./Dez. 2021. DOI: <https://doi.org/10.51206/elegis.v14i36.713>

*Comunicação Política: a saúde pública nos discursos de posse dos ex-ministros da saúde do Brasil (1995 a 2016)*

*Political Communication: public health in the inaugural speeches of former health ministers of Brazil (1995 to 2016)*

*Comunicación política: la salud pública em los discursos inaugurales de los exministros de salud de Brasil (1995 a 2016)*

Danilo Fernandes Barsileiro<sup>1</sup>  
Maria Cristina da Costa Marques<sup>2</sup>

**4.2.1 - Resumo:** Objetivou-se identificar as transformações discursivas e compreender intencionalidades e influências ideológicas sobre o aperfeiçoamento da Saúde Pública brasileira, contidos nos discursos de posse de ex-ministros da Saúde (1995 -2016). Pesquisa histórica e documental, de abordagem qualitativa. Utilizou-se como referencial teórico-metodológico o método hermenêutico-dialético. Os discursos possuíram similaridades estruturais atinentes ao rito cerimonial simbólico em que foram proferidos, classificados em: conceitos depreendidos; desafios identificados e propostas definidas. Não se identificou grandes rupturas ideológicas sobre saúde, entre as plataformas de governos (PT e PSDB), apenas enfoques diferentes em um período de consolidação e aperfeiçoamento do SUS, com manutenção de uma linha de gestão operacional similar, distanciamento paulatino do projeto da Reforma Sanitária Brasileira e subordinação à lógica econômica de produção de saúde. **Palavras-chave:** Discursos; História; Saúde Pública; Política; Política de Saúde.

**4.2.1 - Abstract:** The objective was to identify the discursive transformations and understand intentions and ideological influences on the improvement of Brazilian Public Health, contained in the inaugural speeches of former Health Ministers (1995-2016). Historical and documentary research, with a qualitative approach. The hermeneutic-dialectic method was used as a theoretical-methodological framework. The speeches had

---

<sup>1</sup> Mestre em Ciências pela UNIFESP. Doutorando do Programa de Pós Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo – SP, Brasil;<http://orcid.org/0000-0002-3905-7579>; E-mail: danilo.brasileiro@hc.fm.usp.br

<sup>2</sup> Doutora. Professora da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo – SP, Brasil;<http://orcid.org/0000-0002-7461-3710>;E-mail: mcmarques@usp.br

structural similarities related to the symbolic ceremonial rite in which they were delivered, classified into: understood concepts; identified challenges and defined proposals. No major ideological ruptures on health were identified between government platforms (PT and PSDB), only different approaches in a period of consolidation and improvement of the SUS, with maintenance of a similar operational management line, gradual distancing from the project of Brazilian Health Reform and subordination to the economic logic of health production. **Keywords:** Speeches; History; Public Health; Politics; Health police.

**4.2.1 - Resumén:** El objetivo fue identificar las transformaciones discursivas y comprender las intenciones e influencias ideológicas sobre el mejoramiento de la Salud Pública brasileña, contenidas en los discursos inaugurales de los exministros de Salud (1995-2016). Investigación histórica y documental, con enfoque cualitativo. Se utilizó el método hermenéutico-dialéctico como marco teórico-metodológico. Los discursos tuvieron similitudes estructurales relacionadas con el rito ceremonial simbólico en el que fueron pronunciados, clasificados en: conceptos entendidos; retos identificados y propuestas definidas. No se identificaron grandes rupturas ideológicas en salud entre plataformas de gobierno (PT y PSDB), solo enfoques diferentes en un período de consolidación y mejoramiento del SUS, con mantenimiento de una línea de gestión operativa similar, distanciamiento gradual del proyecto de Salud Brasileña. Reforma y subordinación a la lógica económica de la producción sanitaria. **Palabras clave:** Discursos; Historia; Salud Pública; Política; Política sanitaria.

#### 4.2.2 - INTRODUÇÃO

Discurso, por definição, pode ser entendido como um modo particular de unidade linguística e uma focalização no uso da língua (SCHIFFRIN, 1994). A ideia de discurso fora do campo da linguística entra em ressonância com determinadas correntes construtivistas, em particular, a sociologia do conhecimento. Em diferentes vertentes, é concebido como uma organização além da frase, uma forma de ação regida por normas, de caráter interativo e contextualizado assumido por sujeitos no âmago das relações interdiscursivas, uma vez que considera-se que sua construção é socialmente dependente (MAINGUENEAU, 2014).

Nessa perspectiva conceitual e epistêmica, o discurso tem “efeitos da verdade que em si não são verdadeiros e nem falsos” (FOUCAULT, 1982, p. 7), pois trata-se de:

*“Um bem – finito, limitado, desejável, útil – que tem suas regras de aparecimento e também suas condições de apropriação e de utilização: um bem que coloca, por conseguinte, desde sua existência (e não simplesmente em suas “aplicações práticas”), a questão do poder; um bem que é, por natureza, o objeto de uma luta, e de uma luta política (FOUCAULT, 2007, p. 136-137).”*

Dessa forma parte-se do pressuposto que “Qualquer enunciado, por mais inocente que seja, pode ter um sentido político a partir do momento em que a situação autorizar. Não é, portanto, o discurso que é político, mas a situação de comunicação que assim o torna” (CHARAUDEAU, 2018, p. 39). Nesse sentido, entre os lugares onde se produz esse pensamento, há aquele que considera o discurso um “ato de comunicação”, como os que se estruturam em eventos governamentais, por exemplo, pois “o discurso político resulta da mistura sutil entre a palavra que deve fundar a política e a que deve gerir a política” (CHARAUDEAU, 2018, p. 45).

No contexto de aperfeiçoamento e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), de março de 1990 a abril de 2016, 18 atores políticos, em mandatos de cinco presidentes distintos, foram ministros da saúde (BRASIL, 2020). Sua permanência no cargo variou de menos de um ano (Negri, Felipe e Álvares) a quase quatro (Serra e Temporão) (BRASIL, 2020), e todos cumpriram o rito cerimonial de transmissão de cargo, regimentado pela Lei n. 70.274/1972 (BRASIL, 1972).

No caso específico das cerimônias de transmissão de posse entre ministros da saúde no Brasil, um dos principais momentos é a enunciação institucional discursiva, ou seja, o discurso de posse, em que ideias e posicionamentos são verbalizadas ao público, sempre em uma lógica de projeção de ações que em tese garantirá o bem comum social, uma vez que o decisor através do discurso proferido, “[...] não apenas elaborou um projeto

no qual está inscrito o fim a atingir, mas que, além disso, tomou a decisão de engajar-se na concretização dessas ações pela qual ele é, a partir desse momento, totalmente responsável” (CHARAUDEAU, 2018,p.17).

Assim, considerando o conteúdo discursivo e sua representatividade no campo político-ideológico (PIMENTEL; PANKE, 2020), bem como suas atuações e consequentes colaborações em torno do aperfeiçoamento do SUS nos últimos trinta anos, busca-se com o presente estudo analisar os discursos posse dos Ex-ministros da Saúde do Brasil, entre os anos de 1995 a 2016.

A análise objetiva contribuir com substratos teóricos para compreender as mudanças discursivas, suas intenções e a influência da comunicação política na consolidação e no aperfeiçoamento do SUS e, conseqüentemente, na Saúde Pública brasileira, havendo poucos estudos dedicados ao tema, (PIMENTEL; PANKE, 2020; IACOMINI JUNIOR; CARDOSO; PRADO JUNIOR, 2018; PISTORI, 2018), uma vez que nenhum se dedicou à análise específica de discursos dos executivos federais da saúde, seja na posse, transmissão de posse e em inúmeras outras situações possíveis.

#### **4.2.3 - MÉTODO**

Trata-se de um estudo histórico e documental de abordagem qualitativa. O recorte temporal do estudo é datado do ano de 1995 a 2016, justificado pelo fato de que durante esse período, em que três diferentes presidentes governaram o Brasil e 12 ministros também diferentes atuaram à frente da pasta da saúde (BRASIL, 2020), houve uma estabilidade democrática e continuidade nas ações do Ministério da Saúde, o que possibilitou a gênese, implementação e aperfeiçoamento de inúmeras ações e programas federais de saúde no âmbito do SUS.



O corpus documental utilizado se constituiu pelos discursos de oito ex-ministros da saúde, proferidos durante cerimônia de posse do cargo. Esses discursos foram selecionados e impressos subsequentemente, após consultas digitais à Biblioteca da Universidade Federal de Londrina, Biblioteca do Ministério da Saúde e Site do Ministério da Saúde, entre os anos de 2018 e 2020.

Embora o recorte temporal esteja determinado entre 1995 a 2016, os discursos de posse analisados referem-se à oito ex-ministros da saúde (quadro 1), sendo que discursos de ministros que atuaram nesse período, como Adib Jatene, José Carlos Seixas, José Saraiva Felipe e José Agenor não foram incluídos, uma vez que os pesquisadores, apesar de constantes buscas, não conseguiram obter as cópias dos discursos dos quatro ex-ministros supracitados.

O referencial teórico-metodológico de análise foi o método hermenêutico-dialético (MINAYO, 2014). O método sustenta a ação do pesquisador frente à análise do discurso, uma vez que transita e opera a partir de características singulares da hermenêutica – cuja estrutura atinge sua concreção na abordagem histórica, permitindo compreensão de textos nas condições em que surgem – e pela dialética –, partindo da premissa de que a linguagem é um instrumento de comunicação em que significados aparentemente semelhantes expressam e escondem a realidade conflitiva das desigualdades, da dominação, da exploração e da resistência e da conformidade (MINAYO, 2014).

Em sua proposta, Minayo (2014) segmenta o procedimento analítico em três fases: (1) ordenação dos dados, (2) classificação dos dados e (3) análise final.

Assim, com oito discursos impressos em mãos, foi realizada a organização e ordenamento dos mesmos por cronologia, seguido de leitura analítica, o que permitiu uma

classificação prévia, evidenciando superficiais diferenciações e homogeneidades. Após a ordenação, o processo de classificação foi iniciado com leitura horizontal exaustiva de cada um dos discursos, de modo separado, discriminando em arquivo digital designado a cada um dos discursos, as impressões iniciais, permitindo a construção e registros de categorias empíricas.

Finalizado o processo de leitura horizontal, iniciou-se o procedimento de leitura transversal. Nessa etapa, foram identificadas e criadas unidades de sentidos, baseadas em temas mais relevantes, presentes e comuns em todos os oito discursos, o que permitiu a extração de excertos referentes aos seus respectivos temas, posteriormente compilados e por sua vez reagrupados e categorizados.

Ao fim da etapa de classificação, com as categorias centrais definidas, foi desenvolvido o processo de análise de perspectiva crítica acerca dos achados, cotejando os mesmos com a literatura científica pertinente

Quadro 1 – Relação de Ministros da Saúde Entrevistados e Incluídos no Estudos. Fonte: Brasil (2020)

Nome	Período no ministério	Partido	Presidente(a) da República	DADOS BIOGRÁFICOS
<b>Carlos César Silva de Albuquerque</b>	13/12/1996 30/03/1998	PSDB	Fernando Henrique Cardoso	Nascido em Barra do Ribeiro-RS (19/07/1940). Graduado na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1966). Foi presidente do Hospital das Clínicas de Porto Alegre. Faleceu em 18/03/2005.
<b>José Serra</b>	31/03/1998 20/02/2002	PSDB	Fernando Henrique Cardoso	Nascido em São Paulo-SP (19/03/1942). Graduado em Engenharia Civil na Universidade de São Paulo (1964). Foi deputado federal e governador do estado de São Paulo. Atualmente, é senador da República.
<b>Barjas Negri</b>	21/02/2002 31/12/2002	PSDB	Fernando Henrique Cardoso	Nascido em São Paulo-SP (08/12/1950). Graduado em Economia, com mestrado e doutorado pela UNICAMP-SP. Foi secretário executivo do FNDE, secretário executivo do Ministério da Saúde e prefeito da cidade de Piracicaba.
<b>Humberto Sergio Costa Lima</b>	01/01/2003 08/07/2005	PT	Luís Inácio Lula da Silva	Nascido em Campinas-SP (07/07/1957). Graduado em Jornalismo e em Medicina, com pós-graduação em Clínica Médica (FCM-UPE) e em Medicina Geral Comunitária e Psiquiatria (UFPE). Foi vereador e secretário de Saúde de Recife-PE, deputado estadual e federal. Atualmente, é senador da República.
<b>José Gomes Temporão</b>	16/03/2007 31/12/2010	PMDB	Luís Inácio Lula da Silva	Nascido em Merufe, Portugal (20/10/1951). Graduado em Medicina (UFRJ), mestre em Saúde Pública e doutor em Saúde Coletiva. Foi secretário nacional de Atenção à Saúde (SAS) em 2005. Atualmente, é professor titular e pesquisador aposentado da Fundação Oswaldo Cruz.
<b>Alexandre Rocha Santos Padilha</b>	01/01/2011 02/02/2014	PT	Dilma Vana Rousseff	Nascido em São Paulo-SP (14/09/1971). Graduado na Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, com especialização em Infectologia na FMUSP. Foi diretor nacional de Saúde Indígena do Ministério da Saúde (2004-2005). Atualmente, é deputado federal por São Paulo.
<b>Ademar Arthur Chioro dos Reis</b>	03/02/2014 02/10/2015	PT	Dilma Vana Rousseff	Nascido em Santos-SP (05/12/1963). Graduado em Medicina e mestre em Saúde Coletiva pela Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp e doutor em Saúde Coletiva pela UNIFESP. Foi diretor do Departamento de Atenção Especializada do Ministério da Saúde (2003-2005) e secretário de Saúde de São Bernardo do Campo-SP. Atualmente, é professor da Escola Paulista de Medicina/UNIFESP.
<b>Marcelo Costa e Castro</b>	02/10/2015 27/04/2016	PMDB	Dilma Vana Rousseff	Nascido em São Raimundo Nonato-PI (09/06/1950). Graduado na Faculdade de Medicina da Universidade do Piauí e doutor em Psiquiatria pela UFRJ. Foi deputado estadual e federal por inúmeros mandatos. Atualmente, é senador da República.

#### **4.2.4 - RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os discursos guardaram similaridades estruturais, atinentes ao rito cerimonial para o qual foram elaborados. Seguiram uma lógica em que sequencialmente apresentavam os agradecimentos ao presidente, acenos à aliados políticos e à órgãos representativos, lisonja acerca da indicação, conceitualização de questões atinentes à saúde, gestão e SUS, além da discriminação de desafios e propositura de ações para enfrentá-los.

Assim, foi possível construir, descrever e analisar três categorias temáticas: *conceitos apreendidos*, *desafios identificados* e *propostas definidas*.

##### **4.2.4.1 - Conceitos apreendidos**

O termo “conceito”, com origem no latim *conceptus*, significa “coisa concebida ou formada na mente”, muito embora na linguagem natural tenha diferentes acepções – de noção, juízo, opinião, ideia ou pensamento –, além de designar um fenômeno que é apreendido pelo indivíduo, e sua função é determinada por um contexto (MACULAN; LIMA, 2017; FERRATER-MORA, 2004). Além dessa definição, pode-se dizer que conceito é “todo processo que torne possível a descrição, a classificação e a previsão dos objetos cognoscíveis” (ABBAGNANO, 1998, p. 164).

Isto posto, conceito de *saúde* esteve presente em todos os discursos, e destacamos alguns que indicam diferentes perspectivas nas quais se deveria pautar a ação do representante. Albuquerque, com um discurso mais protocolar, de texto curto, com pouco mais de seiscentas palavras, em que enfocou temas como descentralização, saúde suplementar e educação, indicou uma perspectiva “globalizante”, tributária da lógica econômica:

*Ao encararmos problemas da Saúde nessa visão globalizante, inseridas nas perspectivas socioeconômicas, estaremos criando condições para fazer o sistema de saúde participar dessa nova fase que o país está vivendo em todos os setores, com a implantação do Plano Real e o governo de vossa excelência (ALBUQUERQUE, 1997, p. 1).*

Negri (2002) fez um discurso sintético e pragmático, com aproximadamente mil palavras, falou em atingir metas e causar impacto na saúde, enquanto Serra (1998, p. 1), num discurso mais longo e elaborado, com cerca de três mil e seiscentas palavras e quinze princípios norteadores, trouxe um conceito ampliado de saúde pública:

*“A saúde de um povo, ou pelo menos o que um povo pensa sobre o estado geral de sua própria saúde, reflete de forma extremamente sensível os mais diversos aspectos da sociedade. Incidem sobre as condições de saúde fatores tão dispares quanto o nível de emprego, as taxas de salários, a inflação, as formas de organização familiar, os acidentes de trânsito, os investimentos em saneamento, os hábitos de higiene familiar, fenômenos ambientais e, particularmente, um conjunto de ações que podemos denominar políticas de saúde, em cujo vértice encontra-se o Ministério da Saúde.”*

Lima apresentou um discurso com cerca de duas mil e setecentas palavras, de modo que conceituou a saúde como resultante da lógica ideológica do governo que representava:

*“Assumo o Ministério da Saúde com a visão clara que temos todos de que a saúde é algo que resulta de um conjunto de ações, ações que esse governo já manifestou a sua intenção a sua determinação de realizar as ações na área da alimentação, da moradia, do trabalho, do salário, do lazer, da cultura e também das ações de saúde onde nós vamos trabalhar (LIMA, 2003, p. 5).”*

Temporão desenvolveu um discurso com forte influência programática, com cerca de duas mil e setecentas palavras e, por sua vez aproximou a saúde da determinação social: “existem fortes evidências científicas de que países que apresentam perfis de equidade em relação ao padrão de vida referido a classes, gênero e raça, apresentam também melhor nível de saúde” (TEMPORÃO, 2007, p. 7).

Castro, apresentou um discurso com cerca de quatro mil palavras, conceituando a saúde como um direito: “Um orgulho brasileiro é ter a saúde sido reconhecida pela Constituição como direito e ter consagrado em suas estruturas a participação social, que atua junto ao Poder Público na definição de suas políticas” (CASTRO, 2015, p. 2-3).

Padilha (2011, p. 4), com cerca de nove mil e novecentas palavras, apontou-a como condição para o avanço nacional: “[...] às vezes temos esse sentimento de que a saúde não está no centro da agenda de desenvolvimento deste país”, e Chioro dos Reis (2014, p. 2), com um discurso longo, de aproximadamente cinco mil e oitocentas palavras, postulou o compromisso de “[...] defender a vida, mais saúde, mais democracia e mais liberdade”.

O conceito de saúde aparece em diferentes perspectivas, refletindo a concepção dos sujeitos do discurso, mas também sua agenda político-governamental, ou seja, a lógica socioeconômica ou a global, o Estado como produtor de saúde, esta como condição do desenvolvimento ou alinhada constitucionalmente e, por fim, a perspectiva da determinação social como pensamento dialético.

Embora apenas em linhas gerais, Albuquerque (1997, p. 1) se posicionou frente ao SUS:

*“[...] o sistema de saúde no Brasil caracteriza-se pelo modelo médico-curativo, centrado ao tratamento da enfermidade e, em torno do qual, constitui-se uma enorme estrutura burocrática, que acabou por distanciar o recurso da necessidade, o paciente da terapia e o cidadão da saúde.”*

E Negri (2002, p. 2-3) afirmou: “[...] a tarefa de construção do Sistema Único de Saúde não é uma bandeira de alguns, como muitos ainda fazem crer, mas de todos aqueles que aliam a capacidade de compreender as dificuldades que atingem a população à

competência para enfrentá-las”. Assim, indicou, já no discurso de posse, que a defesa do SUS não era incumbência/privilegio de alguns, ou seja, estrategicamente, buscava se posicionar e legitimar como um dos “novos construtores” do SUS, ao lado aqueles que participaram do projeto da Reforma Sanitária Brasileira, movimento nascido no seio dos movimentos sociais, estudantil, acadêmico, sindical e de profissionais de saúde, incorporado pelo Estado a partir da Constituição de 1988 (PAIM, 2017). Ademais, essa afirmação parece ser uma expressão político-ideológica de aproximação com a lógica partidária e a agenda do governo FHC.

Nesse governo, o conceito de SUS foi paulatinamente sendo construído numa lógica inaugural de desbravamento, da descoberta de um terreno fecundo, mas que demandava atitudes concretas, alinhadas a uma perspectiva administrativa gerencial, posto que o funcionamento desse sistema era considerado ineficiente e burocrático, cabendo aos gestores torná-lo moderno e eficiente.

Lima (2003, p. 6) pontuou a necessidade de que o SUS tornasse uma “política hegemônica”, pois era “exemplo da reforma que precisa ser feita em muitos países”, enquanto José Gomes Temporão (2007, p. 4) entendeu que “O SUS é uma política de Estado, portanto, suprapartidária”, até porque “O momento que o SUS atravessa hoje está vinculado à dinâmica do Complexo Industrial da Saúde, composta por processos de estruturação e funcionamento que podem ser contraditórios e paradoxais a uma política social cujas premissas são a universalidade e a equidade”.

Padilha (2011, p. 4) apontou: “[...] temos plena consciência da importância do SUS e da área da saúde para a agenda nacional de desenvolvimento do País, temos plena consciência de que não existiria redução da desigualdade social sem esse grande projeto de inclusão social que é o SUS [...]”.

Chioro e Castro apresentaram conceitos diferentes do SUS: “Afinal, o SUS é um patrimônio, um marco civilizatório para a produção de uma sociedade mais saudável, justa e solidária. Mas é preciso lembrar que se trata de um projeto ético-político em disputa, não está dado” (REIS, 2014, p. 13), e “o SUS é o retrato da nova forma de se governar, onde nada é sozinho e tudo é composto no interesse público” (CASTRO, 2015, p. 6).

Entre os ex-ministros do governo Lula, o conceito de SUS foi alinhado a qualificações como complexidade e credibilidade, sendo definido como exemplo de política de saúde para outros países e como uma política social inclusiva, suprapartidária, no bojo socioeconômico de produção de saúde complexo e paradoxal. No governo Dilma, os ex-ministros reiteraram a importância do modelo universal com uma crítica branda, aproximando sua definição do patrimônio social, de um projeto inclusivo, marco civilizatório de interesse público, e Chioro acrescentou que o sistema ainda não estava consolidado, mas em constante disputa ético-política.

Na relação entre essas representações ministeriais, cabe lembrar a crítica de Jairnilson Paim (2017), em seu já histórico trabalho sobre a Reforma Sanitária Brasileira, que reforça a concepção de que ela foi, e continua sendo, uma luta contra-hegemônica, em que governos, inclusive de esquerda, ao longo de anos de gestão, flexibilizaram os princípios e diretrizes para ajustá-la a imperativos econômicos e demandas corporativas.

#### **4.2.4.2 - Desafios identificados**

A comunicação nos discursos políticos aponta frequentemente a narrativa de desafios a ser superados pelo projeto de trabalho do sujeito do discurso – os ministros da



Saúde. Assim, os desafios que emergem na análise discursiva permitem vislumbrar estratégias ou pontos-chave a ser priorizados na gestão.

Albuquerque (2017, p. 1) ponderou que “A magnitude do desafio desautoriza a eloquência retórica, as promessas fáceis e o otimismo inconsequente”, mas logo acrescentou: “Reafirmamos, nessa oportunidade, a convicção de que é possível ao setor público oferecer um serviço de saúde digno, eficiente e de qualidade”.

Serra (1998, p. 1/3), por sua vez, indicou: “[...] o desafio de hoje, que enfrento a partir dos 56 anos de idade, é o maior de todos”, uma vez que “O que precisamos é que funcione melhor. Aliás, esta é a síntese do nosso programa: fazer os serviços de saúde funcionarem melhor”, enquanto Negri (2002, p. 2) alegou que seria “[...] preciso estar constantemente alerta para enfrentar novos desafios, e disposto a superá-los. Acima de tudo, a luta para ampliar os recursos públicos para a saúde jamais deve ser abandonada”. Nota-se que os ex-ministros do governo FHC alinharam a gestão burocrática e ineficiente como os principais desafios identificados, sempre referindo lógicas da administração gerencial, regidas por qualificadores como qualidade, eficiência e racionalidade.

Nas afirmações sobre a administração pública, era imperativo transformar a cultura burocrática do Estado numa cultura gerencial, parte da agenda do então Ministro da Administração Federal e da Reforma Administrativa, Bresser Pereira, que em 1995 apresentou o Plano Diretor Reformista do Estado, viabilizado em emenda constitucional de 1998. Entre as premissas dessa reforma, estava a necessidade de mudar o modelo da administração pública brasileira vigente até então (PAULA, 2005).

Lima (2003, p. 12) afirmou que, frente ao desafio, deveria “[...] corresponder não só à confiança do presidente, que me deu essa grande responsabilidade, mas à confiança do povo brasileiro, que quer, entre outras coisas, uma condição de vida e de saúde digna”.

E Temporão (2007, p. 2/4), que, “[...] ao assumir a pasta do Ministério da Saúde do Brasil, estou de imediato desafiado a articular a compreensão dos determinantes da saúde da população brasileira, com o conjunto de providências e ações possíveis dentro da governabilidade setorial”, pois “O governo do Presidente Lula tem este compromisso e enfrentará esse desafio”.

Certamente, nesse período, a agenda federal de saúde se aproximou às vezes de temas da Reforma Sanitária, em diálogo com a agenda desenvolvimentista do governo Lula, o discurso de posse e gestão de Temporão trouxe um projeto próximo à concepção sanitária, à ideia de produção social do processo saúde-doença e à necessidade de estabelecer mecanismos para promover a saúde (ARAÚJO, 2017).

Padilha (2011, p. 4) considerou desafio maior inserir o SUS como estratégia necessária à solidez de um amplo projeto desenvolvimentista:

*“Queremos que o conjunto do povo brasileiro se sinta parte dessa quinta economia do mundo. E ele não vai se sentir parte se não tiver uma saúde que se sinta uma saúde de quinta economia do mundo. Não vai se sentir parte se não tiver um Sistema Único de Saúde que seja o Sistema Único de Saúde de quinta economia do mundo. Então, acho que esse é o nosso principal desafio. Trazer de fato a saúde, cada esforço de cada um de nós, para o centro da agenda nacional de desenvolvimento do País.”*

Chioro dos Reis (2014, p. 4) expôs desafios que seriam mais importantes, priorizando o projeto iniciado por seu antecessor:

*“Manteremos tudo aquilo que o Ministro Padilha vem conduzindo brilhantemente, mas temos o desafio – e foi essa a encomenda mais importante que recebi da Presidenta Dilma – de aprimorar ainda mais os processos em curso, de inovar onde for preciso, de ir além. Não assumo o ministério apenas para completar um ciclo temporal. Tenho a missão, que me foi confiada pela Presidenta Dilma – extremamente difícil –, de aprofundar e ampliar o excelente trabalho efetuado pelo Ministro Padilha.”*

Castro (2015, p. 12/20) apresentou dois desafios principais: “[...] a necessidade de a Administração Pública se modernizar para dar conta de executar seus serviços de maneira ágil e com qualidade e a de aprofundar as estruturas do SUS”, acrescentando: “[...] assumo o desafio de, junto com todos, melhorar o nível de saúde da população brasileira. Vim para me unir a vocês nessa missão!”.

No governo Dilma, os desafios expressos seguiram a lógica da vinculação da maior qualidade do sistema de saúde à proposta econômica nacional desenvolvimentista, bem como ao aprimoramento, aperfeiçoamento e eficiência, e do ministro como gestor inserido na dinâmica do executivo.

Apesar de a gestão dos ministros da Saúde do governo Dilma terem sido responsáveis pela criação e implementação de ações com impacto positivo à saúde pública, Reis e Paim (2018) argumentam que a agenda da saúde proposta manteve compromissos programáticos que indicaram a continuidade do governo Lula e que as políticas trazidas à tona não propunham inovação significativa nem explicitavam compromisso com ideais da RSB.

Outro desafio identificado foi a permanência do paradigma gerencial nos governos subsequentes ao de FHC, naturalmente transmitido à gestão ministerial e presente nos discursos de posse dos ministros da Saúde. Paula (2005) afirma que se esperava do governo Lula a adoção de uma lógica administrativa societal, alternativa à visão gerencialista do governo FHC, mas, embora tenha havido aberturas nesse alinhamento, foi sem a tenacidade e a prioridade desejadas.

#### **4.2.4.3 - Propostas definidas**

A análise dos discursos de posse possibilitou perceber as propostas apresentadas pelos ministros procuraram essencialmente dar identidade à agenda da gestão.

Albuquerque foi mais econômico e pouco objetivo nas propostas concretas de sua gestão; à época, dizia à imprensa que o problema da saúde não seria a “falta de recursos, mas sim o modo de administrá-los” (ELIAS, 1997, p. 205). Em seu discurso de posse, afirmou:

*“Vamos empenhar toda nossa capacidade de trabalho e experiência para através de uma administração eficiente, incrementar o combate ao desperdício, às fraudes e à ociosidade, assim fazendo render o máximo de recursos que dispomos, assegurando que cada real gasto na saúde produza o máximo de resultados para o cidadão (ALBUQUERQUE, 1997, p. 2).”*

Para racionalizar os recursos, uma das medidas de sua gestão foi um projeto encaminhado à Câmara dos Deputados em 1997, tentando um ressarcimento ao SUS dos recursos gastos no atendimento a clientes de planos de saúde. A proposta não se consolidou, mas consistia em criar um fundo público-privado de cerca de R\$ 3 bilhões para financiar tratamentos de alto custo, que os planos de saúde não cobriam e cuja despesas ficavam a cargo do SUS (COSTA, R., 2002).

Serra (1998, p. 5) mostrou-se um pouco mais pragmático: “O primeiro consiste na formação de equipes de saúde da família compostas por um médico, dois auxiliares de enfermagem e seis agentes municipais de saúde, com vistas a atenderem mais ou menos mil famílias cada. Já temos no Brasil 1.600 equipes”. Além disso, dirigiu sua atenção à saúde suplementar:

*“Temos de transformar a Qualidade do atendimento à saúde numa verdadeira obsessão nacional. Convidaremos mesmo cada grande empresa brasileira que já tenha obtido excelência em qualidade para implantar e supervisionar métodos de qualidade total em um hospital público (SERRA, 1998, p. 6).”*

Entre 1998 e 2001, na gestão Serra, o Ministério da Saúde passou a se constituir como uma força política de fato, ou, melhor dizendo, um importante ativo político de

negociação e projeção, posto que, até então, fora um ministério importante e estratégico, embora menos representativo. Isso não foi acidental. Além do apelo público pela melhoria de condições de saúde naquelas circunstâncias, entre nomes como o de Pedro Malan e Paulo Renato de Souza como potenciais sucessores de FHC, Serra foi o escolhido, mostrando *a posteriori* o respaldo presidencial à gênese e implementação de amplas políticas federais em sua gestão (COSTA, R., 2002).

Como afirmou em seu discurso, a proposta de ampliação do Programa de Saúde da Família (PSF) foi uma de suas muitas ações, como as voltadas a agências de regulação, medicamentos genéricos, tabaco e AIDS (PASCH et al., 2006). No caso do PSF, que ampliou as ações do Programa de Agentes Comunitários (PAC) entre 1996 e 2000, aumentaram as equipes, de 2.000 para 7.981, e os agentes comunitários de saúde, de 34.000 para 128.000 (DRAIBE, 2003).

Negri (2002, p. 3/4) referiu-se várias vezes à austeridade financeira e orgânica da gestão, reafirmando sequência às ações da gestão Serra: “Não medirei esforços, ainda, para aumentar o número de equipes do Programa Saúde da Família” e “Darei prioridade absoluta ao aumento e diversificação da oferta de medicamentos genéricos no mercado”.

Lima (2003, p. 8) manteve o padrão de seus antecessores, indicando as fragilidades sobre as quais agiria, numa lógica programática, mas sem propostas concretas ou claras, exceto quando assumiu “[...] o compromisso de realizarmos, se possível ainda este ano, uma Conferência Nacional de Saúde extraordinária para fazermos um balanço desses anos do Sistema Único de Saúde e ao mesmo tempo pensarmos o momento seguinte”. De fato, foi a única proposta de seu discurso de posse que mais tarde veio a se concretizar (ARAÚJO, 2017).

Analisando a dinâmica da gestão da Saúde no primeiro mandato do presidente Lula, com Lima no Mistério, Teixeira e Paim (2005) afirmaram que a perspectiva de nova correlação de forças à época representava uma oportunidade de o projeto da RSB ser retomado e reinserido na agenda das políticas públicas do país. Todavia, principalmente após a gestão de Lima, os ganhos setoriais no desenvolvimento do SUS não foram suficientes para fazer avançar o processo da Reforma Sanitária.

Temporão (2007, p. 5) apresentou 22 propostas definidas; por exemplo, “Instituir a Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem” e, para a saúde reprodutiva:

*“8. Fortalecer a Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no combate ao câncer ginecológico (a situação do câncer de colo de útero é vergonhosa, 20 mil novos casos em 2007), no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate a violência doméstica e sexual; agregando também a prevenção e tratamento de mulheres vivendo com DST/AIDS (TEMPORÃO, 2007, p. 5).”*

Embora se considere que ele travou embates com a grande mídia, entende-se que ele foi perspicaz em usar a importância da mídia na sociedade e expor sua gestão, imbuído da convicção progressista do pensamento social de saúde. Mais tarde, numa entrevista, afirmou que “as relações com a mídia sempre foram um dos maiores desafios”, o que leva a crer que essa relação era orientada pela premissa de enfrentamento, que levava em conta “a importância da construção de uma consciência política coletiva no sentido da consciência sanitária de Berlinguer, para garantir a sustentabilidade política do SUS” (TEMPORÃO, 2018, p. 2063).

Outra proposta de seu discurso de posse foi a Política Nacional da Saúde do Homem (PNSH), regulamentada por portarias do Ministério da Saúde publicadas entre 2009 e 2011, que orientou sua implementação nas 27 unidades federadas, em 132

municípios (SCHWARZ et al., 2012). Anos depois, Temporão contou que, preparando seu discurso de posse, foi uma proposta que decidiu inserir, pois achava necessário dar enfoque e, conseqüentemente, enfrentar durante a gestão (HEMMI, 2019).

Padilha (2011, p. 8/9) fez propostas definidas, aludindo a um pedido da própria presidenta: “[...] o mais rápido possível, a gente possa implantar no Aqui Tem Farmácia Popular a gratuidade de medicamentos para hipertensos e diabéticos em todo o país”. Além disso, propunha o que posteriormente tornou-se um programa federal de saúde, pois já considerava: “O esforço que foi feito em buscar trazer e ter espaços abertos para médicos estrangeiros no país. Todas as medidas têm que ser discutidas e nós temos que ter espaço aberto para isso”.

Chioro dos Reis (2014, p. 4) pontuou algumas propostas, mas calcou seu discurso na continuidade de ações da gestão anterior: “Sem perder a noção de prioridade para o Programa Mais Médicos, investiremos também nas demais categorias de nível superior e técnico, em especial valorizando a enfermagem e os Agentes Comunitários de Saúde”. No discurso dos dois ministros do governo Dilma, ambos membros do PT, mencionou-se a necessidade da oferta de profissionais médicos no SUS, e Padilha incluiu médicos de outros países. Chioro se comprometeu a expandir esse programa, criado na gestão anterior.

Desde a 9ª Conferência Nacional de Saúde, em 1992, havia a indicação de uma Política Nacional de Recursos Humanos em Saúde, e, em 2011, pesquisa do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) mostrou que o déficit desses profissionais era um dos principais problemas apontados pelos usuários do SUS. Assim, em 2013, algo que era embrionário no discurso de posse de Padilha foi criado e denominado Programa Mais Médicos, gerando conflitos no governo, além de implementado num ano de efervescência

política, pela Medida Provisória n. 621, de 8 de julho de 2013, convertida na Lei n. 12.871, de 22 de outubro de 2013 (ALESSIO; SOUSA, 2017).

Castro (2015, p. 10) trouxe à discussão algumas propostas, referindo-se à criação de determinadas políticas, mas também sem muito direcionamento ou pragmatismo, exceto quando: “A minha proposta será de instituir a contribuição permanente para a Seguridade Social, a CPMF (Contribuição Provisória sobre a Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira), de forma a tornar a saúde segura em seu financiamento e a garantir aos municípios e estados metade do que a União arrecadar na partilha desses recursos”. Apesar disso, centrou a descrição de propostas articuladas em torno de ideias e perspectivas:

*“Nosso propósito é de aperfeiçoamento das relações público-privadas, exercendo o Poder Público o seu papel de regulador, fiscalizador e controlador do setor privado, não devendo ser permitido que o Poder Público atue como complementar do privado, numa inversão de papéis (CASTRO, 2015, p. 16).”*

A CPMF é a contribuição provisória sobre movimentação financeira, imposto de 22 de outubro de 1996 regulamentado pela Lei n. 9.311, com recolhimento da alíquota de 0,20%, legalmente garantido até meados de 2007 (COSTA, R., 2002; FRANÇA; COSTA, N., 2011). Em entrevista à época, Castro afirmou a necessidade do referido tributo, “dividindo tudo do que for arrecadado da CPMF 50% para a seguridade social do governo e 50% para a saúde – 25% para os estados e 25% para os municípios” (PASSARINHO; MATOSO; ALEGRETTI, 2015, p. 1).

Discutir o financiamento da saúde no Brasil é muito desgastante no contexto do capitalismo contemporâneo (MENDES; CARNUT; GUERRA, 2018). Os 30 anos do SUS têm sido marcados pela persistência de parques recursos, um subfinanciamento



estrutural histórico (MENDES; CARNUT, 2018). Mas, se se aplicasse o art. 55 das Disposições Constitucionais Transitórias da Constituição Federal, 30% dos recursos da Seguridade Social seriam destinados à saúde – o que nunca aconteceu (MARQUES; MENDES, 2005).

Em 1997, Adib Jatene, idealizador da CPMF, afirmou que ela foi desviada de sua função original, passando a servir ao equilíbrio das contas governamentais, o que, dado o subfinanciamento do sistema (COSTA, R., 2002), vai de encontro à afirmação de que considerou a CPMF a fonte mais importante de financiamento do gasto federal em saúde, com cerca de 30% dos recursos alocados pela União (FRANÇA; COSTA, N., 2011), sendo que no período entre 1995 e 2015, Mendes (2014) constatou que o gasto do Ministério da Saúde não foi alterado, mantendo-se em 1,7% do produto interno bruto (PIB), enquanto o gasto com juros da dívida representou, em média, 7,1%.

Quanto às propostas identificadas, exceto Albuquerque, que calcou seu discurso numa lógica abstrata e inespecífica, os outros ex-ministros, menos e mais, propuseram ações concretas que pretendiam implementar e/ou aperfeiçoar. Nos discursos de Serra, Padilha e Temporão, a descrição das propostas foi mais elaborada e desenvolvida, tanto que, anos depois, algumas foram implementadas.

Além do tempo de permanência acima da média em relação aos outros ministros -Serra, Temporão e Padilha, começaram no início do mandato presidencial de FHC, Lula e Dilma, respectivamente, de modo que esses três apresentaram construção e elaboração discursiva, permeada por desafios e propostas mais consolidados e explícitos, do que os que ficaram menos tempo no cargo, fosse por questões de interinidade ou de tensionamento político.

Não se pode afirmar que, pelo fato de começar o mandato, elaboraram um discurso mais estruturado, dado que a instabilidade à frente do cargo ministerial é uma variável contínua, acrescido ainda o perfil técnico-político de cada personalidade; todavia, possivelmente essas escolhas em começo de gestão, como a história recente mostra, provavelmente em meio à coalizão política, lhes davam mais respaldo e convicção dos chefes executivos que os escolheram, o que, no nosso entendimento justifica, maior autonomia e prospecção de planos futuros, sustentáculo de uma construção discursiva com mais liberdade e elaboração.

Essa questão em específico vai ao encontro dos achados de Ferraz e Azevedo (2011), que se dedicaram a estudar o tempo de permanência média de ministros da saúde do Brasil, identificando o quanto seus mandatos são reduzidos, pois em muitas situações, apesar do bom desempenho, são descontinuados no cargo, contrariando a urgente necessidade de mandatos mais longos, que viabilizem e contemplem o planejamento de saúde a longo prazo, uma vez que, em comparação à sistemas de saúde de países com IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) elevados, o tempo médio dos mandatos dos ministros brasileiros foram consideravelmente inferiores (FERRAZ & AZEVEDO, 2011)..

Outro ponto a se ponderar no presente estudo é que, embora não se pretenda generalizar e homogeneizar, os ministros representantes de ambos partidos (PT e PSDB), pois como afirmou Freitas (2018), apesar das divergências de seus programas formadores, havia entre ambos até 1992 um diálogo e porque não dizer uma “aproximação ideológica”, foi após a gestão de José Serra, que à época já apresentou um discurso de posse mais estruturado que o seu antecessor, que a pasta da saúde começa a se posicionar,

menos como um problema e mais como um capital político ativo, cujo nível de aperfeiçoamento e assinatura pessoal começaram a fazer parte dos discursos seguintes.

Percebeu-se assim, que apesar de todos discursos analisados guardarem similaridades na construção, o aprofundamento e proposições se tornaram mais complexas e mais ambiciosos nos discursos subsequentes, ocupando paulatinamente mais protagonismo por parte desses atores recém-nomeados, já que além de influenciadores e tomadores de decisões, tornaram-se responsáveis em liderar e direcionar ações, com foco na agregação de valor ao sistema de saúde brasileiro (FERRAZ e AZEVEDO, 2011).

Ainda assim, dentre as muitas variáveis presentes em um presidencialismo de coalização, regido por interesses econômicos e de ordens diversas, embora entenda uma transformação natural acerca dos posicionamentos discursivos, afirma-se que não houve grandes discrepâncias de posicionamentos conceituais entre o primeiro e o último discurso ministerial analisado, uma vez que os posicionamentos em torno da Saúde Pública e do SUS foram mais retóricos, reativos e conjecturais, alinhados à agenda presidencial, sem o anúncio esperado de uma Política de Estado Suprapartidária, com investimentos à altura das suas reais necessidades e situando-a mais próxima dos anseios de acessibilidade e universalidade, defendidos pelos entusiastas do projeto da RSB.

Nesse sentido, Paim (2018) afirma que os projetos democrático-populares não foram privilegiados pelos atores políticos que tiveram a oportunidade de ocupar o governo federal após a promulgação da dita Constituição Cidadã. Segundo Paim (2008), desde o governo FHC, marcado pelo ajuste macroeconômico das políticas de estabilização monetária e privatização, teve início uma reforma do Estado na contramão da reforma democrática postulada pelo projeto da RSB, continuada pelos governos do

PT; por exemplo, no governo Dilma, o foco foram a redução dos gastos públicos e a manutenção do subfinanciamento, com expansão e fortalecimento do setor privado.

Apesar das constatações expostas nos últimos parágrafos, pondera-se, que a partir dos conteúdos discursivos dos ex-ministros analisados, sobretudo em suas propostas definidas, assim como destacou Monteiro (2018), houve uma potencial transformação do sistema de saúde brasileiro, que apesar das diversas forças político-ideológicas que marcam o seu campo de disputa e que boicotaram a sua consolidação, estruturando-o como um sistema segmentado, em que convivem o SUS, o sistema de desembolso direto e o sistema de saúde suplementar, as conquistas e avanços são numerosos e, dentre elas, cita-se a consolidação do reconhecimento público acerca do direito à saúde, além da expansão e estruturação do SUS.

Portanto a linha de pensamento emitida a partir da presente investigação, não é de conformismo; todavia, há que ser realista com base nos avanços e permanências identificadas e rupturas ainda a serem realizadas, pois acredita-se que é necessário, nesse momento fazer uma “análise do possível”, mais ponderada, cientes obviamente de que poderiam ter avançado em muitos pontos, sobretudo em prol da ampliação e qualidade do sistema, mas não descartando o quanto o sistema de saúde se aperfeiçoou e se ampliou, tanto que nesse período, o Brasil descentralizou atribuições e recursos, aumentando a oferta e o acesso aos serviços e as ações em saúde e melhorando os níveis de saúde (PAIM, 2008, 2013),mas sem dúvida o fato concreto é que o SUS foi implantado, mas não consolidado (PAIM, 2018).

#### **4.2.5 - CONCLUSÕES**

Os discursos se assemelham em formato e conteúdo, com similaridades estruturais, atinentes ao rito cerimonial simbólico em que foram proferidos, e, embora

estivessem alinhados com uma comunicação protocolar, midiática e política, a produção da narrativa se atrelou, entre outras coisas, ao projeto de governo, à agenda governamental, à demanda do grupo político de sua filiação e à trajetória pessoal do ministro, concluindo que essa produção também foi coletiva, respondendo a expectativas ideológicas e sociais.

Não se identificaram grandes rupturas no pensamento sobre saúde entre as plataformas de governos do PT e do PSDB, apenas enfoques diferentes, com manutenção de uma linha de gestão operacional similar, subordinada à lógica econômica de produção de saúde.

Afirma-se que, de Albuquerque a Lima, o conteúdo discursivo revelou permanências na projeção de medidas que consolidassem o sistema, garantissem sua paulatina descentralização e, conseqüentemente, mínimas condições de acesso à saúde para todos os brasileiros, questões que estiveram presentes nos discursos dos ministros que os sucederam; todavia, foram menos prioritárias, fosse pelo aperfeiçoamento e pela consolidação do sistema em inúmeros aspectos, fosse pela necessidade de atender a novas demandas, consoante com o momento político e a realidade socioeconômica.

Mesmo com suas diferenças partidárias e de origem técnica, a trajetória profissional e política da maioria dos ex-ministros da saúde esteve alinhada com a defesa da saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado, princípio básico da RSB. No entanto, os discursos não fazem referência à RSB, o que pode indicar certo cuidado, dadas as múltiplas relações e representações que o cargo executivo de ministro pressupõe numa agenda governamental, não raro, vinculada às tensões que envolvem interesses econômicos e de outras ordens.

O conteúdo dos conceitos e os desafios apresentados foram mais reveladores do que as propostas, que em sua maioria, adotaram um tom generalista e, entre as que seguiam uma lógica programática, poucas foram implementadas. Os discursos se alinhavam à agenda governamental e enunciavam algumas propostas, mas a gênese e a implementação de ações de saúde não obedeceram a uma programação predefinida, contemplando na gestão o que foi anunciado no discurso, porquanto outras variáveis (decisão presidencial, vontade política, prestígio, crises sanitárias, *lobbies*, apelos setoriais etc.) influenciaram a gestão federal em saúde e a gênese e implementação das ações subsequentes.

Certamente, nesses discursos ministeriais em que conceitos foram elaborados, desafios sublinhados e propostas definidas, numerosas transformações foram identificadas, dado que intencionalidades e influências ideológicas diversas permearam esse conflituoso campo. Ainda assim, ficou evidente ao comparar os conteúdos discursivos (conceitos, desafios e propostas) em momentos históricos distintos, que paulatinamente enfoques se diferenciavam e situações eram superadas pelos ministros e as gestões das quais faziam parte, de modo que o SUS foi sendo implementado e ampliado, sustentado pela estrutura técnica do Ministério da Saúde, em um contínuo período de estabilidade democrática, cujas ações, em sua grande parte, eram liderada por personalidades que estiveram engajadas em maior ou menor grau com o movimento da RSB em suas trajetórias de vida, e que, estiveram comprometidas em uma atuação minimamente compatível com os interesses republicanos, expressos em seus discursos e praticados em suas gestões.

Os resultados apresentados neste artigo integram uma pesquisa ampla, que analisa relações envolvendo os ministros da Saúde no Brasil e sua influência no SUS da

perspectiva da análise documental e história oral. Espera-se que esta iniciativa estimule o desenvolvimento de estudos que porventura se proponham a analisar discursos não apenas no campo da saúde e mesmo guiados por diferentes perspectivas teórico-metodológicas.

#### **4.2.6 - REFERÊNCIAS**

1. ABBAGNANO, Nicola. Dicionário de Filosofia. São Paulo: Martins Fontes, 1998.
2. ALBUQUERQUE, Carlos C.S. de. Discurso de Posse do Ministro da Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, mar. 1997. Divulgação n. 7.
3. ALESSIO, Maria M.; SOUSA, Maria F.. Programa Mais Médicos: elementos de tensão entre governo e entidades médicas. Interface, Botucatu, v. 21, supl. 1, p. 1143-1156, 2017. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0396>.
4. ARAÚJO, Carmen E.L. Estado e mercado, continuidade e mudança: a dualidade da política de saúde nos governos FHC e Lula. Tese (Doutorado em Ciência Política) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017. Disponível em: [https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUOS-B33M3G/1/tese\\_dcp\\_ufmg\\_carmem\\_leit\\_o\\_biblioteca\\_arial.pdf](https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUOS-B33M3G/1/tese_dcp_ufmg_carmem_leit_o_biblioteca_arial.pdf). Acesso em: 8 mar. 2021.
5. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Galeria dos Ministros. 2020. Disponível em: <http://bvs.saude.gov.br/promocao-da-saude-3/83-galeria-dos-ministros>. Acesso em: 10 out. 2020.
6. BRASIL. CÂMARA DOS DEPUTADOS. Decreto n. 70.274, de 9 de março de 1972. Aprova as normas do cerimonial público e a ordem geral de precedência.

- Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 1972. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-70274-9-marco-1972-418937-norma-pe.html>>. Acesso em: 8 mar. 2021.
7. CASTRO, Marcelo. Discurso: Marcelo Castro, Ministro da Saúde, 6 out. 2015. Disponível em: <<https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/06/>>. Acesso em: 10 out. 2020.
  8. CHARAUDEAU, Patrick. Discurso político. São Paulo: Contexto, 2018.
  9. COSTA, Ricardo C.R.C. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. *Revista de Sociologia e Política*, n. 18, p. 49-71, 2002. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-44782002000100005>.
  10. DRAIBE, Sônia. A política social no período FHC e o sistema de proteção social. *Tempo Social*, v. 15, n. 2, p. 63-101, 2003. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-20702003000200004>.
  11. ELIAS, Paulo E. Reforma ou contra-reforma na proteção social à saúde. *Lua Nova*, n. 40-41, p. 193-215, 1997. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-64451997000200009>.
  12. FERRATER-MORA, José. *Dicionário de filosofia*. São Paulo: Loyola, 2004.
  13. FERRAZ, Marcos B; AZEVEDO, Rafael T. Ministers of Health: short-term tenure for long-term goals?. *Sao Paulo Medical Journal [online]*. v. 129, n. 2 pp. 77-84. 2011.
  14. FOUCAULT, Michel. *A arqueologia do saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007.



15. FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1982.
16. FRANÇA, José R.M; COSTA, Nilson R. A dinâmica da vinculação de recursos para a saúde no Brasil: 1995 a 2004. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 1, p. 241-257, 2011. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000100027>.
17. FREITAS, Felipe C. O primeiro grande antagonismo entre PSDB e PT. *Opin. Pública, Campinas*, v 24, n.3, p.547-595, set/dez, 2018.
18. HEMMI, Ana P. A. A Política Nacional de Saúde do Homem por José Gomes Temporão. *Interface, Botucatu*, n. 23, p. 1-12. Número especial. doi: <https://doi.org/10.1590/interface.1810628>.
19. IACOMINI JUNIOR, Franco; CARDOSO, Moisés; PRADO JUNIOR, Tarciso. Os “nós” de Temer: uma análise dos discursos de posse de 2016. *Compólitica*, v. 8, n. 1, p. 66-95, 2018. doi: <https://doi.org/10.21878/compolitica.2018.8.1.139>.
20. LIMA, Humberto S.C. Discurso de posse: ministro da Saúde Humberto Costa, 2003. Disponível em: [http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:XZu8nepZjoJ:www1.uol.com.br/fernandorodrigues/030106/discurso\\_de\\_possesaude.doc+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:XZu8nepZjoJ:www1.uol.com.br/fernandorodrigues/030106/discurso_de_possesaude.doc+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br). Acesso em: 10 out. 2020.
21. MACULAN, Benildes C.M.S; LIMA, Gracinda A.B.O. Buscando uma definição para o conceito de “conceito”. *Perspectivas em Ciência da Informação*, v. 22, n. 2, p. 54-87, 2017. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-5344/2963>.
22. MAINGUENEAU, Dominique. *Discurso e análise do discurso: uma introdução*. São Paulo: Parábola, 2014.

23. MARQUES, Rosa M; MENDES, Áquilas. SUS e seguridade social: em busca do elo perdido. *Saúde e Sociedade*, v. 14, n. 2, p. 39-49, 2005. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902005000200005>.
24. MENDES, Áquilas. O fundo público e os impasses do financiamento da saúde universal brasileira. *Saúde e Sociedade*, v. 23, n. 4, p. 1183-1197, 2014. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000400006>.
25. MENDES, Áquilas; CARNUT, Leonardo. Capitalismo contemporâneo em crise e sua forma política: o subfinanciamento e o gerencialismo na saúde pública brasileira. *Saúde e Sociedade*, v. 27, n. 40, p. 1105-1119, 2018. doi: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902018180365>.
26. MENDES, Áquilas; CARNUT, Leonardo; GUERRA, Lucia D.S. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*, v. 42, p. 224-243, 2018. Número especial. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s115>.
27. MINAYO, Maria C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2014.
28. MONTEIRO, M.G. A mudança de direção nas políticas públicas: atores e estratégias ocultas na implementação do Sistema Único de Saúde. In: FLEURY, Sônia. Teoria da reforma Sanitária: Diálogos Críticos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018, p.247-290.
29. NEGRI, Barjas. Discurso de posse: ministro da Saúde. *Saúde com justiça: um compromisso a ser mantido*, p. 3-7, 2002. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_justica.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_justica.pdf). Acesso em: 10 out. 2020.

30. PADILHA, Alexandre R.S. Discurso: posse do Ministro da Saúde Alexandre Padilha. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 2011. Disponível em: <<http://cebes.org.br/2011/01/integra-do-discurso-do-ministro-da-saude-alexandre-padilha-durante-a-cerimonia-de-transmissao-de-cargo/>>. Acesso em: 10 out. 2020.
31. PAIM, Jairnilson S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>.
32. PAIM, Jairnilson S. Reforma Sanitária Brasileira (RSB): expressão ou reprodução da revolução passiva? *Planejamento e Políticas Públicas*, n. 49, p. 15-33, 2017. Disponível em: <<http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/8227>>. Acesso em: 8 mar. 2021.
33. PAIM, Jairnilson S. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Cadernos de Saúde Pública*, v. 29, n. 10, p.1927-1936, 2013. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X000995>.
34. PAIM, Jairnilson S. A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. *Physis*, v. 18, n. 4, p.625-644, 2008. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312008000400003>.
35. PASCH, Dário F; RIGHI, Liane B; THOMÉ, Henrique I; STOLZ, Eveline D. Paradoxos das políticas de descentralização de saúde no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*. v. 20, n. 6, p. 416-22, 2006. Disponível em: <<https://scielosp.org/article/rpsp/2006.v20n6/416-422/>>. Acesso em: 8 mar. 2021.
36. PASSARINHO, Nathalia; MATOSO, Felipe; ALEGRETTI, Laís. Novo ministro quer CPMF permanente e com repasse para a Saúde. G1, Brasília, 2 out. 2015.

- Política. Disponível em: <<http://g1.globo.com/politica/noticia/2015/10/novo-ministro-da-saude-quer-cpmf-eterna-e-com-repasse-para-o-setor.html>>. Acesso em: 1 nov. 2020.
37. PAES DE PAULA, Ana P.. Administração pública brasileira entre o gerencialismo e a gestão social. *Revista de Administração de Empresas*, v. 45, n. 1, p. 36-49, 2005. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-75902005000100005>.
38. PIMENTEL, Pedro C; PANKE, Luciana. Discursos diplomáticos: objeto de pesquisa da Comunicação Política?. *Intercom*, v.43, n. 2, p. 53-71, 2020. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-5844202023>.
39. PISTORI, Maria H.C. Ethos e pathos no discurso do Ministro-Relator do Supremo Tribunal Federal. *Bakhtiniana*, v. 13, n. 1, p. 71-93, 2018. doi: <https://doi.org/10.1590/2176-457334855>.
40. REIS, Ademar A.C. Discurso de posse: ministro da Saúde Arthur Chioro, 3 fev. 2014. Disponível em: <<http://idisa.org.br/img/File/DISCURSO%20DE%20POSSE%20CHIORO.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2020.
41. REIS, C.R; PAIM, Jairnilson S. A saúde nos períodos dos governos Dilma Rousseff (2011-2016). *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 58, p. 101-114, 2018. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/29852/1/Artigo%20Jairnilson%20Paim.%202018.pdf>>. Acesso em: 8 mar. 2021.
42. SCHIFFRIN, Deborah. *Approaches to discourse*. Oxford/Cambridge: Blackwell, 1994.

43. SCHWARZ, Eduardo, GOMES, Romeu; COUTO, Márcia T; MOURA, Erly C; CARVALHO, Sarah A; SILVA, Simione F.C. Política de saúde do homem. *Revista de Saúde Pública*, v. 46, supl. 1, p. 108-116, 2012. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012005000061>.
44. SERRA, José. Discurso de posse: ministro José Serra, no Ministério da Saúde. A reforma administrativa do sistema de saúde, n. 13, p. 28-37, 1998. Disponível em: <http://www.bresserpereira.org.br/documents/mare/cadernosmare/caderno13.pdf> >. Acesso em: 10 out. 2020.
45. TEIXEIRA, Carmen F.S; PAIM, Jairnilson S. A política de saúde no governo Lula e a *dialética do menos pior*. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 71, p. 268-283, 2005. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406345256005.pdf>>. Acesso em: 8 mar. 2021.
46. TEMPORÃO, José G. Entrevista com o ex-ministro da Saúde José Gomes Temporão. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p.2061-2068, 2018. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05642018>.
47. TEMPORÃO, José G. Discurso de posse: Dr. José Gomes Temporão, ministro da Saúde, 19 mar. 2007. Disponível em: <http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/arq5068.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2020.

## *4.3 - Artigo 3<sup>iii</sup>*

---

<sup>iii</sup> Manuscrito ainda não foi submetido, uma vez que autoria estuda periódicos científicos cuja linha editorial contemple a temática específica.

*“Olha, isso aí é uma boa política...”: narrativas de ex-ministros da saúde do Brasil (2002 a 2015)*

*“Look, this is a good policy...”: narratives of former health ministers of Brazil (2002 to 2015)*

*“Mire, esta es una buena política ...”: narrativas de exministros de salud de Brasil (2002 a 2015)*

Danilo Fernandes Brasileiro<sup>1</sup>  
Maria Cristina da Costa Marques<sup>2</sup>

**4.3.1 -Resumo:** Objetivou-se conhecer e analisar o processo de gênese e decisão sobre a implementação de políticas e ações nacionais de saúde (2002 - 2015). Estudo histórico, de abordagem qualitativa, que utilizou da história oral temática, por meio de entrevistas com seis ex-ministros da saúde, posteriormente analisadas sob a luz do referencial hermenêutico-dialético, proposto por Maria Cecília Souza Minayo. Encontrou-se duas categorias: 1 - Reminiscências da Gênese e Formulação; e 2 - Reminiscências da Decisão da Implementação. O processo de gênese esteve geralmente subordinado à lógica de funcionamento dos componentes de carreira da burocracia técnica ministerial, mas também ao processo autoral de criação, geralmente vinculado às figuras de ex-secretários executivos, ex-ministros da saúde, e pelo presidente da república. O processo decisório esteve geralmente sob os desígnios exclusivos do presidente da república, já que avalizava às decisões mais sensíveis e de maior repercussão, embora houvesse autonomia ministerial em determinadas situações. **Palavras-chave:** Ministros da Saúde; História; Políticas Públicas; Formulação de Políticas; Tomada de Decisão.

**4.3.1 -Abstract:** Objective - to understand and analyze the process of generating and deciding on the implementation of national health policies and actions (2002 - 2015). Historical study, with a qualitative approach, which used thematic oral history, through interviews with six former health ministers, later analyzed in the light of the hermeneutic-dialectical framework proposed by Maria Cecília Souza Minayo. Find two categories: 1 - Reminiscences of Genesis and Formulation; and 2 - Reminiscences of the Implementation Decision. The general process is generally subordinated to the working logic of two components of the ministerial technical bureaucracy career, but also to the authorial creation process, generally linked to the figures of former executive secretaries, former ministers of health and the president of the republic. The decision-making process is generally based on the exclusive designation of the president of the republic, as he endorses the most sensitive and most repercussion decisions, and incorporates ministerial

---

<sup>1</sup>Mestre em Ciências pela UNIFESP. Doutorando do Programa de Pós Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo – SP, Brasil;<http://orcid.org/0000-0002-3905-7579>; E-mail: danilo.brasileiro@hc.fm.usp.br

<sup>2</sup>Doutora. Professora da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo – SP, Brasil; <http://orcid.org/0000-0002-7461-3710>; E-mail: mcmarques@usp.br

autonomy in certain situations. **Keywords:** Ministers of Health; History; Public policy; Policy formulation; Withdrawn from the Decision;

**4.3.1 - Resumen:** Objetivo - comprender y analizar el proceso de generación y decisión sobre la implementación de políticas y acciones nacionales de salud (2002 - 2015). Estudio histórico, con enfoque cualitativo, que utilizó la historia oral temática, a través de entrevistas a seis exministros de salud, posteriormente analizados a la luz del marco hermenéutico-dialéctico propuesto por María Cecilia Souza Minayo. Encuentra dos categorías: 1 - Reminiscencias de Génesis y Formulación; y 2 - Reminiscencias de la Decisión de Implementación. El proceso general está generalmente subordinado a la lógica de trabajo de dos componentes de la carrera de la burocracia técnica ministerial, pero también al proceso de creación autorial, generalmente vinculado a las figuras de ex secretarios ejecutivos, ex ministros de salud y presidente de la república. El proceso de toma de decisiones generalmente se basa en la designación exclusiva del presidente de la república, quien avala las decisiones más sensibles y de mayor repercusión e incorpora la autonomía ministerial en determinadas situaciones. **Keywords:** Ministros de Salud; Historia; Política pública; Formulación de políticas; Retirado de la Decisión;

#### 4.3.2 - INTRODUÇÃO

Segundo Almeida & Gomes (2018), a expressão “políticas públicas” é permeada por uma pluralidade conceitual, sem consenso entre estudiosos, de modo que restringi-la a uma definição uniforme é desaconselhável. Até meados da década de 1950, o estudo analítico das políticas públicas era regido pela influência da tradição europeia, orientado por teorias que se dedicavam a analisar o Estado e suas instituições de modo estanque (ALMEIDA & GOMES, 2018; SOUZA, 2006). A partir da década de 1950, nos Estados Unidos da América surgiu uma nova abordagem acadêmica, influenciada pelos estudos de H. Laswell, H. Simon, C. Lindblom e D. Easton, que enfatizavam as ações dos governos na produção de políticas públicas, já que, segundo Lowi (1964), as políticas derivavam de processos de intensas disputas em várias arenas decisórias.

Em meados da década de 1980, apesar dos modelos teóricos vigentes dedicarem-se sumariamente à compreensão da formação de agendas, formulações, implementações e avaliações, um novo postulado teórico surgiu, direcionado à compreensão dos processos



de políticas públicas (policy process), centrado na análise de seis fatores chaves (atores, instituições, subsistemas, ideias/crenças, fatores contextuais e eventos (ALMEIDA& GOMES, 2018; FARIA, 2003).

Os processos envolvendo a formulação das políticas públicas em saúde, por sua vez, são geralmente elaborados no executivo, legislativo e demais instituições da burocracia pública estatal, balizados pela racionalidade econômica, político-sistêmica da responsabilidade formuladora, enquanto os decisórios interdependente com os anteriores, são permeados por atuações e influencias de grupos de pressões dos mais variados setores sociais, cerceado por nuances como negociação, persuasão, poder, conflitos, contingências, cooperação e coalizão (BATISTA, 2013; PEDONE, 1986; KLEBA et al., 2015).

Quanto a esse processo de formulação e tomada de decisão, envolvendo a maior autoridade sanitária nacional, o Ministério da Saúde (1953) (MACHADO, 2007), sabe-se que foi influenciado, a partir da década de 1960, pelo método CENDES-OPAS (Centro de Estudos do Desenvolvimento da Organização Panamericana de Saúde), sendo que, anos mais tarde, em 1975 a proposta do CPPS (Centro Panamericano de Saúde) representou um marco inaugural, com a publicação do documento denominado *Formulación de Politicas de Salud* (CARNUT, 2012; TEIXEIRA, 2010). Nos anos subsequentes, outros modelos auxiliaram nesse trabalho, como o “Postulado de Coerência”, proposto por Mario Testa, o PES (Planejamento Estratégico Situacional), desenvolvido por Carlos Matus e, a partir de 2006, o PROGRAB (Programa de Gestão por Resultados na Atenção Básica) (CARNUT, 2012; TEIXEIRA, 2010).

Isto posto, sabe-se que, entre os anos de 1995 e 2016, período marcado pela estabilidade econômica e democrática do país, em que 12 ministros da saúde ocuparam o

cargo central de direção da saúde no país, durante a gestão de três diferentes presidentes, apesar das críticas que se possa fazer, houve uma inegável consolidação do SUS.

Nesse período, uma vasta gama de políticas públicas de saúde, que se tornaram nacionais, foram formuladas e implementadas, cujas avaliações apontaram para substanciais e positivos impactos nas condições de saúde da população brasileira, como foram, por exemplo, os programas que se originaram das Política Nacionais de Medicamentos (1998), Política Nacional de Atenção às Urgências (2003), Política Nacional de Saúde Bucal (2003) e Política Nacional de Atenção Básica (2012), entre outros.

Embora haja alguns qualificados trabalhos como, por exemplo, o desenvolvido por Justo (2019), que se dedicou à análise acerca da política Nacional de Humanização, considera-se que exista uma carência de investigações, sob a perspectiva historiográfica que se proponham a versar sobre as narrativas dos atores sociais que vivenciaram essas políticas, sobretudo os ministros da saúde, que participaram com determinado protagonismo, desse processo formulador e decisório de políticas públicas no âmbito do SUS.

Parte-se então do pressuposto que, assim como o presidente da República e os membros do Congresso Nacional, o ministro em exercício faz parte de um macrosistema, integrando um grupo de atores sociais que conseguem de modo direto influir sobre determinada política de modo a causar mudança abrupta da mesma, já que especialistas e demais grupos sociais ou de pressão econômica, ainda que possuam devida importância no processo de formulação e implementação, influem de modo paralelo, sendo responsáveis, sobretudo, por alterações de ordem incrementais (LINDBLOM, 1981; BAUMGARTNER & JONES, 1993).

Considerando todo arcabouço teórico e questionamentos apresentados até aqui, além da carência e conseqüente necessidade de estudos de abordagem histórica no campo de políticas públicas, como bem apontou Hochman (2018), tem-se por objetivo, através deste manuscrito, analisar segundo as narrativas de ex-executivos da saúde do Brasil, como se deu o processo de gênese e decisão sobre a implementação das políticas públicas e seus conseqüentes programas federais, no contexto do SUS, entre os anos de 2002 e 2015.

### **4.3.3 - MÉTODO**

Estudo de abordagem qualitativa, que utilizou da história oral temática como método de pesquisa (FREITAS, 2006).

Nessa perspectiva de história oral, em uso do gênero entrevista como coleta de informações, busca-se trabalhar com a memória dos sujeitos e o passado como seu referente último (RICOUER, 2007). Além disso, entende-se que as narrativas oriundas dessas memórias buscam a construção de um ethos, “já que todo ato de tomar a palavra, implica a construção de uma imagem de si” Amossy (2016, p.9), até porque, segundo Charaudeau (2018, p.53), “as significações do discurso político são fabricadas e mesmo re-fabricadas, simultaneamente, pelo dispositivo da situação de comunicação e seus atores”.

Assim, foram realizadas entrevistas entre os anos de 2018 e 2020, com seis ex-ministros da saúde (quadro 1), sendo quatro presenciais e duas virtuais, orientadas por um roteiro pré-elaborado com dez perguntas. O presente estudo atendeu aos preceitos éticos que regulam a pauta (BRASIL, 2012), sendo sem projetos submetido à apreciação e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos (Parecer n. 4.031.359), de

modo que as entrevistas foram efetuadas somente após assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

Embora o período de 1995 a 2016 tenha sido marcado por estabilidade econômica e democrática, durante a gestão de três diferentes presidentes da república, quando expressivas políticas e ações nacionais no âmbito do SUS foram criadas, implementadas e aperfeiçoadas, o recorte temporal do presente estudo foi entre os anos de 2002 a 2015, justificado pelo fato de que foi o período de atuação dos ex-ministros que aceitaram fazer parte do estudo.

Na sequência, as entrevistas foram transcritas e apreciadas pelos participantes, porquanto permitiu selecionar textos provenientes de respostas que continham referências acerca do processo de formulação e decisão de implementação de políticas, ações e programas nacionais de saúde.

O processo analítico foi guiado pelo método hermenêutico-dialético, proposto por Minayo (2014). A primeira etapa foi de ordenação dos dados, em que se efetuou a leitura e releitura das entrevistas, seguida pela organização dos dados (excertos), discriminando-os em uma determinada ordem, permitindo a elaboração de uma “pré-classificação” e formulação de um “mapa horizontal das descobertas”.

Após a etapa de ordenação, executou-se a etapa de classificação dos dados, que se iniciou com a leitura horizontal exaustiva, em que se analisou cuidadosamente a “concatenações de ideias, posturas sobre o tema em foco e sentido geral do texto”, confluindo com a criação de “categorias empíricas” (MINAYO, 2014).

Na sequência, realizou-se o processo de leitura transversal, que viabilizou a extração e agrupamento por codificação de inúmeros trechos discursivos semelhantes, obtendo um número amplo de categorias temáticas, etapa que foi sequencialmente

sucedida pelo processo de “enxugamento”, em que categorias/unidades de sentidos temáticas foram refinadas e reagrupadas, subordinadas a uma lógica unificadora central, permitindo que os achados fossem finalmente classificados e categorizados.

Com as categorias supracitadas definidas, executou-se o procedimento de descrição e análise final, esta última sustentada pelas empíricas construídas pelos pesquisadores e pelo substrato teórico da literatura científica pertinente.

Quadro 1 – Relação de Ministros da Saúde Entrevistados e Incluídos no Estudos

MINISTRO	PERÍODO NO MINISTÉRIO	PARTIDO	PRESIDENTE	BREVE DESCRIÇÃO BIOGRÁFICA	DATA E LOCAL DA ENTREVISTA
<i>Barjas Negri</i>	21 fev. 2002 31 dez. 2002	PSDB	<i>Fernando Henrique Cardoso</i>	<i>Nascido em São Paulo-SP (8 dez. 1950). Economista com mestrado e doutorado pela UNICAMP-SP. Foi secretário executivo do FNDE (1995-1996) e do Ministério da Saúde (1997-2002), além de prefeito da cidade de Piracicaba por três mandatos.</i>	<i>Piracicaba-SP, 20 dez. 2018</i>
<i>Humberto Sérgio Costa Lima</i>	1 jan. 2003 8 jul. 2005	PT	<i>Luís Inácio Lula da Silva</i>	<i>Nascido em Campinas-SP (7 jul. 1957). Jornalista e médico especialista em clínica médica, medicina geral e comunitária e psiquiatria. Foi vereador e secretário de Saúde de Recife-PE (2001-2003), além de deputado estadual (1990-1993) e federal (1995-1999). Atualmente, é senador da República.</i>	<i>Brasília-DF, 11 nov. 2019</i>
<i>José Saraiva Felipe</i>	8 jul. 2005 31 mar. 2006	PMDB	<i>Luís Inácio Lula da Silva</i>	<i>Nascido em Belo Horizonte-MG (26 mar. 1952). Médico com mestrado pela FIOCRUZ-RJ. Foi secretário municipal de Saúde de Montes Claros (1983-1985) e estadual de Saúde de Minas Gerais (1991-1994), secretário de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde (1989-1990) e deputado federal por cinco mandatos. Atualmente, desenvolve seu doutorado na UnB-DF.</i>	<i>Virtual, 29 jun. 2020</i>
<i>José Agenor Álvares da Silva</i>	31 mar. 2006 16 mar. 2007	<i>sem partido</i>	<i>Luís Inácio Lula da Silva</i>	<i>Nascido em Abaeté-MG (2 jun. 1947). Farmacêutico e bioquímico pela UFMG, Doutor Notório Saber pela FIOCRUZ (2015). Foi secretário executivo no Ministério da Saúde 92005-2006) e diretor da ANVISA (2007-2013). Atualmente, é assessor da Fundação Oswaldo Cruz.</i>	<i>Brasília-DF, 3 out. 2019</i>
<i>José Gomes Temporão</i>	16 mar. 2007 31 dez. 2010	PMDB	<i>Luís Inácio Lula da Silva</i>	<i>Nascido em Merufe-Portugal (20 out. 1951). Médico, com mestrado pela FIOCRUZ (1984) e doutorado pela UERJ (2002). Foi subsecretário do Estado de Saúde do Rio de Janeiro, secretário de Planejamento do INAMPS (1985-1989), diretor geral do INCA e secretário nacional de Atenção à Saúde (2005). Atualmente, é professor e pesquisador titular aposentado da Fundação Oswaldo Cruz.</i>	<i>São Paulo-SP, 22 mar. 2019</i>
<i>Ademar Arthur Chioro dos Reis</i>	3 fev. 2014 2 out. 2015	PT	<i>Dilma Vana Rousseff</i>	<i>Nascido em Santos-SP (5 dez. 1963). Médico com mestrado pela UNICAMP-SP (2001) e doutorado pela UNIFESP (2011). Foi diretor do Departamento de Atenção Especializada do Ministério da Saúde (2003-2005) e Secretário de Saúde de São Bernardo do Campo-SP (2009-2014). Atualmente, é professor do Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina/UNIFESP.</i>	<i>Virtual, 12 fev. 2020</i>

Fonte: Brasil (2020)

#### 4.3.4 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

##### 4.3.4.1 -Reminiscências Sobre a Gênese e Formulação

Várias nuances influenciaram a dinâmica da gênese de políticas nacionais de saúde e suas derivações. Barjas Negri, por exemplo, afirmou que esse processo foi inerente à estrutura técnica ministerial, já que, segundo ele, no “*Ministério da Saúde tem bons técnicos, na área de transplante, na área de endemias, na área de saneamento, na área de tuberculose, DST – AIDS, ou seja, os técnicos estão lá. As formulações e as políticas estão lá*”:

A dinâmica formuladora foi condicionada a uma lógica programática intrínseca à estrutura ministerial, perceptível a partir do relato de José Gomes Temporão, que afirmou:

*“Então eu estou querendo te falar uma coisa, tanto o que os ministros fizeram, quanto o que eu fiz, tem uma linha de tempo, é um processo de acúmulos históricos. Ninguém inventa uma coisa e tira da cartola como um gênio,: “Ah , sensacional! Nunca! Ninguém! Mentira. Não é verdade isso!”. Você pode ter rupturas, inflexões positivas, inflexões negativas, mas há um processo de acúmulo histórico de experiências locais, de trabalhos científicos, de pesquisa, de trabalho de sanitarista, de trabalho legislativo que, num determinado momento histórico, se corporificam em programas.”*

José Agenor, por sua vez, trouxe o seguinte argumento:

*“Então essas políticas foram importantes e algumas outras políticas, como, por exemplo a implantação da vacina do Rotavírus, que foi importantíssima para nós. O PNI já estava trabalhando, pois é o seguinte: a não ser grandes políticas macro, você vai aproveitar o que está sendo discutido, que são aquelas pessoas que têm contato com aquele assunto: “Olha isso aí é uma boa política, olha isso aqui é uma boa ação, vamos fazer isso, vamos fazer aquilo.”*

José Agenor, versando sobre o mesmo programa, foi enfático, atribuindo autoria exclusiva do presidente Lula, remetendo a um diálogo que ambos tiveram, algo que seguramente associa à característica mais societal de atuação da sua gestão (Paes de Paula, 2005), que se aproxima seguramente da ideia do populismo de esquerda, sobretudo

se recorrermos à definição de Weffort (1989, p. 36), que entende que “o populismo é sempre uma forma popular de exaltação de uma pessoa na qual esta aparece como a imagem desejada para o Estado”, além de levarmos em conta a observação trazida por Ricci; Izumi; Moreira (2021, p.10), que destacam que, ainda que em seus discursos e atuação o presidente tenha adotado “uma política conciliadora, não há como não reconhecer que frequentemente ele flerta com a ideia de que a sociedade brasileira deve ser interpretada a partir do antagonismo entre dois grupos: de um lado, os pobres e, de outro, os ricos.” José Agenor por sua vez, destacou:

*“O Programa Brasil Sorridente foi idéia dele. Se alguém falar com você que foi quem criou. Não! Foi ideia dele. E ele falava comigo: “Lá quando eu era do sindicato dos metalúrgicos, quando eu não era nem presidente, que eu tinha responsabilidade de atender as pessoas, a coisa que mais me chocava é quando vinha uma pessoa, uma menina nova bonita, um rapaz novo, ou vinha com aquele bafo de cachaça, porque estava bochechando álcool devido a dor de dente. Sabe, ele era assim. Ele era um cara com uma sensibilidade muito grande.”*

Outro ponto abordado por Humberto Sérgio Costa Lima, foi que a gênese do SAMU foi influenciada pelo fenômeno do aperfeiçoamento de bem-sucedidas ações em nível municipal e estadual, isto porque:

*“Da nossa equipe também, né? Lógico que tinha uma ideia minha, pois eu vi o que o SAMU representou lá em Recife e os poucos estudos que haviam, principalmente em Porto Alegre e de Campinas eram muito animadores. Por que a assistência pré-hospitalar no Brasil não existia. Houve um tempo que tinha aquele chamado de SAMDU, Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência. Existia a assistência dos bombeiros, mas o SAMU é um tipo de atendimento pré-hospitalar que podia evitar sequelas, evitar mortes e poderia ser um avanço.”*

José Saraiva Felipe versou sobre a autoria pessoal acerca de um programa que, segundo ele, surgiu descolado de um continuum programático; todavia, enquanto uma



resposta conjectural, no intuito de aperfeiçoar e otimizar a gestão de saúde, já que segundo o mesmo:

*“Você tinha a farmácia popular. Era um posto da farmácia popular, tanto que as vezes a pessoa ia buscar um anti-hipertensivo, um atenolol, ela gastava mais com transporte do que o custo com o remédio eu imaginei que podia distribuir, chamei o pessoal do Datasus, que eu podia fazer essa distribuição em toda rede de farmácia do Brasil. Seria horizontalizar a distribuição. Agora você pode imaginar que não foi fácil não, pois eu fui na Câmara dez vezes e falavam: “Você vai é privatizar a farmácia popular”. Eu falei: “Ah não adianta eu explicar, quem vai comprar é a FIOCRUZ, não vai custar nada, eu estou simplesmente, ao invés de estar montando burocracia e estrutura para distribuir, isso vai ser distribuído na rede de drogarias.” Essa ideia, eu tive essa ideia para equalizar a distribuição. Claro que eu chamei o pessoal do Datasus, o José Agenor, o pessoal, os técnicos. Então, essa ideia foi minha.”*

Essa lógica de resposta conjectural situacional, influenciando a gênese e formulação de ações, foi abordada também por José Gomes Temporão, que trouxe, como exemplo, os bastidores do licenciamento compulsório do medicamento Efavirenz, a partir de uma demanda trazida pela base técnica ministerial, pois:

*“Quando entrei no Ministério, o pessoal do programa de AIDS virou e falou: “Ministro, nós temos um problema com o medicamento Efavirenz e é um impacto muito grande no orçamento, porque o número de pacientes que pode se beneficiar dessa droga está aumentando cada vez mais. Eles estão vendendo esse medicamento no sudeste asiático por quarenta centavos de dólar cada comprimido e a gente paga um dólar e 20 centavos, em números aproximados. É insustentável, você tem que levar isso ao presidente Lula. Isso porquê já haviam se esgotado todas as negociações de redução de preço. Mas claro, como eu tinha assumido o ministério, eu fiz um último esforço. Nós chamamos o presidente para a América-Latina do laboratório Merck, que tinha patente do Efavirenz. Eu, o ministro Miguel Jorge e o presidente da América Latina da Merck. Então, nós afirmamos que esse preço o Ministério não pagaria. Aí a resposta dele foi muito curiosa. Ele tirou um papel da pasta dele que era um Mapa Mundial, abriu sobre a mesa assim (gestos) e vários países estavam em cores diferentes. Ele falou: “ministro, a nossa empresa cobra um preço para os países vermelhos, um preço para os amarelos, e um preço para os verdes e o seu é amarelo. Eu considerei que foi agressivo!”*

Foi perceptível entre as narrativas, que todos reconheceram a estrutura ministerial e a base técnica como sustentáculo imprescindivelmente estratégico para a gênese de numerosas políticas e suas ações nacionais programáticas derivativas das, permitindo, inclusive, concluir que, independente das gestões, grande parte das criações geralmente eram oriundas da supracitada estrutura, geralmente baseada em evidências, cabendo a agenda a atores políticos que deviam selecioná-las, aperfeiçoá-las e decidirem acerca da implementação, como veremos na subcategoria seguinte.

Lamenta-se que, apesar de indicarem a atuação da base técnica ministerial na sustentação e elaboração de políticas e ações nacionais, como por exemplo, a vacina contra o Rotavírus e o Licenciamento Compulsório do Efavirenz, ações provavelmente sustentadas por evidências em consequência de meticoloso trabalho, pouco se tenha dedicado às minúcias da atuação técnica frente a tais demandas e de outras possíveis, o que aponta uma lacuna a ser suprida em trabalhos subsequentes sobre a temática.

Embora reconheçam a estrutura técnico-burocrática ministerial como a mais qualificada base subsidiadora de formulação de políticas alinhada aos preceitos do SUS, enquanto Política de Estado, em alguns momentos esses atores sociais se colocaram como autores ou construíram uma narrativa assertiva em que nominaram outros autores como exclusivos criadores e responsáveis pelas ideias acerca das políticas e programas nacionais com impacto incontestado.

Em relação à gênese do PBS, as narrativas de José Agenor e Humberto Costa podem ainda ser contrastadas com o argumento de Narvai (2020), que se dispôs a analisar a evolução histórica e gênese da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), a qual, os dois governos do presidente Lula, foi integrada ao “Plano Nacional de Saúde: um pacto pela saúde no Brasil” conforme Portaria GM/MS nº 2.607 (2004). Segundo ele, ganhou

a alcunha de PBS, expressando, assim, o apelo ao marketing social para programas nacionais, com elevada dotação orçamentária e intencionalidade de amplo espectro de alcance.

Narvai (2020) é contrário à ideia de que a gênese da PNSB ocorreu em um cenário de janelas de oportunidades, de modo abrupto, com autoria específica de um ator social, de um grupo de militantes que disputavam espaço de interesse no ministério da saúde, pois entende que há uma somatória histórica de iniciativas e movimentos políticos de pressão, composta por especialistas e entusiastas da pauta, formado por uma base de pesquisadores e dirigentes sindicais, representantes de universidades e dirigentes de entidades odontológicas públicas que lutaram e pressionaram para a criação de iniciativas e maturação de uma política nacional de assistência à saúde bucal, desde o processo de redemocratização e criação do SUS. Dentre tais iniciativas, Narvai (2020) destacou o MBRO (Movimento Brasileiro de Renovação Odontológica), o ENATESPO (Encontro Nacional de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico) e o Movimento de Saúde Bucal Coletiva (SBC), além da participação na criação da ABRASCO (Associação Brasileira de Saúde Coletiva).

Apesar de somente no ano 2000 acontecer um avanço significativo em torno da PBSB, com a implementação de equipes de saúde bucal nas equipes de saúde da família (Portaria nº 1.444), foi durante o governo Lula, de maneira estratégica e relevante, em que se considerou todo o processo de maturação e luta representativa em torno de inserção da pauta no contexto do SUS, em que se acolheu as propostas até então não priorizadas por todos ex-presidentes, desde a criação do SUS, e que, por sua vez, foram condensadas nas então “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal” do ano de 2004, que foi a base para criação da PBS (NARVAI, 2020).

Quanto ao programa Aqui Tem Farmácia Popular (ATFP), de acordo com a Portaria n.491 (2006), este foi derivado do Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPPB), conforme Decreto n.5090 (2004). Saraiva Felipe que, mais tarde, segundo Souza (2013), se aproximou de logomarcas da indústria farmacêutica como Hypermarcas e Cristália, afirmou que havia sido o principal idealizador dos programas, pois em sua narrativa, depositou o condicionamento da concretização da proposta à resolutividade acerca da distribuição, baseada em uma expertise própria, cuja “*dádiva*” oriunda da sua ideia melhoraria o acesso, embora refira à sustentação de técnicos do ministério para operacionalização e viabilização do programa.

Entretanto, considera-se que questões relacionadas à gênese do ATFP, inserido no PFPPB, carecem de mais dados, que obviamente atenuam a alegação de um programa com origem abrupta, descolado de um contexto cujas tensões e disputas ideológicas no campo da saúde e sobretudo de ordem econômica, provavelmente foram os principais motivadores, sobretudo se considerado que a primeira iniciativa de distribuição de medicamentos em farmácias populares foi o Projeto de Lei (PL) nº 4.702/1994, de autoria do deputado Eduardo Jorge que, por sua vez, segundo Alencar et. al (2018), o ATFP foi o programa que mais se assemelhou à proposta inicial de Eduardo Jorge.

Certamente o ATFP, que promovia o acesso a medicamentos usados para tratar doenças com maior prevalência na população brasileira, sobretudo utilizados no tratamento de diabetes e hipertensão, até 90% mais baratos, distribuídos nas redes varejistas do setor privado, gerou grande polêmica. A principal discussão em torno do programa foi que o mesmo faria com que o Estado subsidiasse o investimento no setor privado, em detrimento das farmácias da rede do SUS, além do acesso proposto ao medicamento ser descolado de uma concepção integralizada e de promoção de saúde,

formatando-o como um simples bem de consumo Silva & Caetano (2015), o que ia em discordâncias aos entusiastas e envolvidos com o referido programa, pois José Gomes Temporão, citado em estudo de Alencar et. al (2018) afirmou que um dos principais benefícios do referido programa seria a eficiência na distribuição, evitando desperdícios e os custos para manter uma estrutura pública de armazenamento e distribuição, geralmente onerosa e pouco eficiente.

Já em relação ao licenciamento compulsório do medicamento Efavirenz, a narrativa trazida por Temporão sintetiza bem a atuação de técnicos ministeriais na gênese e propositura de uma questão sensível, pautada em evidências, que envolveu embates na relação com o mercado farmacêutico internacional e impactou positivamente no acesso de medicamentos à portadores do HIV, além de economia gerada aos cofres públicos.

O enredo trazido por Temporão acerca do licenciamento do medicamento Efavirenz, confronta a opinião de alguns críticos jornalistas, como Azevedo (2007), que versou sobre a temática naquele período, considerando um “péssimo negócio” para o país pois, segundo Tadeu Alves, presidente da divisão latino-americana da Merck Sharp & Dohme, laboratório detentor da patente do supracitado medicamento, ao agir de maneira inflexível e de forma intempestiva, os gestores do Ministério da Saúde contribuíram para a perda de uma vantajosa proposta de redução de 30% do preço do medicamento, seguido pela promessa de produção do medicamento no país em 2008, além de transferência de tecnologia para o Laboratório Federal Farmanguinhos, em 2010.

Obviamente que nessa relação de disputa econômica entre a Indústria Farmacêutica e o Estado existem justificativas fundamentadas, de ambos os lados, já que os primeiros consideram que regimes de proteção patentária rigorosos, garantem preços elevados e resultados lucrativos para os primeiros, ativos necessários para investimento

em novas pesquisas e conseqüente desenvolvimento de novos fármacos, enquanto o segundo, especificamente nos países em desenvolvimento, alegam que preços elevados diminuem consideravelmente o acesso a esses medicamentos. No caso do Efavirenz, naquele período, é preciso ressaltar que era o medicamento mais custo-efetivo para o tratamento da AIDS, consumido por cerca de 40% dos indivíduos acometidos pela patologia (RODRIGUES & SOLER, 2009).

A última frase extraída do excerto selecionado do depoimento de Temporão, em que considerou intransigente e agressiva a resposta dada pelos representantes do mencionado laboratório, evidencia as raízes da gênese de tal ação, isto porque, como afirmou Rodrigues & Soler (2009), reuniões, encontros e diálogos com representantes da divisão latino-americana do laboratório Merck Sharp & Dohme se arrastaram desde novembro do ano de 2006, período anterior inclusive à gestão do ex-ministro Temporão. Assim, houve de fato interesse de negociação por parte do ministério da saúde e seus representantes, visto que, dada a escalada de gastos com medicações antiretrovirais naquele período, solicitava que o laboratório cobrasse US\$ 0,65 por comprimido de efavirenz de 600 mg, preço praticado para países como a Tailândia, e não os US\$ 1,11 proposto, 30% a menos do preço que era praticado no Brasil (US\$ 1,59) (RODRIGUES & SOLER, 2009).

Com o desdobramento da situação, o Decreto 6.108/2007 (BRASIL, 2007) foi assinado pelo presidente Lula, oficializando o licenciamento compulsório do Efavirenz, permitindo a importação da matéria-prima, com início da produção em 2009 pelo laboratório Farmanguinhos (Fundação Oswaldo Cruz), ação inédita até então, diferente das ameaças de quebra de patente, seguida por negociação de preços de antiretrovirais

nos anos de 2001, 2003 e 2005, representando uma economia, à época, de mais de US\$ 30 milhões com referido medicamento (RODRIGUES & SOLER, 2009).

#### **4.3.4.2 -Reminiscências Sobre a Decisão da Implementação**

Uma vez apresentada as nuances de criação e elaboração de ações federais de saúde, se faz necessário, apresentar condicionantes que influenciaram as tomadas de decisão direcionadas às implementações de tais ações. Humberto Costa e Arthur Chioro trouxeram peculiaridades que mostraram interdependência de fatores envolvendo definição de decisão presidencial acerca da implementação de três programas federais - SAMU, Farmácia Popular e Brasil Sorridente, como se percebe na seguir:

*“Só para dar um exemplo de duas coisas diferentes, o Brasil Sorridente estava mais na cabeça do LULA do que propriamente na cabeça do Humberto e, aí, nós recebemos a responsabilidade, só que a saúde bucal fazia mais sentido ter prioridade do que a farmácia popular na nossa cabeça; então, tinha menos resistência técnica e tal, mas, de qualquer maneira, foi uma janela de oportunidades.(Entrevista concedida por Arthur Chioro, virtualmente, 12 fev. 2020)”*

*“A ideia da Farmácia Popular, a ideia do próprio Estado vender medicamentos, ela não pegou muito bem na nossa turma, houve muita resistência, isso foi motivo de tensão muito grande com o próprio presidente. O que ele dizia era o seguinte: Olha, se você resolver a farmácia popular e o programa sorridente, pode fazer isso. Então, o SAMU foi um pouco mais difícil de conseguir respaldo do presidente, embora nunca em nenhum momento interferiu para dizer não faça e inclusive, alguns anos depois ele se tornou fã desse programa, não é? Mas a gente foi desenvolvendo.*

A partir dessas falas, nota-se que, conforme afirmou Batista (2013), os Presidentes da República geralmente centralizam, na presidência, ou delegam aos atores executivos, decisões de ordem diversas, sendo tarefa difícil identificar em quais circunstâncias ou por quais motivos assim o fazem. Geralmente, quando ocorre distância ideológica com os

atores executivos, sobretudo no cenário do presidencialismo brasileiro de coalizão (Abranches 2018), em que há uma “difícil combinação” entre presidencialismo e multipartidarismo (MAINWARING, 1993), a tendência é centralizar decisões na presidência, embora pareça não ser a situação das narrativas acima. Todavia, conforme afirmou Araújo (2017), apesar da mesma filiação partidária, Humberto Costa não tinha muita proximidade e história com pessoas do movimento sanitário que ocupavam funções estratégicas no Ministério da Saúde, de modo que isso contribuiu para a inserção de reconhecidos quadros de sanitaristas em posições decisórias atinentes à definições de políticas e ações durante sua gestão, o que colaborou corroborando para um quadro de disputa internas, o que pode explicar a centralidade e prioridade na definição de um programa pelo presidente, em discordância com sua avaliação, mas cuja viabilidade foi usada como barganha para decisão de implementação de outra ação nacional de quilate equivalente, de interesse do então ministro da saúde – o SAMU.

Em outras duas situações envolvendo a decisão de implementação de ações permeadas de tensionamentos com a indústria e o mercado farmacêutico, notou-se que, embora a ideia sobre determinada ação já estivesse pré-concebida, a dinâmica da tomada de decisão foi mais uma vez centralizada e avalizada pela figura presidencial, o que não deprecia a atuação do ator ministerial enquanto intermediador, sustentado por evidências e por suporte de atuação da equipe técnica ministerial, como se pode ver a seguir:

*“Eu fui ao presidente Lula, expus e o presidente falou: “Então o que você quer fazer?” Eu respondi: “nós vamos fazer o licenciamento compulsório presidente, vamos quebrar a patente”. Então ele falou: “Você tem certeza?” Eu respondi: “Absoluta, mas preciso da sua ajuda, temos que ter uma articulação de todo o governo, o Celso Amorim do Itamaraty, da Indústria e Comércio, do Tribunal de Contas da União, da Controladoria Geral da União, da Advocacia Geral da União, do Ministério da Ciência e Tecnologia; enfim, nós temos que criar um grupo para que esse processo se dê de maneira organizada”. Então, ele me autorizou, sentei com o Celso Amorim, que sempre apoiou, mas me alertou que seria uma bomba atômica, tanto que ele*



*falou: “Você vai confrontar direto com os Estados Unidos de frente, pois a Merck é uma empresa americana”. Dias depois eu assinei.*

*“Quantas pessoas vão buscar anti-hipertensivo, hipoglicemiante na farmácia popular? “Então você pode marcar a reunião!” e ele me perguntou: “Quer dizer que se eu estiver, que se eu estive em São Bernardo do Campo, eu descer na rua, tem uma farmácia na esquina, eu posso pegar meu remédio? Pode! E vai ser de graça? Vai!” “Olha Saraiva, sabe de uma coisa? Marca a reunião. Foi uma reunião estupenda, você não imagina o que tinha de posto, farmácia, drogaria. Mas tudo é uma luta política, porque você tinha uma oposição ao governo LULA, dizendo que o Tesouro não daria conta de sustentar esse gasto, o que se mostrou ridículo. Até hoje você distribui isso. (...) Agora, para ela virar realidade, teve que passar pelo LULA pois, no Congresso, eu tinha parte que fazia oposição ao Governo, dizia que era mais uma bolsa, dizia que era mais um gasto público, que o Estado não daria conta, por aí. E pela esquerda, não mexer com negócio de privatizar.*

Nessa situação em específico, percebe-se que dois ministros com reconhecida trajetória de atuação na saúde pública brasileira, que não faziam parte da legenda partidária do presidente, já que pertenciam ao PMDB, principal partido de coalizão política com o PT, apesar de alinhamentos ideológicos convergentes em alguns pontos, agiram sobre a mesma temática – medicamentos, com abordagens diferentes, uma mais conciliadora e outra mais tensionada, em determinada parte influenciada pelos perfis de atuação de cada um deles. Saraiva Felipe mais político e mediador, enquanto Temporão, mais técnico e menos alinhado às questões político-partidárias. Além disso, há que se considerar, como aponta Hochman (2018), que eventos políticos como esses se dão em contextos históricos que influenciam diretamente a decisão desses atores e estes, por sua vez, aprendem ao longo do tempo, uma vez que escolhas cruciais e que repercutem nacionalmente, como as trazidas aqui, são feitas muitas das vezes em conjunturas sociais críticas e complexas.

Tomando por base ambas as situações acima relatadas, deve-se considerar a tomada de decisão em situações de ordem mais delicadas, que demandam constrangimentos, envolvendo relações com o mercado financeiro, indústria, relações

internacionais e de soberania nacional, são compartilhadas e avaliadas pelo chefe do executivo federal, que considera dentre outras variáveis, o equilíbrio entre o momento econômico, necessidade de atender acordos firmados com grupos de interesse, impacto real das ações sobre a saúde da população e repercussão/aprovação midiática e popular, como provavelmente aconteceu em torno da decisão acerca do licenciamento compulsório do efavirenz, pois a administração da política externa do governo Lula, como afirmou Vigevani (2007), não se afastou da tradição e compreensão da estratégia da política externa enquanto essencial para desenvolvimento econômico, podendo haver, como definiu Lafer (2001. p.108), uma "mudança dentro da continuidade" e até de estratégias para lidar com situações e conjecturas históricas diferentes, ou seja, enquanto com Saraiva Felipe, em um momento de coalizão política necessária com o PMDB, o presidente chancelou uma ação que agradou o mercado interno farmacêutico e grupos de interesses associados, em contrapartida, no primeiro ano do segundo mandato, em uma condição de governabilidade e situação econômica mais consolidada, avalizou uma ruptura com o mercado farmacêutico internacional, assumindo a miríade de efeitos colaterais negativos que esse procedimento pudesse causar.

Além do exposto até aqui, de acordo com Faria (2003), há uma diversidade de abordagens e modelos teóricos disponíveis que podem ser aplicadas ao processo analítico de políticas públicas como essas, úteis para compreensão do processo de decisão e formulação das mesmas.

Assim destaca-se, alguns modelos teóricos mais comumente aplicados para análise de políticas públicas, como bem destacou Almeida & Gomes (2018) e Machado (2006), como, por exemplo, o dos múltiplos fluxos (multiplex streams), elaborado por John Kingdon em 1984; o modelo de coalizões de advocacia (advocacy coalitions

framework), elaborado por Paul Sabatier e Jekins-Smith em 1993; e o modelo de equilíbrio pontuado (punctuated equilibrium), elaborado por Frank Baumgartner e Brian Jones em 1993. Entende-se também que outras vertentes teóricas, em menor proporção, podem ser aplicadas para o entendimento do fenômeno supracitado, sobretudo os conceitos de Arenas Sociais e das abordagens institucionalistas e neo-institucionalistas, considerando, assim, sua influência na modulação das escolhas dos tomadores de decisão (SOUZA, 2006).

É, ao mesmo tempo, tentador e desafiador, com base nas narrativas apresentadas, tentar enquadrar os excertos dos depoimentos expostos aqui de acordo às propostas teóricas supracitadas; todavia, entende-se o dinamismo que envolve o processo de formulação e tomada de decisão, em que mais de uma abordagem encontra-se presente em determinadas ações, programas ou políticas. Todavia, ainda sem a profundidade devida, dada as limitações de apresentação do presente expediente, podemos aplicar as influências contidas nas diferentes tipologias, para compreender o fenômeno em análise.

Assim, pode-se aproximar analiticamente do modelo de múltiplos fluxos proposto por Kingdom (2003), com base nos discursos trazidos por Arthur Chioro e Humberto Costa, para a compreensão de como houve a convergência de três fluxos (problemas, político, soluções), para abertura de uma janela de oportunidades e decisão acerca do PBS e do SAMU, conceito de janelas de oportunidades que também pode ser aplicado à decisão do licenciamento compulsório trazido por José Gomes Temporão; ou de outro modelo teórico, chamado de garbage can (lata de lixo), criado por Cohen, Mach e Olsen (1972), em que paulatinamente vários tipos de problemas e soluções são apresentados pelas instituições e conseqüentemente são escolhidos ou não, à medida que aparecem, já que as organizações escolhem as preferências para soluções dos seus problemas; ou ainda

sobre o modelo de equilíbrio pontilhado de Baumgartner & Jones (1993), frequentemente utilizado para explicar como determinada ação ou política sofre alterações apenas de ordem incremental (mantendo o status quo) ou passa por mudanças radicais (rompendo o status quo), como aconteceu com PFPB, quando incrementalmente Saraiva Felipe propôs o ATFPB, ou também acerca da decisão sobre o licenciamento compulsório do efavirenz, em que, de modo radical, a decisão rompeu com a tradição de negociação de preços de medicamentos.

Ademais, há que se considerar a complexidade da análise dessas questões vinculadas ao processo de tomada de decisão e, muito embora tenha exemplificado possibilidades para uma análise mais aprofundada, considera-se que seria displicência acreditar que as possibilidades de análise apresentadas no parágrafo acima se reduzem à classificação hermética das narrativas frente ao enquadramento tipológico, pois pressupõe-se que mais de um modelo analítico pode ser aplicado à compreensão de determinada decisão, acerca de ações nacionais específicas.

Leva-se em conta também, que a maioria das decisões acerca das ações nacionais apresentadas nos relatos dos participantes da pesquisa, geralmente sofreram influências por parte da composição de subsistemas de valores, crenças e idéias, recursos disponíveis e além é claro, há o fator de visibilidade de determinado problema em detrimento de outro pelos tomadores de decisões e empreendedores de políticas públicas, ou seja, existem eventos pouco controlados, que fazem com que esses atores enxerguem determinados problemas e ignorem outros, influenciados por fatores como indicadores proveniente de grupos de especialistas; situações de impacto como desastres, emergências ou permanência de problemas, além de retornos negativos acerca da avaliação de políticas e ações diversas. (SOUZA,2006).

Uma outra variável que se fez presente nos depoimentos de alguns ministros e que influencia diretamente no processo de tomada de decisão, foi a permanente capacidade de enfrentamento de lobbys e pressões setoriais enquanto influenciadores importantes na tomada de decisão acerca de algumas ações, muito embora mencionadas de forma genérica, como José Agenor expressou, pois: *“Os lobbies que eram feitos, principalmente por lobbies parlamentares e que você tinha que conviver com aquilo e você tinha de ter a capacidade de tomar a decisão; então, essa era uma das questões que eu sentia mais dificuldades de conviver, mas convivia.”*

Percebe-se, então, com base na narrativa a seguir, de Jose Agenor, que não é equivoco afirmar que com o aperfeiçoamento do SUS e atuação consolidada de gestores à frente do ministério da saúde, independente da intencionalidade, a perseguição de decisão acerca de políticas e seus derivativos que pudessem favorecer esses atores em um possível cenário de disputa político-eleitoral, foi sim um ativo de perseguição contínua e uma estratégia utilizada por muitos, influenciando na tomada de decisão, como se pode ler a seguir:

*Eu não estou falando que não haja só para aquilo de: “ Olha, vou fazer isso por quero fazer marketing para meu nome aparecer”. Não vou te dizer que não tem. Tem! Está certo, isso aí é fato de você verificar que tem, que você sabe que tem. Não vamos ser ingênuos de falar que não, que todo mundo é santo. Não! Eu estou te falando assim. Se você pegar três grandes políticas, a de Medicamentos Genéricos, SAMU e Mais Médicos, você verá que a primeira ficou ligada ao Serra, a primeira associa genérico ao Serra, enquanto que o SAMU não deu isso na mesma proporção para o Humberto Costa, nem o Mais Médicos na mesma proporção para o Padilha. Na questão do Humberto Costa isso foi diluído por outras questões e, na questão do Padilha, eu acho que ficou sendo muito mais uma ação de apelo político da Presidente Dilma na época, do que propriamente do Padilha.”*

Nota-se que a decisão sobre a formulação e consequente implementação de determinadas políticas, geram ativos que são usados politicamente a posteriori, fenômeno

que, se levarmos em conta o argumento de Costa (2002), pode ter sua raiz histórica, ou ao menos ficado mais perceptível, a partir da gestão do ex-ministro José Serra, uma vez que dado a ambição na linha sucessória presidencial de Fernando Henrique Cardoso, foi necessária a adoção de atuações, àquela época, que lhe conferissem visibilidade nos meios de comunicação de massa e consequente força política para o enfrentamento de situações delicadas do sistema de saúde do Brasil.

Assim, enquanto estratégia, dotou-se o próprio Ministério da Saúde de força política, já que historicamente era um ministério desprestigiado, ao passo que, com ações de repercussão, como, por exemplo, a aprovação da Emenda Constitucional n. 29, se desconstruía a imagem junto a mídia, deixada por Adib Jatene, seu antecessor, de "pedinte com o chapéu estendido" fosse no Congresso Nacional, bem como nas tensas relações com o Ministério da Fazenda do seu próprio partido (Costa 2002). Todavia essas denominadas políticas de impacto, com forte apelo midiático, amplo espectro de abrangência e elevada dotação orçamentária, apesar de "incidirem sobre aspectos importantes das carências e necessidades de atenção" (TEIXEIRA & PAIM, 2005, p.276) e de certa forma produzirem impactos positivos em determinados nichos da assistência à saúde, reforçavam a tendência de privilegiar projetos de impacto na mídia em detrimento de políticas públicas comprometidas com a radicalização da Reforma Sanitária Brasileira" (TEIXEIRA & PAIM, 2005, p.276).

Lamenta-se a ausência de falas referentes à participação popular, além da ausência de narrativas de situações que expusessem constrangimentos, frustrações, tensões e divergências atinentes à disputas em torno do processo de formulação e decisão. Parece que os participantes do estudo optaram por fabricar uma narrativa, baseada em reminiscências munidas de saudosismo, contemplação e exuberância do espírito

construtor, ou seja, optaram por fazer emergir apenas memórias mais afetivas, de atos bem sucedidos e pouco controversos, corroborando com a tentativa de construção do que Amossy (2006), chama “de um ethos ideal” (imagem de si nos discursos) em torno da atuação individual e institucional na formulação e decisão de implementação de ações nacionais de saúde.

Entende-se que as narrativas construídas e analisadas se basearam em uma ancoragem discursiva que, ainda que com riqueza de confidências até então não ditas à comunidade científica, se subordinaram a um *modus operandi* cauteloso em torno da exposição do privado, uma vez que tais atores sociais, estão ainda alinhados às regras do campo político, em que se prevalece a retórica do oficial, situação que com base nas ideias de Bordieu:

*“a analogia teatral: é estar no palco. Daí o laço essencial entre o público, o oficial e a teatralidade: os atos privados são invisíveis, são atos de bastidores, de fundos de loja; ao contrário, o público opera-se à vista de todos, diante de uma audiência universal, na qual não é possível selecionar, ou chamar alguém à parte e dizer: ‘Eu lhe falo confidencialmente’”.* (BORDIEU, 2014, p.112)

#### **4.3.5 - CONCLUSÕES**

Tentar analisar nuances atinentes ao surgimento, maturação e consolidação de ações, programas e políticas federais de saúde no âmbito do SUS não é uma tarefa simples. Sintetizar e apresentar, de maneira organizada, as variáveis que permearam o processo de gênese e tomada de decisão sob a ótica ministerial, foi uma alternativa didática e metodológica imprescindível de forma transparente respeitando-lhes a origem proveniente de memórias que, por inúmeros e diferentes motivos, marcaram a trajetória profissional e de vida dos atores sociais envolvidos no estudo.

Obviamente que, na prática, as ações que influenciam a gênese e tomada de decisões são guiadas por dinâmicas diversas, que, na maioria das vezes, não obedecem a uma pré-programação, apesar de se considerar a importância e existência do processo de planificação e programação, na estrutura ministerial.

O processo de gênese das ações federais de saúde, apresentados aqui, que se consolidaram e caracterizam-se posteriormente pela sua ampla repercussão midiática social, amplo espectro de abrangência e elevada dotação orçamentária, estiveram geralmente, segundo os relatos, subordinados ao processo autoral de criação, vinculados às figuras de ex-secretários executivos, ex-ministros da saúde, e pelo presidente da república em exercício, sobretudo o presidente LULA.

Em contrapartida, apesar da autoria manifesta na maioria das ações, foi consensual que o processo de gênese obedeceu a uma lógica estruturante fixa, suprapartidária, alinhada à estrutura técnica organizacional ministerial e suas lógicas de programação em saúde, embora expressa de maneira superficial nos depoimentos.

Além da atribuição do processo autoral de criação, propriamente dito, notou-se a existência de circunstâncias situacionais motivadoras que sustentaram o processo de gênese, que surgiram como uma resposta, em determinado momento, conjectural e reativa frente ao incremento, aperfeiçoamento e otimização da gestão em saúde, ou, em alguns momentos, como ampliação de ações bem sucedidas e testadas previamente em nível estadual e municipal. Por mais que viessem à tona e fossem eleitas como uma ação, política e/ou programa, não era algo abrupto; sempre estava ancorada em segmentos da estrutura burocrática do ministério da saúde.

O processo decisório por sua vez, sobretudo de ações e políticas que implicaram maior impacto, fosse pela sua elevada dotação orçamentária, repercussão midiática



programada ou pelo espectro social abrangente, esteve na maioria das vezes, sob os desígnios exclusivos do presidente da república em exercício, embora se tenha notado que havia um consenso dialógico entre os ministros e o presidente, que avalizava decisões dessa monta.

Tomadas de decisões que envolveram ações federais importantes, mas cujas implicações orçamentárias e de cenários fossem menos dispendiosas e conflituosas, geralmente estiveram subordinadas à autonomia do ministro que exercia o cargo. Interessante notar inclusive que, embora seja um cargo de forte apelo político, a maioria dos ministros estudados possuíam trajetória e formação técnica na saúde pública, sendo perceptível em todos os relatos, que os mesmos atuaram com certo grau de autonomia e canal de comunicação aberto para compartilhar decisões mais sensíveis e que careceriam de sustentação política ou não, pelo presidente da república em exercício.

Percebeu-se também que o processo o decisório foi cercado de circunstâncias que os motivaram e os subsidiaram, incluindo-se entre eles, desde viabilidade orçamentária para nortear e autorizar a implementação de determinada ação, alinhamento à agenda e motivações próprias presidenciais, avaliação de potencialidade da ação se constituir importante ativo político, além da capacidade e habilidade em negociar e mediar situações permeadas por esses condicionantes e potenciais constrangimentos políticos que causariam.

Notou-se que, provavelmente, pelo fato de que quatro dos seis entrevistados tivessem atuado durante os governos do ex-presidente Lula, a participação ativa, seja na gênese autoral e no processo decisório, do referido presidente, o que não invalidou a autonomia e atuação desses ex-ministros.

Por fim registre-se que as reflexões trazidas através desta pesquisa passaram contribuir para entendimento do processo de gênese e tomada de decisão ministerial, mas sem a ambição de esgotar a temática.

Acrescenta-se ainda, com a devida precaução, que, essa interpretação historiográfica é apenas uma de tantas outras possíveis já que, em uma dinâmica complexa como essa, diferentes atores sociais (técnicos e políticos) são envolvidos, sendo imperativa a necessidade de continuar e ampliar essa linha investigativa, principalmente a partir de relatos de outros atores sociais de importância equivalente para a compreensão do fenômeno, mas com exposição e ocupação hierárquica inferior no Ministério da Saúde.

#### **4.3.6 - REFERÊNCIAS:**

1. ABRANCHES Sérgio. *Presidencialismo de Coalizão.: raízes e Evolução do Modelo Político Brasileiro*. 1. Ed. São Paulo: Companhia das Letras; 2018.
2. ALMEIDA, Lia A.; GOMES, Ricardo C. Processo das políticas públicas: revisão de literatura, reflexões teóricas e apontamentos para futuras pesquisas. *Cad. EBAPE.BR*, Rio de Janeiro , v. 16, n. 3, p. 444-455, set. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1679-395164108>. Acesso em: 30 mar. 2021. . =
3. ALENCAR, Tatiane de O. S. et al. Programa Farmácia Popular do Brasil: uma análise política de sua origem, seus desdobramentos e inflexões. *Saúde em Debate*. 2018; vol. 42, n.spe2, p.159-172. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S211>. Acesso em: 05 dez 2021.
4. ARAÚJO, Carmen E.L. Estado e mercado, continuidade e mudança: a dualidade da política de saúde nos governos FHC e Lula. Tese (Doutorado em Ciência

- Política) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017. Disponível em: [https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUOS-B33M3G/1/tese\\_dcp\\_ufmg\\_carmem\\_leit\\_o\\_biblioteca\\_arial.pdf](https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUOS-B33M3G/1/tese_dcp_ufmg_carmem_leit_o_biblioteca_arial.pdf). Acesso em: 8 jun. 2021.
5. AMOSSY, Ruth. *Imagens de si no Discurso: a construção do ethos*. 3ª ed. São Paulo, Contexto; 2016.
  6. AZEVEDO, Reinaldo. Uol – Universo Online. Por que a quebra de patente foi um péssimo negócio para o Brasil. 12, maio de 2007. Disponível em: <https://veja.abril.com.br/blog/reinaldo/veja-3-por-que-a-quebra-de-patente-foi-um-pessimo-negocio-para-o-brasil/>. Acesso em: 02 out. 2021.
  7. BATISTA, Mariana. O poder no Executivo: uma análise do papel da Presidência e dos Ministérios no presidencialismo de coalizão brasileiro (1995-2010). *Opin. Publica*, Campinas. 2013, v. 19, n. 2, p. 449-473. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-62762013000200009> . Acesso em: 07 dez 2021.
  8. BORDIEU, Pierre. *Sobre o Estado*. 1. ed. São Paulo: Companhia das Letras; 2014. p.576.
  9. BAUMGARTNER, F.; JONES, B. Punctuated equilibria in politics. In: BAUMGARTNER, F.; JONES, B. *Agendas and instability in American politics*. Chicago: University of Chicago Press, 1993. p. 3-24.
  10. BRASIL. Resolução 466 de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 12 de dezembro de 2012. Disponível em:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)

Acesso em: 07 dez 2021.

11. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Galeria dos Ministros. 2020. Disponível em: <<http://bvs.saude.gov.br/promocao-da-saude-3/83-galeria-dos-ministros>>.

Acesso em: 10 out. 2020.

12. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.607, de 10 de dezembro de 2004. Aprova o Plano Nacional de Saúde/PNS - Um Pacto pela Saúde no Brasil. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 11 de dezembro de 2004.

Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saudemental/legislacao.php>. Acesso em: 07 dez 2021.

13. BRASIL. Decreto nº 6.108, de 04 de maio de 2007. Concede licenciamento compulsório, por interesse público, de patentes referentes ao Efavirenz, para fins de uso público não comercial. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2007/decreto/d6108.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6108.htm).

Acesso em: 07 dez 2021.

14. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 29 de dezembro de 2000; Disponível em: <http://www1.saude.rs.gov.br/dados/11652497918841%20Portaria%20N%BA%201444%20de%2028%20dez%20de%202000.pdf>. Acesso em: 07 dez 2021.[

15. BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Brasília; 2004.

16. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 491, de 09 de março de 2006 Dispõe sobre a expansão do Programa “Farmácia Popular do Brasil”. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 10 de março de 2006. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0491\\_09\\_03\\_2006\\_comp.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0491_09_03_2006_comp.html). Acesso em: 07 dez 2021.
17. BRASIL. Decreto nº 5.090, de 20 de maio de 2004. Regulamenta a Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004, e institui o programa "Farmácia Popular do Brasil", e dá outras providências. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0491\\_09\\_03\\_2006\\_comp.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0491_09_03_2006_comp.html). Acesso em: 07 dez 2021.
18. CARNUT, Leonardo. Planejamento e programação de ações em saúde: conceitos, importância e suas influências na organização dos serviços de saúde bucal. *J Manag Prim Health Care*. 2012, vol.3, n.1, pp.53-61. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/jmphc.v3i1.118>. Acesso em: 14 jun. 2021.
19. CHARAUDEAU, Patrick. *Discurso Político*. 2. ed. São Paulo: Contexto; 2018.
20. COHEN Michael D; MARCH James G; OLSEN Johan P. A Garbage Can Model of organization choice. *Administrative Science Quarterly* 1972; 17(1):1-25.
21. COSTA, Ricardo C.R. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. *Revista de Sociologia e Política* [online]. 2002, 18:49-71. [Acessado 21 Novembro 2021]. Disponível: <<https://doi.org/10.1590/S0104-44782002000100005>>. Acesso em: 06 out. 2021.
22. FARIA, Carlos A. P. Idéias, conhecimento e políticas públicas: um inventário sucinto das principais vertentes analíticas recentes. *Rev. bras. Ci. Soc.* 2003,

- vol.18, n.51, pp.21-30. Disponível em:<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-69092003000100004>. Acesso em: 10 jun. 2021.
23. FREITAS, Sônia M. História oral: possibilidades e procedimentos. 2. Ed. São Paulo: Associação Editorial Humanitas; 2006.
24. HOCHMAN, Gilberto. História e Políticas Públicas. In: Marques, Eduardo; Faria, Carlos Aurélio Pimenta. (org.)A Política Pública como Campo Multidisciplinar. 2ª ed. São Paulo: Unesp; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018.
25. JUSTO, Adriana M. A formulação de uma política: contexto, atores e ideias na análise da política nacional de humanização (HUMANIZASUS). São Paulo: HUCITEC; 2019.
26. LAFER, Celso.A identidade internacional do Brasil e a política externa brasileira: passado, presente e futuro. São Paulo: Editora Perspectiva; 2001.
27. LINDBLOM, Charles E. O processo de decisão política. Tradução Sérgio Bath. Brasília. Editora Universidade de Brasília (UnB); 1981.
28. LOWI, Theodor. “American Business, Public Policy, Case Studies and Political Theory”, World Politics.1964, 16(4): 677-715. 1964.Disponível em:<https://doi.org/10.2307/2009452>. Acesso em: 10 abr. 2021.
29. MACHADO, CristianiV. 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.
30. MACHADO, CristianiV. Prioridades de saúde no Brasil nos anos 1990: três políticas, muitas lições. Revista Panamericana de Salud Pública. 2006, v. 20, n. 1, p. 521-532. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/7948?locale-attribute=pt>. Acesso em: 04 out. 2021.

31. MAINWARING, Scott. 1990. "Presidentialism in Latin America." *Latin American Research Review*. 1993, vol. 26, n.2, p.198-228.[Acessado 1 Dezembro 2021]. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0010414093026002003>. Acesso em: 05 out. 2021.
32. MINAYO, Maria C.S. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2014..
33. NARVAI, Paulo C. Ocaso do ‘Brasil Sorridente’ e perspectivas da Política Nacional de Saúde Bucal em meados do século XXI. *Tempus, actas de saúde colet.*2020; vol. 17, n.1, pp. 175-187.Disponível em:<https://doi.org/10.18569/tempus.v14i1.2622>. Acesso em: 07 dez 2021.
34. PAES DE PAULA, Ana P. Administração pública brasileira entreo gerencialíssimo e a gestão social. *Revista de Administração de Empresas*. 2005, v. 45, n. 1, pp. 36-49. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-75902005000100005>>.DOI:<https://doi.org/10.1590/S0034-75902005000100005>.Acesso em 03 nov 2021
35. PEDONE, Luiz. Formulação, implementação e avaliação de políticas públicas. Brasília, Fundação Centro de Formação do Servidor Público — FUNCEP; 1986.
36. RICCI, Paolo; IZUMI, Mauricio; MOREIRA, Davi. O POPULISMO NO BRASIL (1985-2019) Um velho conceito a partir de uma nova abordagem. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. 2021, v. 36, n. 107. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/3610707/2021>>. Epub 16 Jun 20.DOI:<https://doi.org/10.1590/3610707/2021>.Acesso em 03 nov 2021.

37. RICOUER, Paul. A memória, a história, o esquecimento Campinas (SP): Unicamp; 2007.
38. SOUZA, Celina. Políticas públicas: uma revisão da literatura. Sociologias, Porto Alegre , n. 16, p. 20-45, dec. 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1517-45222006000200003>. Acesso em 30 jul.2021.
39. SILVA, Rondineli M; CAETANO, Rosangela. Programa "Farmácia Popular do Brasil": caracterização e evolução entre 2004-2012. Ciência & Saúde Coletiva. 2015, vol.20, n.10, p. 2943-2956. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.17352014>. Acesso em: 06 dez 2021.
40. SOUZA, Josias de. Uol – Universo Online. Deputado admite em fitas que recebe propinas. 19, outubro de 2013. Disponível em: <https://josiasdesouza.blogosfera.uol.com.br/2013/10/19/deputado-admite-em-fita-que-recebe-propinas/>. Acesso em: 01 out. 2021.
41. TEIXEIRA, Carmen F. Enfoques Metodológicos do Planejamento em Saúde. In: Planejamento em saúde : conceitos, métodos e experiências. Carmen Fontes Teixeira (organizadora). - Salvador : EDUFBA; 2010.
42. TEIXEIRA, Carmem F; PAIM Jairnilson S. A política de saúde no governo Lula e a dialética do menos pior. Saúde em Debate. 2005; V. 29, n.71, pp. 268-283. Disponível em: <http://www.repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/6037>
43. KLEBA, Maria E; ZAMPIROM, Keila; COMERLATTO, Dunia. Processo decisório e impacto na gestão de políticas públicas: desafios de um Conselho Municipal de Saúde. Saude soc. 2015, v. 24, n. 2, p. 556-567. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015000200013>. Acesso em: 06 dez 2021.



44. RODRIGUES, William C. V, SOLER, Orenzio. Licença compulsória do efavirenz no Brasil em 2007: contextualização. Rev Panam Salud Public. 2009, vol. 26, n.6, p. 553-559. Disponível em: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892009001200012](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892009001200012). Acesso em: 03 out. 2021.
45. VIGEVANI, Tullo; CEPALUNI, Gabriel. A política externa de Lula da Silva: a estratégia da autonomia pela diversificação. Contexto Internacional [online]. 2007; 29(2): 273-335. [Acessado 21 Novembro 2021]. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-85292007000200002>>. Acesso em: 04 out. 2021.
46. KINGDOM, John . W. Agendas, alternativas and public policies. 2. ed. Ann Arbor, : University of Michigan, 2003.
47. WEFFORT, Francisco. O populismo na política brasileira. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1989.

## *4.4 - Artigo 4<sup>iv</sup>*

---

<sup>iv</sup> Manuscrito que contou com a colaboração na revisão crítica do Professor Jairnilson Silva Paim, sendo submetido em 10/03/2022 à Revista Baiana de Saúde Pública, encontrando-se em processo de avaliação.

*“O jogo é muito bruto, não é para amador”*: concepções de ex-ministros da saúde sobre a Reforma Sanitária Brasileira (2002 a 2015)

*“The game is too rough, it’s not for amateurs”*: conceptions of former minister of health on Brazilian Health Reform (2002 to 2015)

*“El juego es demasiado duro, no es para aficionados”*: concepciones del exministros de salud sobre la Reforma de Salud Brasileña (2002 a 2015)

Danilo Fernandes Brasileiro<sup>1</sup>

Maria Cristina da Costa Marques<sup>2</sup>

**4.4.1 - Resumo:** Estudo histórico de abordagem qualitativa, que objetivou identificar e analisar as concepções acerca da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), que seis ex-ministros da saúde do Brasil possuem e que provavelmente cumularam ao longo das suas trajetórias enquanto executivos federais de saúde (2002 a 2015). Foram extraídos trechos de entrevistas realizadas entre os anos de 2018 e 2019, sendo que tais excertos foram analisados e discutidos à luz do referencial teórico-filosófico de Jairnilson Paim. Foi possível identificar e contrastar os principais conceitos acerca da RSB desenvolvidos por Jairnilson Paim com os discursos dos ex-ministros, como por exemplo, “revolução passiva”, “transformismo”, “retórica sanitária”, “fantasma da classe ausente”. Conclui-se que o conhecimento e análise de tais concepções são pistas úteis à compressão da política de saúde brasileira nas últimas décadas, sendo necessário que estudos nessa direção sejam construídos continuamente no intuito de não retrocedermos e colaborar dentre outras coisas, para que se elimine a retórica detratória que posiciona a RSB como utopia e fetiche, enquadrando-a como uma possibilidade real e uma necessidade concreta. **Palavras-chave:** Saúde pública; História; Política; Reforma Sanitária Brasileira; Ministros de estado.

**4.4.1 -Abstract:** Historical study with a qualitative approach, which aimed to identify and understand the perceptions about the Brazilian Health Reform (RSB) that six former ministers of health in Brazil have and that probably accumulated healthy health ministers throughout their trajectories (2002 a 2015). Excerpts from interviews carried out in 2018 and 2019 were extracted, and these excerpts were analyzed and discussed in the light of

---

<sup>1</sup> Mestre em Ciências pela UNIFESP. Doutorando do Programa de Pós Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo – SP, Brasil; <http://orcid.org/0000-0002-3905-7579>; E-mail: [danilo.brasileiro@hc.fm.usp.br](mailto:danilo.brasileiro@hc.fm.usp.br)

<sup>2</sup> Doutora em História Social. Professora da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo – SP, Brasil; <http://orcid.org/0000-0002-7461-3710>; E-mail: [mcmarques@usp.br](mailto:mcmarques@usp.br)

Jairnilson Paim's theoretical-philosophical framework. Identifying and contrasting the main concepts of the RSB was possible by Jairnilson developed with the speeches about former ministers, such as “revolution”, “transformism”, “sanitary rhetoric”, “ghost of the absent class”. It is concluded that conceptions and ranges are elaborated from other studies that study the Brazilian health intention in the last dates and groups of studies that are being elaborated with the purpose of Brazilian health. detractor rhetoric that needs to position the RSB as a utopia and a fetish, framing it as a real and a concrete possibility. **.Keywords:** Public health; History; Politics; Brazilian Health Reform; Ministers of State.

**4.4.1 - Resumen:** Estudio histórico con enfoque cualitativo, que tuvo como objetivo identificar y comprender las percepciones sobre la Reforma de Salud Brasileña (RSB) que tienen seis ex ministros de salud en Brasil y que probablemente acumularon a lo largo de sus trayectorias como ministros de salud saludable (2002-2015). Se extrajeron extractos de entrevistas realizadas en 2018 y 2019, y estos extractos fueron analizados y discutidos a la luz del marco teórico-filosófico de Jairnilson Paim. Identificar y contrastar los principales conceptos de la RSB fue posible por Jairnilson desarrollado con los discursos sobre ex ministros, tales como “revolución”, “transformismo”, “retórica sanitaria”, “fantasma de la clase ausente”. Se concluye que las concepciones y rangos son elaborados a partir de otros estudios que estudian la intención de salud brasileña en las últimas fechas y grupos de estudios que están siendo elaborados con la finalidad de la salud brasileña. retórica detractora que necesita posicionar a la RSB como una utopía y un fetiche, enmarcándola como una posibilidad real y concreta. **.Palabras clave:** Salud pública; Historia; Política; Reforma de Salud Brasileña; Ministros de Estado.

#### 4.4.2 - INTRODUÇÃO:

Segundo Mota et al. (2021), o movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) expressou a singularidade de um contexto histórico em que, sobretudo o direito a saúde, se tornou uma das principais bandeiras direcionadas à luta pela redemocratização brasileira, já que consideravam naquele momento que “saúde é democracia, democracia é saúde (AROUCA, 1987; ESCOREL, 1988)”.

Paim (2008) utiliza uma definição cuja originalidade amplia o conceito em torno da RSB, pois a considera como um “*fenômeno histórico-social: idéia-proposta-projeto-movimento-processo.*” (p.171), ou seja:

*[...] ideia que se expressa em percepção, representação, pensamento inicial; proposta como conjunto articulado de princípios e proposições políticas; projeto enquanto síntese contraditória da política; movimento como articulação das práticas ideológicas, políticas e*

*culturais; processo enquanto encadeamento de atos em distintos momentos e espaços que realizam práticas sociais – econômicas, políticas, ideológicas e simbólicas.(PAIM, 2008, p. 36)*

Escorel (1999), por sua vez, entende que o processo de RSB, foi forjado a partir de três dinâmicas simultâneas, advindas do movimento social, ou seja: os movimentos médicos; os movimentos sociais, entre os quais se pode mencionar, por exemplo, a atuação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes); e os movimentos nascidos na academia, que incorporaram ensino e pesquisa, cujo as produções sustentaram teoricamente as propostas reformistas no campo da saúde pública brasileira. Uma outra definição possível que sintetiza as principais nuances envolvendo a reforma sanitária é a de que:

*“[...] seria possível definir a Reforma Sanitária Brasileira como uma reforma social centrada nos seguintes elementos constituintes: a) democratização da saúde, o que implica a elevação da consciência sanitária sobre saúde e seus determinantes e o reconhecimento do direito à saúde, inerente à cidadania, garantindo o acesso universal e igualitário ao Sistema Único de Saúde e participação social no estabelecimento de políticas e na gestão; b) democratização do Estado e seus aparelhos, respeitando o pacto federativo, assegurando a descentralização do processo decisório e o controle social, bem como fomentando a ética e a transparência nos governos; c) democratização da sociedade alcançando os espaços da organização econômica e da cultura, seja na produção e distribuição justa da riqueza e do saber, seja na adoção de uma “totalidade de mudanças”, em torno de um conjunto de políticas públicas e práticas de saúde, seja mediante uma reforma intelectual e moral.” .(PAIM, 2008, p. 173)”*

Definições a parte, ao considerar o contexto sócio-histórico de redemocratização do Brasil entre as décadas de 1970 e 1980 e também de luta pela RSB, em que se promulgou a “Constituição Cidadã”, a saúde começou a ser entendida como “*direito individual e deu origem ao processo de criação de um sistema público, universal e descentralizado de saúde, alterando profundamente a organização da saúde pública no país*”(PAIVA & TEXEIRA, 2014, p.15).

Nesse sentido com a redemocratização e criação do SUS, entende-se que no início da década de 1990, não foi uma tarefa singela, muito pelo contrário, já que em um campo de correlação de forças políticas, em que se mantinha as liberdades democráticas, apesar da implementação de políticas neoliberais, a institucionalização da RSB e a necessidade de implantação do SUS, atenuavam as “*totalidades de mudança*” previstas pelo projeto reformista sanitário (PAIM, 2008; FLEURY, 2018).

Cita-se por exemplo os artifícios utilizados nos primeiros anos da década de 1990, fosse pelo governo do então presidente Collor de Melo, na redução de recursos direcionados a saúde; bem como o ajuste macroeconômico e a Reforma de Estado proposta pelo primeiro Governo Fernando Henrique Cardoso (PAIM, 2008).

Simultaneamente a esse período de ruptura ideológica do campo da saúde pública brasileira, com os ideias da RSB sendo, mesmo que em teoria, drenados à implementação do SUS, há que considerar a organicidade e questões da estrutura burocrática do estado brasileiro, sendo o Ministério da Saúde do Brasil, que desde sua fundação em 1953, passava a se considerar, no início da década de 1990, como a nova autoridade sanitária nacional (MACHADO, 2005).

Assim, desde a criação do Ministério da Saúde em 1953 até meados da década de 1980, a assistência médica curativa no Brasil se expandiu especificamente a partir de 1933, com Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que por sua vez, no de 1966 foram unificados, por meio da implementação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), sucedido em 1977 pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que dirigiu a assistência médica previdenciária curativista no Brasil, até meados da década de 1990 (MACHADO, 2005).

Então pode-se considerar que “*não havia uma política nacional de saúde integrada, mas dois subsistemas de saúde comandados por diferentes órgãos federais – o antigo Ministério da Saúde e o INAMPS/MPAS– que operavam com lógicas distintas*” (Machado 2005, p.73), pois enquanto o Ministério da Saúde “*formulava políticas, planejava e executava diretamente ações principalmente voltadas para o controle de determinadas doenças ou grupos populacionais específicos*” (MACHADO, 2005, p.74), o INAMPS, desde 1977 possuía “*um papel importante na condução da política de saúde do país, ao coordenar o subsistema de assistência médica previdenciária e dispor de maior poder político e financeiro do que o Ministério da Saúde* (MACHADO, 2005, p.73).”

Desse modo, com criação do SUS, em meados da década de 1990, em um cenário em que ocorre a descentralização político-administrativa e unificação entre Ministério da Saúde e INAMPS, entende-se que:

*“[...]surge uma nova autoridade sanitária nacional, que pela primeira vez na história brasileira tem (em tese) a responsabilidade de comando único sobre a política de saúde no âmbito federal. [...] A instituição do Sistema Único de Saúde e a unificação do comando sobre a política de saúde evidenciam que o papel a ser desempenhado pela nova autoridade sanitária é substancialmente diferente do anterior, exigindo mudanças nas funções, atribuições, estrutura e lógica de atuação do Ministério da Saúde nos anos subseqüentes.”(Machado 2005, p.18)*

Além do argumento acima, que posiciona o Ministério da Saúde na centralidade da coordenação nacional de saúde, entende-se que o regramento legislativo determina também responsabilidade aos seus respectivos ministros, gestores de alto escalão executivo da hierarquia governamental (MACHADO, 2013). Para que se tenha uma ideia, entre os anos de 1995 e 2016, período marcado pela estabilidade democrática do país, 12 ministros da saúde ocuparam o cargo central de direção da saúde no país, durante

a gestão de três diferentes presidentes, período em que houve aperfeiçoamento inegável e consolidação do SUS.

Entretanto, nota-se que, na historiografia atual raros trabalhos se dedicaram à análise da trajetória de vida e atuação desses atores sociais que ocuparam o cargo de ministro da saúde, com destaque às investigações de Araújo (2017) e Machado (2005, 2013, 2017), o que aponta para necessidade de novas investigações, sobretudo se levarem conta a ação coordenativa central do ministério, atrelada a figura individual do ministro em posse; as trajetórias de vida, de formação e atuação política dos referidos ministros, que seguramente influenciaram na tomada de decisões acerca da gênese e implementação de ações nacionais de saúde; e a oportunidade histórica que tais atores sociais tiveram de alinhar e pôr em prática a essência do projeto de RSB, durante a implementação e o aperfeiçoamento do SUS, ao longo desses anos.

Considerando o exposto, questiona-se: Quais concepções acerca da RSB que esses sujeitos possuem e que provavelmente cumularam ao longo das suas trajetórias enquanto executivos federais de saúde?

A relevância da realização desse trabalho, dentre outras possíveis, como por exemplo o ineditismo, pode ser justificada a partir do argumento de Fleury (2018) que considera a necessidade urgente e atual em se dedicar à reflexão sobre a temática - RSB, sobretudo a partir da perspectiva histórica-reflexiva, uma vez que é imperativa a defesa do propósito da democratização da saúde, viabilizada em parte, a partir dessa grande política de estado que representa o SUS, mas só possível através da adesão radical aos preceitos da RSB.

Portanto, o objetivo do presente estudo é identificar e analisar as concepções acerca da RSB que ex-ministros da saúde do Brasil possuem e que provavelmente



cumularam ao longo das suas trajetórias enquanto executivos federais de saúde, entre os anos de 2002 a 2015.

#### **4.4.3 -METÓDO**

Estudo de abordagem qualitativa, que utilizou da história oral temática como método de pesquisa (FREITAS, 2006).

Foram realizadas entrevistas entre os anos 2018 e 2020, com seis ex-ministros da saúde (quadro 1), sendo quatro presenciais e duas virtuais, guiadas por um roteiro pré-elaborado com dez perguntas. O estudo em questão esteve subordinado aos preceitos éticos e obrigações legais que regulam a pauta (BRASIL, 2012), e seu projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos (Parecer n. 4.031.359), sendo que as entrevistas foram efetuadas somente após assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

Apesar de trabalhar com a perspectiva temporal de que entre os anos de 1995 a 2016 houve inconteste estabilidade democrática, durante a gestão de três diferentes presidentes da república, período em que 12 ministros da saúde foram nomeados, quando expressivas políticas, programas e seus derivativos de reconhecido impacto nacional, foram criados e implementados, o recorte temporal do presente estudo foi definido entre os anos de 2002 a 2015, dado que foi o período de atuação dos ex-ministros que aceitaram fazer parte do estudo.

Considera-se que trabalhar sob uma perspectiva historiográfica utilizando as narrativas, baseadas em memórias, já que estas, representam um artifício superlativo da constituição identitária, seja na perspectiva individual ou coletiva, cercada de uma contínua recorrência à construção da autoimagem (LIBLIK, 2021).

Para além disso a autoria ao lidar com a perspectiva da história oral e a interface com as memórias de trajetórias de atuação ministerial, se guiou pela seguinte premissa:

*“Um dos eixos mobilizadores específicos da História Oral que muitos historiadores recorrem em suas pesquisas para o tratamento dos depoimentos refere-se ao campo da memória. Como vimos, é um processo que contém inúmeras camadas e possibilidades narrativas. De um modo geral, a rememoração e a verbalização do passado constituem-se como um processo amplo e seletivo por parte do depoente no presente, de tal forma que a seletividade e o tratamento que o depoente oferece aos fatos ocorridos no passado nos interessam muito.” (LIBLIK, 2021, p. 288)*

Assim, após a realização das entrevistas, as mesmas foram transcritas e em seguida apreciadas pelos participantes, sendo então autorizadas sua utilização no estudo. Optou-se, portanto, por selecionar excertos provenientes de respostas dos seis ex-ministros, que continham referências acerca de concepções sobre RSB e SUS e demais trechos que ajudassem a analisar a questão central da pesquisa.

Separados os trechos de cada ex-ministro em específico, iniciou-se o processo analítico, guiado pelo método hermenêutico-dialético proposto por Maria Cecília de Souza Minayo (2014), iniciado pela ordenação e organização dos dados (excertos atinentes a temática), confluindo com a “pré-classificação” e formulação de um “mapa horizontal das descobertas”.

Após a ordenação dos dados, foi iniciada a leitura atenta e exaustiva pelos pesquisadores envolvidos no estudo, permitindo a criação de “categorias empíricas”. Em seguida, realizou-se o processo de leitura transversal, que viabilizou a extração e agrupamento por codificação de numerosos excertos discursivos similares, obtendo-se um número amplo de unidades temáticas, etapa que foi sequencialmente sucedida pelo processo de “enxugamento”, em que categorias/unidades de sentidos temáticas foram

reagrupadas, guiadas por uma lógica unificadora central, viabilizando, assim, a classificação final dos achados em uma única categoria.

Com todo processo definido, os achados foram descritos e cotejados com base no referencial teórico filosófico de Jairnilson Paim (2008) e conceitos por ele desenvolvidos a partir das contribuições de Antônio Gramsci (2002) e Agnes Heller (1986), como “revolução passiva”, “transformismo”, “retórica sanitária”, “fantasma da classe ausente” e “sujeitos da antítese da RSB”.

Dentre tais conceitos que compõem esse Quadro Teórico Referencial (QTR) presente na obra de Jairnilson Paim, pode-se sinteticamente tentar posicionar o pensamento do autor acerca de cada um deles, associando-os à RSB, isto porque pode-se considerar que “*o conceito de revolução passiva me parece exato não só para a Itália, mas também para outros países que modernizaram o Estado através de uma série de reformas ou de guerras nacionais, sem passar pela revolução política de tipo radical-jacobino*” (GRAMSCI, 2002, p.220).

*Em outras palavras, a revolução passiva é “aquela mudança em que uma parte das transformações no modo social de vida é perdida, em consequência às disputas internas de distintos projetos de mudança no processo transformador* (PAIM, 2008,p.8)”. Já o “*transformismo*”, unidade de sentido que possui uma relação orgânica com o conceito anterior, ocorre quando há o processo de unificação de determinados atores, que mudam de posicionamento, adotando uma postura de assimilação e próxima às forças conservadoras e dominantes, ao passo que incorpora demais atores de classes subalternas<sup>4</sup>, conforme foi “*a partir de 2003, quando Lula, o PT e seus aliados dão continuidade às políticas de FHC*” (PAIM, 2008,p.317), revelando superlativamente a atualidade do conceito de revolução passiva: “*a política da Direita com homens e frases de esquerda*” (GRAMSCI, 2002, p.70).

Enquanto o “*fantasma da classe ausente*”, segundo Paim (2008, p.310), por ser uma “*alegoria criada por Arouca para indicar as dificuldades do movimento sanitário em se articular, organicamente, com as massas populares, parece perseguir como um desafio ou um acerto de contas em relação ao seu projeto*”, uma vez que “no povo em

geral e mesmo entre os trabalhadores de saúde, nem a Reforma Sanitária nem o SUS parecem ser considerados conquistas que valham apenas lutar, seja para preservar ou para avançar” (PAIM, 2008,p.311).

Paim (2008), ainda postula o conceito de “retórica sanitária” de maneira crítica, apontando-a como uma mudança parcial setorial, sem incorrer radicalmente com a mudança do modo de vida, bem como posiciona outro conceito, o de “*sujeitos da antítese da RSB*”, ou seja “*sujeitos sociais capazes de desestabilizar a revolução passiva em favor das forças progressistas, constituindo os portadores da antítese*” (PAIM, 2008,p.307).

Em seguida as categorias temáticas foram descritas, analisadas com base no quadro teórico de referências proposto por Jairnilson Paim, sob a justificativa de que, como meticulosamente afirmou Schreiber (2008), Paim representa um dos melhores quadros entre cientistas do campo da saúde coletiva, já que a partir do seu esmero metodológico, produz análises que se caracterizam pela “*a ciência engajada com a transformação social e nem por isso menos científica*”, sendo sua obra dotada de “*dados, ângulos e interpretações originais*” sobre a temática aqui discutida, que amadurece a cada dia, já que “*acrescenta e se move*”.

Quadro 1 – Relação de Ministros da Saúde do Brasil Entrevistados Incluídos no Estudo (2002-2015)

MINISTRO	PERÍODO NO MINISTÉRIO	PARTIDO	PRESIDENTE	BREVE DESCRIÇÃO BIOGRÁFICA	DATA E LOCAL DA ENTREVISTA
<i>Barjas Negri</i>	<i>21 fev. 2002 31 dez. 2002</i>	<i>PSDB</i>	<i>Fernando Henrique Cardoso</i>	<i>Nascido em São Paulo-SP (8 dez. 1950). Economista com mestrado e doutorado pela UNICAMP-SP. Foi secretário executivo do FNDE (1995-1996) e do Ministério da Saúde (1997-2002), além de prefeito da cidade de Piracicaba por três mandatos.</i>	<i>Piracicaba-SP, 20 dez. 2018</i>
<i>Humberto Sérgio Costa Lima</i>	<i>1 jan. 2003 8 jul. 2005</i>	<i>PT</i>	<i>Luís Inácio Lula da Silva</i>	<i>Nascido em Campinas-SP (7 jul. 1957). Jornalista e médico especialista em clínica médica, medicina geral e comunitária e psiquiatria. Foi vereador e secretário de Saúde de Recife-PE (2001-2003), além de deputado estadual (1990-1993) e federal (1995-1999). Atualmente, é senador da República.</i>	<i>Brasília-DF, 11 nov. 2019</i>
<i>José Saraiva Felipe</i>	<i>8 jul. 2005 31 mar. 2006</i>	<i>PMDB</i>	<i>Luís Inácio Lula da Silva</i>	<i>Nascido em Belo Horizonte-MG (26 mar. 1952). Médico com mestrado pela FIOCRUZ-RJ. Foi secretário municipal de Saúde de Montes Claros (1983-1985) e estadual de Saúde de Minas Gerais (1991-1994), secretário de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde (1989-1990) e deputado federal por cinco mandatos. Atualmente, desenvolve seu doutorado na UnB-DF.</i>	<i>Virtual, 29 jun. 2020</i>
<i>José Agenor Álvares da Silva</i>	<i>31 mar. 2006 16 mar. 2007</i>	<i>sem partido</i>	<i>Luís Inácio Lula da Silva</i>	<i>Nascido em Abaeté-MG (2 jun. 1947). Farmacêutico e bioquímico pela UFMG, Doutor Notório Saber pela FIOCRUZ (2015). Foi secretário executivo no Ministério da Saúde 92005-2006) e diretor da ANVISA (2007-2013). Atualmente, é assessor da Fundação Oswaldo Cruz.</i>	<i>Brasília-DF, 3 out. 2019</i>
<i>José Gomes Temporão</i>	<i>16 mar. 2007 31 dez. 2010</i>	<i>PMDB</i>	<i>Luís Inácio Lula da Silva</i>	<i>Nascido em Merufe-Portugal (20 out. 1951). Médico, com mestrado pela FIOCRUZ (1984) e doutorado pela UERJ (2002). Foi subsecretário do Estado de Saúde do Rio de Janeiro, secretário de Planejamento do INAMPS (1985-1989), diretor geral do INCA e secretário nacional de Atenção à Saúde (2005). Atualmente, é professor e pesquisador titular aposentado da Fundação Oswaldo Cruz.</i>	<i>São Paulo-SP, 22 mar. 2019</i>
<i>Ademar Arthur Chioro dos Reis</i>	<i>3 fev. 2014 2 out. 2015</i>	<i>PT</i>	<i>Dilma Vana Rousseff</i>	<i>Nascido em Santos-SP (5 dez. 1963). Médico com mestrado pela UNICAMP-SP (2001) e doutorado pela UNIFESP (2011). Foi diretor do Departamento de Atenção Especializada do Ministério da Saúde (2003-2005) e Secretário de Saúde de São Bernardo do Campo-SP (2009-2014). Atualmente, é professor do Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina/UNIFESP.</i>	<i>Virtual, 12 fev. 2020</i>

Fonte: Brasil (2020)

#### 4.4.4 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

##### 4.4.4.1 Concepções sobre a RSB

A expressão acerca das concepções atinentes à RSB e do SUS esteve presente em alguns dos relatos dos ex-ministros.

Barjas Negri, lembrou que: *“Não tinha nenhuma familiaridade com a área da saúde, mas o presidente Fernando Henrique Cardoso falou assim na época: “Se você fizer um pouco do que você ajudou na educação já fará um bom trabalho”*; todavia quando estava prestes a iniciar suas funções enquanto secretário executivo de saúde, uma vez que ainda encontrava-se no Ministério da Educação, confessou suas primeiras imersões na área da saúde: *“primeira conversa que eu tive foi com o Ministro Chefe da Casa Cível, Clovis Carvalho, ele me deu dois livros do SUS pra ler em uma semana, e indicou algumas pessoas para que eu conversasse e que me ajudariam a viabilizar os projetos”*.

Com o passar do tempo, sua trajetória no ministério enquanto secretário executivo e ministro, obviamente reproduziu a sua qualidade enquanto gestor e político de confiança do então ministro Fernando Henrique Cardoso, porém percebe-se que a visão atual seja acerca do SUS e sobretudo acerca da RSB, reproduzem permanências e questões que carecem de reflexões, pois afirmou que:

*“O SUS tem que ser fortalecido, ele tem que ser um pouco mais arejado, pois ele foi criado por sanitaristas que tinha uma visão do Estado como se tudo fosse público. Houve o advento da criação das Organizações Sociais, pois não é necessário que todos os governos tenham a vinculação de ser do setor público, de funcionar do público, do estado. Você pode fazer arranjos que funcionam relativamente bem, até mais rápidos.”*

Como afirmou Araújo (2017) a manutenção de Barjas enquanto secretário executivo do ministério da saúde (1997-2002) e depois em um período de disputa presidencial, enquanto ministro da saúde, foi justificada pela sua relação de confiança com FHC, além do alinhamento à lógica reformista (MARE-Ministério da Administração e Reforma do Estado) e da política econômica do PSDB (Partido da Social Democracia Brasileira), naquele momento.

Barjas Negri deu indícios de que, naquela época, era um articulista que viabilizava, nos bastidores o projeto de descentralização do SUS, uma vez que destacou que *“O Piso de Atenção Básica foi uma das coisas mais importantes que teve. Eu fiz um estudo. O pessoal queria o PAB. Foi minha idéia! É isso, foi por aí.”*, uma estratégia que *“[...]consiste em um montante de recursos financeiros destinado exclusivamente ao financiamento da atenção básica à saúde; [...] composto de uma parte fixa e de uma parte variável que, juntamente com outras modalidades de financiamento, custeará a atenção básica”* (Portaria GM/MS nº 1882), de 18/12/97., ou melhor: *“[...] é um valor per capita, que somado às transferências estaduais e aos recursos próprios dos municípios deverá financiar a atenção básica à saúde”*. (Portaria GM/MS nº 3.925).

Nota-se então, a partir da narrativa de Barjas Negri, vestígios do pensamento gerencial e reformista do governo FHC, pautada em paradigmas como eficiência, economicidade e celeridade, uma construção interessante, que, anos após, apesar de muito utilizada, ainda nutre a retórica detratora do SUS, sistema que para o ex-ministro, naquela época, se ancorou de modo seminal, em uma reforma ideologizada por militantes que consideravam o estado como único provedor de serviços saúde, motivo este que, na sua visão torna tal sistema ineficiente e oneroso, devendo ser incrementado com medidas que

corrijam tais erros, sustentadas pela lógica efficientíssima da gestão racionalizada e do sistema privado e empresariado.

É reconhecida a contribuição de Barjas no período em que atuou no ministério, mas não se pode mitigar a contradição retórica na narrativa proposta em seu discurso, expressão da luta político-ideológica que desde aquele período incidia sobre a RSB e o SUS, o que ajuda a entender uma das máximas defendidas por Paim (2008, p.309) a de que: “[...] a Reforma Sanitária Brasileira reduziu-se a uma reforma parcial, inscrita nas suas dimensões setorial e institucional com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). O resto é retórica.”. Tanto é verdade, que um ex-ministro que descredencia a legitimidade de tal movimento, tem a oportunidade anos depois da redemocratização e surgimento do SUS, talvez o principal fruto material desse movimento, de atuar na coordenação central de tal sistema.

Nesse sentido é como se a implementação do SUS, que segundo Barjas aconteceu exclusivamente naquele período, ou seja a partir do governo FHC, alheio as ameaças que a subversão do pensamento intelectual de sanitaristas pudessem representar bastava, ou seja, um SUS trazido à tona por “bandeirantes da gestão”, entusiastas da gestão racional bem executada, para ele, um SUS real e concreto.

Méritos a parte, já que se considera avanços do SUS no período FHC, é imperativo que se entenda que a RSB não foi um delírio intelectual burguês mas, como bem afirmou Paim (2008, p.259), “*A Reforma Sanitária é resultante do movimento da democratização da saúde no Brasil na década de 70, e não teve origem no Estado e sim na sociedade civil*”,. Apesar de existirem concorrências ideológicas dentro do próprio projeto de RSB, fosse aqueles mais conservadores, que visavam a racionalização e modernização dos sistemas de saúde, ou os mais radicais, que a vislumbravam enquanto viabilizadora de



uma revolução completa no modo de vida da população, todavia ambas concorrências ideológicas consideravam a necessidade da RSB (PAIM, 2017a)

Por fim, as pistas oriundas do discurso de Barjas Negri, segundo Paim (2008), expressam as características mais fiéis da gestão de saúde do governo de FHC que, apesar de pertencente ao *“Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB), que exerceu diretamente o poder da União por oito anos, esteve longe de se comprometer e implementar princípios e diretrizes da RSB de caráter socialdemocrata (PAIM, 2008, p.302)”*, dentre suas principais características, reproduziram uma dinâmica de produção de saúde em que, apesar da valorização da ampliação da ação do Estado na prevenção de agravos; fortalecimento das agências de vigilância; definição de normas obrigatórias de aplicação de recursos públicos na área de saúde, estímulo à descentralização e à municipalização; ampliação do controle social; reforço do controle e da vigilância dos órgãos públicos sobre saúde suplementar; consolidação da política direcionada aos medicamentos genéricos; incremento de ações de pesquisa e desenvolvimento tecnológico, entre outras, persistiu com o não cumprimento das diretrizes da universalidade, equidade e qualidade.(PAIM, 2008).

Outra característica presente nas narrativas foi a menção à participação da RSB como garantia e legitimidade de atuação ~~no campo da saúde pública~~, como pôde ser percebido na narrativa de José Gomes Temporão, ao referir-se ao “trio de Josés”, o José Gomes Temporão, o José Agenor e o José Saraiva Felipe, que foram: “[...] *três ministros com uma ligação histórica com as origens do Movimento da Reforma Sanitária. Nós três participamos da construção do SUS, desde os anos setenta. Claro, são trajetórias diferentes, e em alguns momentos, elas se entrecruzam*”.

O relato acima é reforçado no depoimento de José Agenor ao considerar que: “[...] *tínhamos principalmente um compromisso muito grande com essa política de saúde que nós ajudamos a fundar, ajudamos na formulação e no início da execução dela.*”

José Saraiva Felipe, um dos membros do supracitado trio de sanitaristas entusiastas da RSB, teve seu engajamento detalhado a partir do relato a seguir:

*“[...] foi criado o CEBES e a ABRASCO, o Centro de Brasileiro de Estudos de Saúde e Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde. O meu engajamento, como é que foi? O meu engajamento se deu desde o movimento estudantil, dentro desse processo que se chamou movimento sanitário, que pessoas que eram também de oposição política a Ditadura, que foram também gestando esses princípios que o Brasil tinha, a exemplo do que tinha Inglaterra e Canadá, que são realidades bem diferentes, países menores, populações menores, mas tinha que ter um sistema universal, integral, gratuito, equânime de Saúde. Então eu me formei, fui lá para Montes Claros, passei a dirigir esse projeto, para trabalhar só para ter idéia na época, com Sergio Arouca, Carlini, Euleterio, muita gente. Quem era quem na saúde pública, passou por lá, trabalhou lá, pessoal da FIOCRUZ, etc.”*

Se posicionar como participantes ativos do processo da RSB, independente do grau de envolvimento, tornou-se, de fato, um mantra de credibilidade, dado o alinhamento direcionado ao pensamento em democratizar e universalizar a produção e oferta de saúde a partir do aperfeiçoamento do SUS, estratégia perceptível também através do discurso de Arthur Chioro, ao confidenciar sobre sua atuação pioneira na saúde mental: “[...] *pegando um outro exemplo, eu venho de uma história, pois eu participo desde 1989 com Capistrano, em Santos da implantação da reforma e me transformo a partir dali, sem ser psiquiatra, num militante do movimento*” e de Humberto Costa que, apesar de seu engajamento político dentro do PT, não possuía participação de destaque em nível nacional entre atores sociais centrais da RSB (ARAÚJO, 2017) , mas ainda assim registrou que “[...] *do ponto de vista político também, como eu tinha uma militância na*

*área da saúde, os movimentos, não é? Os movimentos sanitários, eu também fui dirigente sindical da categoria médica e também como membro do PT.”*

Inegável, portanto desvincular a trajetória de luta pela redemocratização do país e envolvimento em torno dos ideais da RSB, de ex-ministros como Arthur Chioro, Humberto Costa, José Agenor, José Saraiva Felipe e José Gomes Temporão, independente do grau de envolvimento, pois, conforme afirmou Teixeira & Paim (2005); Paim (2008), grande parte das secretarias e cargos estratégicos no governo LULA, diferente do governo FHC, foram preenchidos com dirigentes com ~~fiel~~ participação no movimento sanitário.

Interessante que a lógica do presidencialismo de coalizão (ABRANCHES, 2018), paradoxalmente de julho de 2005 a dezembro de 2010, fez com que três sanitários ocupassem a centralidade na coordenação federal de saúde, que, na visão de Saraiva Felipe, *“foi quando os sanitários do SUS, que são mais antigos que o PT, assumiram o ministério. Uma turma que já vinha desde a década do início da década de setenta.”* Em contrapartida, Humberto Costa revelou certa frustração ao explicar esse momento de ruptura, pois:

*”Aí houve a crise, aquela crise do ano de dois mil e cinco, a história do mensalão e a gente não tinha base no Congresso Nacional para evitar que aquilo ali avançasse, pois estavam querendo aplicar um impeachment no presidente. Então, ele se viu na necessidade de ampliar uma base de apoio no Congresso Nacional e, para isso, precisava ter ministérios relevantes, para fazer a negociação. Como ele tinha e ainda hoje ele tem uma leitura de que a questão da educação era crucial, fundamental, na hora de definir dessas áreas quais que ele iria negociar, ele, lamentando muito, sabendo que tinha muita coisa boa pra fazer ainda, terminou colocando a saúde entre os ministérios que ele negociou. Entrou saúde, entrou Ministério das Cidades, Ciência e Tecnologia, na verdade não, Ciência e Tecnologia e Ministério das Comunicações já estavam. E, aí, foi quando a gente saiu.”*

Outro ponto a se questionar é que, se a maioria desses ex-ministros historicamente e comprovadamente possuíam participação ativa e/ou eram simpatizantes e entusiastas do processo da RSB, como foi expresso nos discursos, porque esse envolvimento não foi

suficiente para o comprometimento prático radical com os ideias da RSB durante suas respectivas gestões? Por que a ruptura ideológica representada pela ocupação de sanitaristas no alto escalão executivo do ministério da saúde, durante os dois governos LULA, contrapondo-se ao perfil de executivos gerencias e tecnocratas nos dois governos FHC, não se traduziram em ações que reproduzissem radicalmente os ideais da RSB? Trata-se de duas perguntas complexas e que exigem uma análise de conjuntura; todavia, indícios sugerem que tenha havido a concorrência ideológica na manutenção de alguns preceitos, impedindo o distanciamento de outros, alguns incrementos alinhados à lógica social progressista mas, radicalização necessária, na acepção da palavra, ocorreu mesmo só no campo da retórica discursiva, como se pode analisar a partir do relato de José Gomes Temporão:

*“Eu acho que eu, pela minha trajetória e pelo fato de nunca ter pretendido seguir na carreira política, tive esse privilégio de não precisar ficar amarrado a nenhuma ideia ou força. Eu vivi isso com alguns ministros. Humberto Costa viveu esse dilema. Pense você: “Eu sou deputado e se eu não produzir algum programa de impacto como é que eu me reelejo?”.; “Eu tenho que inventar algum programa de impacto” . Não tenha dúvida que Serra viveu esse dilema, que outros, muitos outros viveram esse dilema. Isso é um problema. Eu não estou fazendo uma crítica de valor, não estou dizendo que isso é negativo, necessariamente não, mas pode ser um complicador nesse processo de definição de prioridades, de elaboração de políticas. Pode ser um problema.*

Nota-se, através da declaração de José Gomes Temporão, que ele chancela a sua “liberdade” em não ceder a determinismos viciosos que impõem a adoção de implementação de políticas e ações de impacto, caracterizadas pelo elevado grau de dotação orçamentária, amplo espectro de abrangência e forte apelo midiático, pelo fato de possuir uma independência ideológica com base na sua trajetória de vida pública e acadêmica, acrescido pelo desinteresse em pleitear qualquer função no legislativo brasileiro, o que de fato não é inverídico; todavia, expõe com riqueza de detalhes, essa

necessidade visceral que impera sobre o cargo executivo e, ao longo de quase três décadas, transformou-se em obsessão em muitas gestões.

Não à toa que Paim (2008) considerou que especificamente no governo Lula, apesar de haver uma predisposição maior em honrar compromissos históricos na agenda de saúde em relação aos preceitos da RSB, *“o discurso oficial ficou limitado a algumas propostas cujo conteúdo parece refletir mais uma preocupação com a “marca” e o marketing do que com o avanço da Reforma Sanitária (TEIXEIRA & PAIM, 2005, p.276), como considerou José Saraiva Felipe:*

*Ainda que você faça algo que politicamente vá ao encontro da melhoria do atendimento à população, isso será sempre usado politicamente. Isso aí é uma discussão, deixa eu te explicar. Agora, ao mesmo tempo que você implementa alguma coisa que é boa para a população, todo governo, todos que eu passei, claro que gostaria de carimbar, de dar uma marca política nisso.*

O cerne da questão não é discutir o mérito de políticas e programas de amplo impacto, até porque, apesar de todas críticas que podem haver, tais ações incidem positivamente sobre numerosos problemas que afligem a saúde pública brasileira, atenuando agravos e melhorando indicadores. Porém, nota-se que foi criado um modos operandi utilitarista, que personifica agendas presidenciais e ministeriais, reproduzindo um sentido de “dádiva”, sobretudo pela a ausência de participação popular nessas decisões, dado o processo denominado de *“fantasma da classe ausente”*, uma vez que *“iniciativas como Farmácia Popular e Brasil Sorridente ,que compuseram a publicidade do governo na saúde, reforçam a tendência de privilegiar projetos de impacto na mídia em detrimento de políticas públicas comprometidas com a radicalização da RSB. (TEIXEIRA & PAIM, 2005, p.277).*

*Já em relação ao governo Dilma, houve uma “certa continuidade da política macroeconômica desenvolvida nos governos FHC e Lula, a exemplo do tripé*

*macroeconômico (responsabilidade fiscal; metas de inflação; câmbio flutuante), decisões que seguramente comprometeram a aproximação radical do SUS à RSB (REIS & PAIM, 2021, p.571), embora considera-se “que o processo da RSB persiste, sobretudo pelo ativismo do movimento sanitário, apesar dos constrangimentos e retrocessos apontados pela análise da conjuntura.” (REIS & PAIM, 2021, p.571).*

Nessa perspectiva, a partir da análise de dois conteúdos discursivos, a primeira proferida acima por José Gomes Temporão e a segunda exposta no excerto a seguir, oriundo da narrativa de Arthur Chioro, é possível aplicar os conceitos gramscianos de revolução passiva e transformismo, desenvolvidos de maneira perspicaz por PAIM. (2008;2017a), pois:

*“Então assim, eu diria para você que o ministério não é lugar para amador. O cara que vai para lá sem equipe, para fazer as coisas corretas, precisa ter uma equipe qualificada, precisa ter uma política nacional de saúde, ter uma capacidade de audição, precisa conseguir, de alguma maneira, compatibilizar capacidade técnica e política, projeto técnico-político e uma grande capacidade de escuta, para enfrentar o conjunto de situações. Veja, eu peguei o Eduardo Cunha como o presidente do maior partido de situação e depois como Presidente da Câmara. Eu peguei parte desses senadores complicados, um jogo de pressão que é uma coisa violenta. É o Brasil em ato. No Congresso Nacional é muito difícil, o jogo é muito bruto, o jogo não é para amador. Por exemplo, as demandas de Saúde Suplementar, as operadoras, cada uma querendo indicar um diretor da ANS para chamar de seu. Eu estou falando assim, quando a gente fala de pressão, parece que é só propina, sacanagem, mas desde temas como trinta horas para enfermagem que tinha um impacto sobre o SUS, sobre o setor privado, sobre todo mundo, como também os esquemas que envolviam terceirização da saúde indígena, transporte hidroaéreo, alimentação, combustível, frotas de carro para o Brasil inteiro.”*

Esses conceitos de “revolução passiva” e “transformismo” aplicados à RSB são extremamente úteis e enquanto categoria analítica permitem desvelar questões que são entraves históricos e permanências indesejadas na compreensão do enfraquecimento da política universal de saúde brasileira. O primeiro conceito, o de revolução passiva, define que:

*“diferentemente de uma revolução popular, feita “de baixo para cima”, pressupõe sempre a presença de dois momentos: o da “restauração” (uma reação à possibilidade de uma efetiva e radical transformação “de baixo para cima”) e o da “renovação” (muitas demandas populares são atendidas pelas velhas camadas dominantes).”(SOUSA, 2010, p.32)*

Enquanto o segundo conceito, de transformismo, PAIM (2008, p.45), citando Coutinho (1985), define como “ *um fenômeno associado à revolução passiva quando certos partidos (ou agentes) se unificam, mudando de lado, e reforçam posições conservadoras das forças da ordem estabelecida, seja assimilando frações das classes dominantes, seja cooptando setores das classes subalternas*”

Assim, ao analisar as duas categorias temáticas expostas nos discursos de Chioro e Temporão, percebe-se que tanto nas questões atinentes às relações envolvendo tensões e lobbies, bem como as questões envolvendo a gênese de políticas nacionais de saúde, há uma complacência e entendimento concreto, assimilados por esses gestores/policy makers, que provavelmente induzem a pensar que o processo pragmático e cotidiano da gestão não contempla o “idealismo utópico” dos ideais da RSB.

Assim, percebe-se que tais ideais transformam-se em imperativos categóricos, presentes nos seus discursos de posse e em retóricas outras, uma vez que o exercício diário da gestão é dominado por forças representadas por diferentes tipos de capitais, orquestrado por um jogo cujas regras do campo envolvem diferentes projetos de interesse

em disputa, que geralmente reforçam a revolução passiva em detrimento de um compromisso radical com a RSB, como:

*“O projeto mercantilista ou expansionista assume a saúde como mercadoria, defendendo o mercado como a melhor opção para a alocação de recursos e para a satisfação das demandas e necessidades dos indivíduos. Reúne interesses de empresas médicas, operadoras de “planos de saúde”, indústrias de medicamentos e de equipamentos, segmentos da área econômica e da saúde, parte de entidades médicas e de profissionais de saúde, além da mídia e de empresas de publicidade. Aposta no modelo médico hegemônico e na saúde como espaço de acumulação e expansão do capital. Defende que os serviços de saúde devem ser comprados pelos que podem pagar, cabendo ao Estado financiar aqueles que não podem fazê-lo. O projeto revisionista ou racionalizador tem sido exercitado por segmentos que anteriormente defendiam a RSB e o SUS, mas que, diante dos dilemas, preferem flexibilizar seus princípios e diretrizes para ajustá-los aos imperativos da ordem econômica e aos interesses do Estado e da política das classes hegemônicas. Aposta nas políticas racionalizadoras, pois, diante da falsa polêmica entre a prioridade para o financiamento ou para a gestão, prioriza a eficiência em detrimento da qualidade, da efetividade e da garantia do direito à saúde (PAIM, 2017a, p 27).”*

No caso de Arthur Chioro, penúltimo ministro do último governo Dilma, nota-se o quanto é desafiador e repleto de barreiras o envolvimento com princípios que implicam uma reforma social geral e uma reforma no modo de vida viabilizada pela produção de saúde alinhada à RSB, embora entenda-se, assim como Paim (2017b; p.261) que *“não houve estagnação do ‘processo’ da RSB, apesar dos constrangimentos produzidos externa e internamente (fora ou dentro do setor saúde)”*. Seguramente, esses condicionantes de disputas econômicas e relações tensas com grupos de interesses do sistema capitalista são inevitáveis, dado o arranjo político nacional brasileiro, que, segundo Paim (2008, p.304), se traduzem em *“determinantes estruturais, particularmente da superestrutura (onde se enfrentam contradições geradas na base econômica) os que melhor explicam a lentidão e características do processo da RSB”*, que favorecem o transformismo, mesmo entre intelectuais e personalidades com



comprovada militância e formação acadêmica e trajetórias de respeito, em torno do movimento sanitário, mesmo ocupando funções de primeiro e segundo escalão no executivo federal de saúde.

Permite-se a partir do exemplo de Chioro e seu incômodo com lobbies e a realidade desnuda das relações de ordem escusas em torno de interesses diversos, refletir sobre o fenômeno do conservar-mudando da RSB, uma vez que, segundo Paim (2008, p.307), o *“transformismo que tem presidido tais alianças e a seletividade estrutural do Estado capitalista terminam por neutralizar o seu “núcleo subversivo”, criando um ciclo permanente e vicioso em que rupturas são incompatíveis com a sobrevivência em posições de relevância decisória, restando assim o alinhamento aos aspectos mais utilitários e racionalizadores da RSB, aplicados na gestão e assimilados pelo Estado (PAIM, 2008).*

Somado à análise acima, compreende-se a partir da afirmação de Paim (2008, p.308), que *“a RSB tem contado com uma frente parlamentar suprapartidária no Congresso Nacional, embora centrada mais em parlamentares individuais do que em compromissos efetivos dos respectivos partido”, restando a manutenção de uma retórica discursiva de engajamento com o movimento sanitário, que é deslocada pelo materialismo do cotidiano da gestão, que, por sua vez, “é bruta e não é para amadores”.*

Tensionamento como esses, favorecem que a RSB se reduza a uma reforma *“de caráter setorial e institucional ou – a pretexto de um realismo político, traduzido em pragmatismo ou transformismo – aceitar um Sistema Único de Saúde Único de Saúde (SUS) pobre para pobres e submetido à lógica do setor privado” (PAIM, 2017b; p.257), já que atores sociais que colaboram com a construção do SUS, como esses ex-ministros, transitam em três projetos concorrentes no campo da saúde pública brasileira.*

O projeto mercantilista, que possui sujeitos vinculados organicamente a seu objetivo, mas com participação de sujeitos alinhados historicamente à reforma sanitária, por cooptação e transformismo, cederam à lógica de expansão e adensamento do capital privado no SUS.

O projeto revisionista ou nacionalizador, em que atores sociais à frente da gestão, apesar de alinhamento anterior à RSB, cederam e flexibilizaram princípios em função dos interesses econômicos da agenda política e da lógica burocrática estatal; e o alinhado à RSB, que é guiado, na práxis e ideologicamente ao pensamento constitutivo do Cebes (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde), que provavelmente foi preenchido por novos atores sociais, que devem forjar-se enquanto “sujeitos da antítese”, que “*questionem a não garantia do direito à saúde, as iniquidades e as relações de subordinação*” (PAIM, 2017b; p.259), e que podem “*tornar a revolução passiva à brasileira menos conservadora, seja para tensionar o processo da RSB no sentido de ultrapassar a práxis de reforma parcial, apelando para outros tipos de práxis*” (PAIM, 2017b; p.261) ou, melhor dizendo, permitindo que avance “*o processo da RSB para além do status quo ou da revolução passiva que marca a história do Brasil*”. (PAIM, 2017b; p.260)

Portanto, é só a partir de análise das relações entre “*as formas de as classes dominantes atuarem em relação ao Estado e às classes subalternas no Brasil, favorecendo o transformismo, inclusive entre os seus intelectuais*” (PAIM, 2008; p.304); que viabilizam a compreensão desse efeito do conservar-mudando da RSB, em que “*o processo da RSB não indica a realização de uma reforma social geral, muito menos uma revolução no modo de vida, como anunciado ou insinuado no seu projeto*” (PAIM, 2008; p.303).

#### **4.4.5 - CONCLUSÕES**

Procurar revelar concepções desses ex-ministros acerca da RSB, pode ser questionados pelo fato de que as mesmas fiquem e não passem apenas do campo da retórica discursiva; todavia acredita-se que o conhecimento e análise de tais concepções, sejam as ditas e as não ditas, são pistas úteis à compressão da política de saúde nas últimas décadas.

Destaca-se, também, que as menções que abordaram a temática RSB, apresentaram-se de modo superficial e secundário, resultando em discriminações discursivas que a posicionaram ora como uma pauta ultrapassada, que não incluía a eficiência em gestão da saúde; ora como um dispositivo qualificador dos discursos, que forneciam, aos narradores, um mínimo de garantia de legitimidade de atuação no campo da saúde pública.

O contraste analítico dos discursos dos ex-ministros com os conceitos desenvolvidos e trabalhados por Jairnilson Paim, aplicados à análise da RSB, como “revolução passiva”, “transformismo”, “retórica sanitária”, “fantasma da classe ausente”, “sujeitos da antítese da RSB”, além de evidenciar a atualidade da sua obra, indica a necessidade de que estudos nessa direção sejam construídos continuamente, no intuito de não retrocedermos e colaborar dentre outras coisas, para que se elimine a retórica detratora que posiciona a RSB como utopia e fetiche, enquadrando-a como uma possibilidade real e uma necessidade concreta.

Tão pertinente a afirmação acima é, que, dentre os ministros cujas falas integraram a análise, cinco correspondem à geração de sanitaristas, com formação e trajetórias de atuações peculiares. Frente a isso questiona-se condicionalmente: Se a maioria dos ex-ministros analisados possuem, em maior ou menor grau, determinado envolvimento com o movimento sanitário, por que não houve comprometimento radical com a RSB? A

resposta a esse questionamento deve ser acompanhada por outra indagação: Será que esses ex-ministros entusiastas e simpatizantes do RSB, durante sua gestão, se comprometeram apenas diante do possível, priorizando a manutenção no poder e colateralmente a praticarem minimamente seus posicionamentos político-ideológico?

Ambas perguntas talvez tenham sido parcialmente respondidas, já que reconhece-se que um expediente de pesquisa robusto tenha que ser direcionado para tal fim investigativo e, se considerarmos que as tomadas de decisões mais sensíveis, que envolvem questões de ordem econômica e constrangimentos com inúmeros grupos de interesse, em meio ao presidencialismo de coalizão brasileiro é exclusivamente centrada no presidente da república.

Talvez aí esteja uma justificativa, apesar de termos a gênese e implementação do Programa Mais Médicos, durante a gestão de Alexandre Padilha, e a atuação e iniciativas da política de redesignação sexual, licenciamento compulsório do efavirenz, lei de alcoolemia zero, durante a gestão de José Gomes Temporão, ações que certamente confrontaram o mercantilismo e interesses de conglomerados econômicos e de grupos hegemônicos do setor saúde, mas ainda assim muito periféricas e desvinculada de um projeto vinculante às demandas prioritárias da RSB.

Então, devemos nos contentar com tais ações isoladas de enfrentamento do *status quo*, pautado sobretudo na produção de saúde como um bem capital de consumo? Não, muito pelo contrário, devemos sim romper com a ingenuidade de direcionar à figura executiva do ministro da saúde como principal responsável por questões como revolução passiva e transformismo em torno da RSB, mas também não é equivoco refletir sobre suas atuações e exercer o questionamento e direcionar a crítica de que poderiam ter se comprometido mais, já que esses quadros da saúde pública, considerando suas trajetórias

“tinham algo a oferecer”, sendo então, permanentemente necessário persistir no exercício do compromisso irrestrito com os preceitos da RSB, sobretudo pelo fato de que “o jogo é muito bruto e não é para amador”.

#### 4.4.6 - REFERÊNCIAS

1. ARAÚJO, Carmen E.L. Estado e mercado, continuidade e mudança: a dualidade da política de saúde nos governos FHC e Lula. Tese (Doutorado em Ciência Política) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017. Disponível em: <<https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUOS->
2. AROUCA, Antônio S.S. Democracia é saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8.,1986, Brasília. *Anais...*Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, p. 35–42, 1987.
3. ABRANCHES, S. Presidencialismo de Coalizão.: raízes e Evolução do Modelo Político Brasileiro. 1. Ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2018.
4. BRASIL. Resolução 466 de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 12 de dezembro de 2012. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html) Acesso em: 07 dez 2021.
5. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Galeria dos Ministros. 2020. Disponível em: <<http://bvs.saude.gov.br/promocao-da-saude-3/83-galeria-dos-ministros>>. Acesso em: 10 out. 2020.
6. BRASIL. Portaria nº 1882/GM. Estabelece o Piso da Atenção Básica - PAB e sua composição.. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 19 de dezembro de 1997. Disponível em: <http://www.pgj.ce.gov.br/orgaos/PROSAUDE/pdf/portaria%201882.pdf>. Acesso em: 07 dez 2021.
7. BRASIL. Portaria nº 3.925/GM. Aprova o Manual para Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 13 de novembro de 1998. Disponível em:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3925\\_13\\_11\\_1998\\_rep.html#:~:text=O%20Piso%20da%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20B%C3%A1sica%20%2D%20PAB%20%C3%A9%20um%20valor%20per,MS%20n%C2%BA%201882%2C%20de%2018%2F](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3925_13_11_1998_rep.html#:~:text=O%20Piso%20da%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20B%C3%A1sica%20%2D%20PAB%20%C3%A9%20um%20valor%20per,MS%20n%C2%BA%201882%2C%20de%2018%2F). Acesso em: 14 dez 2021.

8. COUTINHO , Carlos N. As categorias de Gramsci e a realidade brasileira. In: COUTINHO , Carlos N.; NOGUEIRA Marco A. (Org.). *Gramsci e a América Latina*. Rio de Janeiro: Paz e Terra 1985. p. 103-127.
9. ESCOREL, Sarah. Saúde e democracia, democracia e saúde. *Revista Saúde em Debate*, n. 21, p. 51–5, 1988.
10. ESCOREL, Sarah. *Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1999.
11. FLEURY, Sonia (Org.). *Teoria da Reforma Sanitária; diálogos críticos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018.
12. FREITAS, Sônia M. *História oral: possibilidades e procedimentos*. 2. ed. – São Paulo: Associação. Editorial Humanitas, 2006.
13. GRAMSCI, A. *Cadernos do cárcere*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002. v. 5.
14. HELLER, A. *Teoría de las necesidades en Marx*. Barcelona: Ediciones Península, 1986.
15. LIBLIK, Carmen S.F.K. A entrevista na História Oral: notas sobre intersubjetividade e relação historiador-depoente. *História Oral*, 2021, 24(2), 273–291. <https://doi.org/10.51880/ho.v24i2.1204>
16. MOTA, André; MARQUES, Maria C.C.; BRASILEIRO, Danilo F. Reforma Sanitária e o estado de São Paulo 1970-1980: particularidades regionais e formação de seus trabalhadores. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. v. 25, e210118, p.1-18, 2021. DOI: <<https://doi.org/10.1590/interface.210118>>.
17. MACHADO, Cristiani V.. *Direito universal, política nacional: o papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002*. [Tese de Doutorado]. P.391. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2005.
18. MACHADO, Cristiani V. O papel federal no sistema de saúde brasileiro. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *A saúde no Brasil em 2030 - prospecção*

- estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde* [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 3. 35-70 pp. ISBN978-85-8110-017-3. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.
19. MACHADO, Cristiani V; LIMA, Luciana D; BAPTISTA, Tatiana W.F. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. *Cad. Saúde Pública*, v. 33, n. 2, p. 144-161. 2017.
  20. MINAYO, MARIA C.S. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; 2014.
  21. PAIM, Jairnilson S. *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica* [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356 p.
  22. PAIVA, Carlos H.A; TEIXEIRA, Luiz A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.15-35, 2014.
  23. PAIM, Jairnilson S. Reforma Sanitária Brasileira (RSB): expressão ou reprodução da revolução passiva? *Planejamento e Políticas Públicas*, n. 49, p. 15-33, 2017a. Disponível em: <<http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/8227>>. Acesso em: 8 mar. 2021.
  24. PAIM, Jairnilson S. Sujeitos da antítese e os desafios da práxis da Reforma Sanitária Brasileira. *Saúde em Debate*. v. 41, spe 3, p. 255-264, 2017b. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042017S319>>. Acesso em: 8 jan. 2021.
  25. REIS, Camila R. & PAIM, Jairnilson S. A Reforma Sanitária Brasileira durante os governos Dilma: uma análise da conjuntura. *Saúde em Debate*, v. 45, n. 130, p. 563-574, 2021, Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104202113001>>. Acesso em: 8 jun. 2021
  26. SCHRAIBER, Lilian B. Prefácio. In: PAIM, JS. *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica* [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, pp. 9-19. ISBN 978-85-7541-359-3. Available from SciELO Books .

27. SOUSA, Antonia A. CONCEITO GRAMSCIANO DE “REVOLUÇÃO PASSIVA” E O ESTADO BRASILEIRO. Revista Labor, v.1, n.3, p.28-40, 2010. Disponível: <http://www.periodicos.ufc.br/labor/article/view/9287>. Acesso em: 8 jun. 2021
28. TEIXEIRA, Carmen F.; PAIM, Jairnilson S. A política de saúde no governo Lula e a dialética do menos pior. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 29, n. 71, p. 268-263, set./dez. 2005. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406345256005.pdf>. Acesso em: 8 jun. 2021

**AGRADECIMENTO:**

Agradecemos ao Professor Doutor Jairnilson Silva Paim, pela generosidade intelectual em revisar criticamente o presente manuscrito



## *4.5 - Artigo 5<sup>v</sup>*

---

<sup>v</sup> Manuscrito encaminhado à Physis – Revista de Saúde Coletiva Saúde Coletiva, encontrando-se em avaliação, desde dezembro de 2021.

*“O ministério é uma máquina de problemas” : perfis de atuação de ex-ministros da saúde do Brasil (2002 a 2015)*

*“The ministry is a problem machine” : performance profiles of former health ministers in Brazil (2002 to 2015)*

*“El ministerio es una máquina de problemas” : los perfiles de desempeño de exministros de salud en Brasil (2002 a 2015)*

Danilo Fernandes Brasileiro<sup>1</sup>

Maria Cristina da Costa Marques<sup>2</sup>

Paulo Roberto Gonçalves-Segundo<sup>3</sup>

**4.5.1 - Resumo:** Estudo histórico de abordagem qualitativa que objetiva conhecer, descrever e analisar os perfis revelados pela trajetória de atuação de ex-ministros da Saúde do Brasil entre 2002 e 2015. A partir de entrevistas com seis ex-ministros, o estudo adotou o modelo argumentativo de Toulmin como sustentáculo teórico-metodológico da análise da argumentação dos ministros em defesa de certo perfil de gestão. Entre as principais alegações que perfizeram os perfis, destacam-se: ministro sem experiência na saúde que usou sua expertise na área econômica; ministro responsável por uma boa gestão, que deu a maior contribuição ao SUS pós-Constituinte; ministro com trajetória técnica prévia na saúde, mas com predileção a atuar politicamente; ministro não rotulável, mas com gestão com a marca do equilíbrio e da ponderação; ministro de atuação técnico-política, sem preocupação com projeção política; e último gestor radicalmente comprometido com o SUS e com a democracia. Concluiu-se que a adoção do modelo Toulmin ajudou sobremaneira a sistematizar esses perfis por meio de alegações que, entre outras características, consideram complementares – e não excludentes – o perfil de atuação técnico e o político. **Palavras-chave:** Saúde pública; História; Política; Argumentação; Ministros de estado.

**4.5.1 - Abstract:** Historical study with a qualitative approach that aims to know, describe and analyze the profiles revealed by the trajectory of the performance of former ministers of Health in Brazil between 2002 and 2015. From discovering with six former ministers, the study adopted Toulmin's argumentative model as theoretical-methodological support for the analysis of the arguments of the ministries in defense of a certain management profile. Among the main allegations that made up the profiles, the following stand out: minister without experience in health who demands his expertise in the economic area;

---

<sup>1</sup>Mestre em Ciências pela UNIFESP. Doutorando do Programa de Pós Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo – SP, Brasil; <http://orcid.org/0000-0002-3905-7579>; E-mail: danilo.brasileiro@hc.fm.usp.br

<sup>2</sup>Doutora. Professora da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo – SP, Brasil; <http://orcid.org/0000-0002-7461-3710>; E-mail: mcmарques@usp.br

<sup>3</sup> Professor Doutor da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo (FFLCH-USP).

minister responsible for good management, who made the greatest contribution to the post-Constituent SUS; minister with a previous technical background in health, but with a predilection to act politically; minister not labelable, but with management with the mark of balance and consideration; minister of technical-political action, without concern for political projection; and last manager radically committed to the SUS and a democracy. It was concluded that the adoption of the Toulmin model makes it possible to systematize these profiles through allegations that, among other characteristics, are part - and not exclusive - of the technical and political performance profile. **Keywords:** Public health; Story; Policy; Argumentation; Ministers of State.

**4.5.1- Resumen:** Estudio histórico con enfoque cualitativo que tiene como objetivo conocer, describir y analizar los perfiles revelados por la trayectoria de trabajo de los exministros de Salud en Brasil entre 2002 y 2015. Con base en entrevistas con seis exministros, el estudio adoptó el modelo argumentativo de Toulmin como soporte teórico-metodológico para el análisis de los argumentos de los ministros en defensa de un determinado perfil de gestión. Entre los principales alegatos que componen los perfiles destacan: ministro sin experiencia en salud que utilizó su pericia en el área económica; ministro responsable de la buena gestión, quien hizo el mayor aporte al SUS postconstituyente; ministro conformación técnica previa en salud, pero con predilección por actuar políticamente; ministro no etiquetable, pero con gestión con la marca de equilibrio y ponderación; ministro de acción técnico-política, sin preocupación por la proyección política; y último directivo radicalmente comprometido con el SUS y la democracia. Se concluyó que la adopción del modelo de Toulmin ayudó mucho a sistematizar estos perfiles a través de alegatos que, entre otras características, consideran complementario -y no excluyente- el perfil de desempeño técnico y político. **Palabras clave:** salud pública; Historia; Política; Argumentación; Ministros de Estado.

#### 4.5.2 -INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) pressupõe, antes de tudo, um projeto de sociedade que se expressa em valores civilizatórios como igualdade, justiça social e democracia (LIMA, H. et al., 2019). Constituiu-se como um projeto contra-hegemônico, já que o projeto vitorioso fora aquele capitaneado por Fernando Collor, antagônico ao ideário do SUS (REIS et al., 2016).

O Brasil foi o único país capitalista da América Latina que instituiu, na década de 1980, por meio do SUS, um sistema de saúde de base universal e dentro de uma concepção ampla de seguridade social (MACHADO; LIMA, L.; BAPTISTA, 2017).

Criou-se no contexto de Reforma Sanitária, que concebia a saúde como direito social a ser contemplado por políticas públicas, de acordo com o modelo social-democrata proposto por Esping-Andersen em 1990 (RODRIGUES, 2014).

Entre 1953 e meados da década de 1980, a implementação e a gestão de políticas públicas pelo Ministério da Saúde eram guiadas sobretudo por uma agenda pautada em programas e campanhas pontuais, dirigidas a grupos populacionais definidos por problemas de saúde emergenciais ou patologias prevalentes (MACHADO, 2007).

Até meados da década de 1980, não havia uma política nacional de saúde integrada, mas existiam dois subsistemas de saúde comandados por diferentes órgãos federais – o antigo Ministério da Saúde e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), operando sob lógicas também diferentes. Em 1993, a partir da criação do SUS e com a extinção do INAMPS, aconteceu um momento decisivo para a construção do novo Ministério da Saúde, com um perfil institucional mais coerente com as diretrizes e os princípios do SUS (MACHADO, 2007).

A partir dos anos 1990, conformava-se uma nova autoridade sanitária nacional, que, de modo pioneiro, teria a responsabilidade do comando único da política de saúde em nível federal e mais tarde assumiria um papel estratégico na condução e na regulação do próprio processo de descentralização e na coordenação federativa de políticas, programas e ações de saúde no âmbito do SUS (MACHADO, 2007).

De 1990 a 2016, deram-se a implementação, a ampliação, o aperfeiçoamento e a consolidação do SUS em solo brasileiro, ainda que sob forte tensionamento de diferentes grupos de interesses contrários à sua consolidação, com maior ou menor intensidade, nos governos Itamar Franco, Fernando Henrique Cardoso (FHC), Luiz Inácio Lula da Silva e Dilma Rousseff (REIS et al., 2016).

Segundo Reis et al. (2016), os avanços produzidos pelo SUS são inquestionáveis, expressivos e internacionalmente reconhecidos, geralmente representados e percebidos em políticas, programas e ações de saúde. A maior parte dessas políticas, programas ou ações foi criada entre 1994 e 2016, sob influência da forte tradição da universalidade e da descentralização, com largo espectro de abrangência, alta dotação orçamentária, além de um investimento peculiar nas mídias de massa. A gênese e a implementação dessas políticas, ações ou programas de saúde no cenário social brasileiro – Programa de Medicamentos Genéricos (1999), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (2003) e Programa Mais Médicos (2013), entre outros – foram providenciais, sendo a maioria deles pioneiros, inovadores e eficazes, resultantes de um processo decisório de criação e implementação que esteve preponderantemente vinculado à figura do ministro da Saúde, diferentes executivos que ocupavam o cargo a cada momento. De março de 1990 a abril de 2016, o cargo foi ocupado por 18 ministros, durante o mandato de cinco presidentes (BRASIL, 2014).

Com amplo poder de decisão, apesar dos tensionamentos que envolveram o processo, esses executivos da saúde participaram efetivamente da criação, da implementação e do aperfeiçoamento de numerosas políticas, programas e ações federais de saúde exitosas no cenário nacional. Apesar disso, ainda são pouco estudados, exceto por raros e pioneiros trabalhos que se dedicaram ao tema, como os de Machado (2007) e Menicucci (2011).

Codato e Franz (2018) observam que só recentemente pesquisadores se dispuseram a estudar o perfil de atuação dos ministros e, além disso, reiteram a necessidade de aprofundar discussões sobre esses perfis, bem como de sua trajetória

anterior, o que pode ensejar novos entendimentos sobre o funcionamento e a lógica que permeiam a atuação ministerial e sua influência no aperfeiçoamento do SUS.

Diante disso, e considerando as discussões atuais sobre a atuação ministerial em saúde no cenário político brasileiro, também ficou mais evidente a necessidade de que novos estudos se dediquem a compreender o arcabouço sócio-histórico dos fenômenos que envolvem e envolveram o Ministério da Saúde como instituição. Assim, adotando uma abordagem inédita, este artigo se propõe a conhecer, descrever e analisar os perfis de atuação revelados pela trajetória dos ex-ministros da Saúde que ocuparam o cargo entre 2002 e 2010, tomando como sustentáculo teórico-metodológico o modelo argumentativo de Stephen Toulmin (2006).

#### **4.5.3 -MÉTODO**

Trata-se de um estudo teórico de caráter histórico e abordagem qualitativa, que adotou, como método de pesquisa, a história oral (Alberti, 2005), na modalidade de história oral temática (Freitas, 2006). Propondo-se a lidar com memórias de acontecimentos e experiências vividas, o texto parte da seguinte premissa teórica do entendimento de Paul Ricouer (2003, p. 2): “não temos nada melhor do que a memória para nos assegurar de que alguma coisa se passou realmente antes que declarássemos lembrar-nos dela”.

Assim, os dados do presente trabalho provêm de trechos de entrevistas – quatro presenciais e duas virtuais – concedidas entre 2018 e 2020 por seis ex-ministros da Saúde do Brasil, que atuaram entre 2002 e 2010. Atendendo aos preceitos éticos que regulam a pauta (BRASIL, 2012), o projeto do estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (Parecer nº. 4.031.359,). Essas entrevistas foram

realizadas mediante consentimento e assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), sendo as mesmas guiadas por um roteiro com dez pontos temáticos comuns, posteriormente transcritas e reenviadas para apreciação de cada um dos participantes.

Como critério de seleção do presente estudo, utilizou-se as intervenções e questionamentos do entrevistador sobre como cada um dos ex-ministros entendia e classificava seu próprio perfil de atuação. Pré-selecionados os trechos das entrevistas pertinentes ao tema, os três autores do estudo definiram consensualmente aqueles que comporiam o *corpus* documental definitivo do estudo, sendo, em seguida, submetidos à análise, a partir do *layout* de movimentos argumentativos de Toulmin (2006).

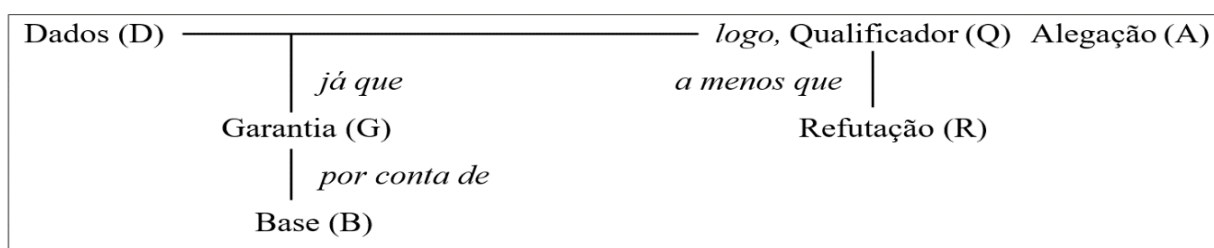


Figura 1 – *Layout* dos componentes do modelo Toulmin (2006)

A escolha desse referencial teórico metodológico de análise se deve ao fato de que, assim como no *corpus* documental analisado, os elementos de um raciocínio argumentativo estão ligados à necessidade de justificar determinadas teses que representam pretensões do ponto de vista comunicacional, além de fazer inferências lógicas (RIVERA & ARTMAN, 2015). Ademais, o modelo de Toulmin promete ser mais útil para testar e dissecar argumentos retóricos do que os métodos da lógica tradicional (BROCKERIEDE & EHNIGER 2009).

Proposto em 1958 e posteriormente, em parceria com Rieke e Janik, desenvolvido em 1978, o modelo de Toulmin tem seis componentes que explicitam a estrutura

argumentativa (Figura 1) de um processo de justificação e legitimação de um ponto de vista, ou seja, de uma ALEGAÇÃO. Dos seis componentes funcionais (DADOS, GARANTIA, APOIO, REFUTAÇÃO, QUALIFICAÇÃO e ALEGAÇÃO), três são considerados essenciais: DADOS, GARANTIA e ALEGAÇÃO. A Figura 1 mostra como se relacionam esses componentes

Conforme Toulmin, Rieke e Janik (1984, p. 28), no campo argumentativo, as ALEGAÇÕES são as “asserções apresentadas publicamente para a aceitação geral”, e, de acordo com Gonçalves-Segundo (2016, p. 76), “consistem em conclusões QUALIFICADAS”. Já os DADOS são “fatos aos quais recorreremos como fundamentos para a ALEGAÇÃO” (TOULMIN, 2006, p. 140), ou seja, os pontos a partir dos quais se deriva a aceitabilidade das ALEGAÇÕES (GONÇALVES-SEGUNDO, 2020).

Já as GARANTIAS são um dispositivo de legitimação da ponte entre DADOS e ALEGAÇÕES, ou melhor, “regras, princípios, licenças de inferências ou o que quisermos, desde que não sejam novos itens de informação” (TOULMIN, 2006, p. 141), e, como bem destacou Gonçalves-Segundo (2016, p. 76), constituem “generalizações derivadas de APOIOS” que já estão pré-legitimadas em dados campos ou discursos (GONÇALVES-SEGUNDO, 2020).

A BASE, por sua vez, é o conjunto de evidências que sustentam GARANTIAS e DADOS (GONÇALVES-SEGUNDO, 2020).. Seu conteúdo e sua forma de construção mudam de acordo com o campo em que se encontra a lógica argumentativa: por exemplo, o aparato legal da jurisprudência que sustenta os argumentos no campo do Direito (TOULMIN, 2006).

Gonçalves-Segundo (2016, p. 74) entende que a QUALIFICAÇÃO se vincula “ao grau de compatibilidade da GARANTIA em relação ao teor dos DADOS oferecidos para se



chegar a alguma conclusão”, e suas formas de apresentação são geralmente expressas “por verbos como *dever* e *poder*; construções atributivas como *é necessário*, *é possível*, *não é provável*; advérbios como *provavelmente*” etc.

Já as REFUTAÇÕES “visam a enfraquecer a ALEGAÇÃO, por questionar a integridade, a validade ou a aplicabilidade da GARANTIA, por negar a factualidade dos DADOS ou ainda por questionar a solidez do APOIO” (GONÇALVES-SEGUNDO, 2016, p. 76), sendo “tipos de circunstâncias excepcionais que, em casos específicos, podem refutar as suposições criadas pela GARANTIA” (TOULMIN, 2006, p. 153).

Quadro 1 – Relação de Ministros da Saúde Entrevistados Incluídos no Estudos.

MINISTRO	PERÍODO NO MINISTÉRIO	PARTIDO	PRESIDENTE	BREVE DESCRIÇÃO BIOGRÁFICA	DATA E LOCAL DA ENTREVISTA
<i>Barjas Negri</i>	21 fev. 2002 31 dez. 2002	PSDB	<i>Fernando Henrique Cardoso</i>	<i>Nascido em São Paulo-SP (8 dez. 1950). Economista com mestrado e doutorado pela UNICAMP-SP. Foi secretário executivo do FNDE (1995-1996) e do Ministério da Saúde (1997-2002), além de prefeito da cidade de Piracicaba por três mandatos.</i>	<i>Piracicaba-SP, 20 dez. 2018</i>
<i>Humberto Sérgio Costa Lima</i>	1 jan. 2003 8 jul. 2005	PT	<i>Luís Inácio Lula da Silva</i>	<i>Nascido em Campinas-SP (7 jul. 1957). Jornalista e médico especialista em clínica médica, medicina geral e comunitária e psiquiatria. Foi vereador e secretário de Saúde de Recife-PE (2001-2003), além de deputado estadual (1990-1993) e federal (1995-1999). Atualmente, é senador da República.</i>	<i>Brasília-DF, 11 nov. 2019</i>
<i>José Saraiva Felipe</i>	8 jul. 2005 31 mar. 2006	PMDB	<i>Luís Inácio Lula da Silva</i>	<i>Nascido em Belo Horizonte-MG (26 mar. 1952). Médico com mestrado pela FIOCRUZ-RJ. Foi secretário municipal de Saúde de Montes Claros (1983-1985) e estadual de Saúde de Minas Gerais (1991-1994), secretário de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde (1989-1990) e deputado federal por cinco mandatos. Atualmente, desenvolve seu doutorado na UnB-DF.</i>	<i>Virtual, 29 jun. 2020</i>
<i>José Agenor Álvares da Silva</i>	31 mar. 2006 16 mar. 2007	sem partido	<i>Luís Inácio Lula da Silva</i>	<i>Nascido em Abaeté-MG (2 jun. 1947). Farmacêutico e bioquímico pela UFMG, Doutor Notório Saber pela FIOCRUZ (2015). Foi secretário executivo no Ministério da Saúde 92005-2006) e diretor da ANVISA (2007-2013). Atualmente, é assessor da Fundação Oswaldo Cruz.</i>	<i>Brasília-DF, 3 out. 2019</i>
<i>José Gomes Temporão</i>	16 mar. 2007 31 dez. 2010	PMDB	<i>Luís Inácio Lula da Silva</i>	<i>Nascido em Merufe-Portugal (20 out. 1951). Médico, com mestrado pela FIOCRUZ (1984) e doutorado pela UERJ (2002). Foi subsecretário do Estado de Saúde do Rio de Janeiro, secretário de Planejamento do INAMPS (1985-1989), diretor geral do INCA e secretário nacional de Atenção à Saúde (2005). Atualmente, é professor e pesquisador titular aposentado da Fundação Oswaldo Cruz.</i>	<i>São Paulo-SP, 22 mar. 2019</i>
<i>Ademar Arthur Chioro dos Reis</i>	3 fev. 2014 2 out. 2015	PT	<i>Dilma Vana Rousseff</i>	<i>Nascido em Santos-SP (5 dez. 1963). Médico com mestrado pela UNICAMP-SP (2001) e doutorado pela UNIFESP (2011). Foi diretor do Departamento de Atenção Especializada do Ministério da Saúde (2003-2005) e Secretário de Saúde de São Bernardo do Campo-SP (2009-2014). Atualmente, é professor do Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina/UNIFESP.</i>	<i>Virtual, 12 fev. 2020</i>

Fonte; Brasil (2020)

#### 4.5.4 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segue-se a análise dos excertos extraídos, e o Quadro 1 contém informações sintéticas de referência sobre cada um dos ex-ministros que participaram do estudo.

##### 4.5.4.1 - Barjas Negri

Com base nos depoimentos realizados em entrevista presencial, na cidade de Piracicaba -SP, em 20 de dezembro de 2018, Barjas Negri apresentou a ALEGAÇÃO de ter sido um ministro sem conhecimento técnico prévio na saúde, mas que aceitara o desafio e paulatinamente se inteirara do tema, ainda que sua contribuição se vinculasse a sua área técnica de formação, a Economia. Nesse sentido, equipara e até sobrepõe a expertise econômica à expertise técnica específica em saúde, pois:

*“Como sou economista, tinha trabalhado em prefeitura, tinha sido secretário, eu tinha sido coordenador de políticas sociais de São Paulo, tinha sido secretário de planejamento de Piracicaba, tinha dois anos no FNDE, eu tinha uma familiaridade técnica, na questão de planejamento, na questão orçamentária; então, provavelmente isso. Minha atuação no Ministério da Saúde, como secretário executivo ou como ministro, para mim, ela foi extremamente importante, primeiro, que eu aprendi a entender a área específica, certo? Eu consegui enxergar melhor o Brasil, do ponto de vista social, das estruturas de saúde.”*

Referiu-se com mais liberdade à sua atuação enquanto secretário executivo do que enquanto ministro e reforçou a ALEGAÇÃO de que fora um ministro com expertise econômica, com a capacidade de estabilizar e viabilizar a implementação de programas, uma vez que:

*“Então, entendi melhor a questão. Já sabia dos desequilíbrios regionais e procurei utilizar meu conhecimento técnico para aperfeiçoar esse mecanismo. Depois de alguns anos, eu meio que já conhecia os programas, tudo direitinho. Meu papel era muito mais no sentido de planejar orçamento, liberar recursos, fazer os programas terem viabilidade. Então, meu papel – e o do Serra também – foram no sentido de estabilizar essas coisas. Nosso papel era fazer, discutir com os técnicos como é a portaria, como é isso, e vamos dar a viabilidade orçamentária.”*

Recorreu a DADOS que mostram como ele viabilizou, saneou e estabilizou processos, fornecendo mecanismos sobre o sustentáculo da austeridade econômica, para que o SUS, até então dormente, fosse implementado em toda a federação, já que no seu julgamento:

*“Tanto que foi nesse período que os principais programas foram criados, implementados, financiados e sustentados .Você pode ver: todas a portarias tinham um casamento com o orçamento, e até então não tinha muito. Era muito difícil ter alguns programas que se tornassem de âmbito nacional.”*

Seja nos detalhes implícitos nos excertos apresentados ou nas ALEGAÇÕES de Barjas Negri, identifica-se que ele se posicionou preferencialmente de modo mais técnico, apesar de reconhecer sua trajetória de atuação política e considerá-la também imprescindível. Nesse sentido, Gomes, Dias e Motta (1994) afirmam a vigência do raciocínio nos discursos da elite burocrática nacional, em que se reitera uma dicotomia natural entre políticos e técnicos: muitas vezes, se constrói a figura do técnico na condução da coisa pública, já que ele é um gestor especializado, com alto nível de expertise e formação, que supostamente tem neutralidade e distanciamento político, capaz de romper a ineficiência e o atraso e criar soluções e riqueza.

Como secretário-executivo, Negri tornou-se central na negociação instituída entre o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) para estabelecer a NOB 96 e implantar o Piso de Atenção Básica (PAB), além da estratégia da regionalização, ativada pelas Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) 2000/2001 (ARAÚJO, 2017).

A argumentação fiou-se na GARANTIA, ou seja, na presunção de que um ministro bem-sucedido não precisa necessariamente ser um técnico da saúde ou ter conhecimento

prévio do campo, o que acontecerá paulatinamente no desempenho da função, já que a atuação e técnica frente aos aspectos econômicos é imprescindível para que boas ideias saiam do campo teórico e se concretizem. Sustenta-se na máxima de que boas ideias de programas de saúde sempre existem, mas, sem austeridade e viabilidade econômica, acabam ficando no campo teórico, já que considerava que: “O ministério tinha uma grande concentração de médicos, pessoas boas, responsáveis, mas com pouca familiaridade com a questão orçamentária e pouco diálogo com a questão econômica.”

Em seu discurso de posse, Negri (2002) procurou, às vezes, reforçar a performance econômica da pasta da Saúde desde 1997, quando disse que o então ministro José Serra, assumira o Ministério com melhores condições de orçamento do que nos anos anteriores, com condições mais favoráveis para expansão e modernização do SUS, procurando mostrar como foi possível obter eficiência de gestão, viabilizada pela otimização racional dos recursos disponíveis.

Machado, Lima, e Baptista (2017) afirmam que, no caso específico de Barjas Negri, vinculado ao PSDB (Partido da Social Democracia Brasileira) paulista, o que ocorreu foi a indicação de um homem de confiança de FHC desde o cargo de secretário executivo. Essa foi uma estratégia para negociar politicamente os ministros com os partidos aliados, garantindo que a secretaria executiva dos ministérios fosse de pessoas da confiança do presidente (ARAÚJO, 2017).

#### **4.5.4.2 - Humberto Sérgio Costa Lima**

Pautado nos relatos oriundos da entrevista realizada presencialmente em Brasília-DF, em 11 de novembro de 2019, Humberto Costa assevera que buscou diferenciação e exclusividade, atribuindo-se o lugar de representante da melhor gestão pós-Constituinte

(sua ALEGAÇÃO central), ainda que não defina o que seria, para ele, uma “boa gestão”, pois entendia que: *“Minha gestão foi uma boa gestão, acho que ela fortaleceu muito o Sistema Único de Saúde. Acho que a nossa contribuição para A implementação do SUS foi a maior de todas, desde o processo da Constituição.”*

Não foi descritivo acerca dos DADOS que sustentam o ponto de vista acima citado, muito embora recorra a descrições de ações em geral, quando afirmou que: *“Nós procuramos atuar em todos os aspectos, na formação, na participação, na estruturação da atenção à saúde no Brasil.”*

A segunda ALEGAÇÃO, em que procurou mostrar o empenho de sua equipe na busca de ações que fortalecessem o governo, reforça também sua vinculação partidária e sua militância, anulando o personagem executivo; por outro lado, reitera a necessidade de implementar ações sociais que se tornariam ativos políticos, inseridos num projeto político-partidário de poder não especificado.

*“Apesar de ter uma militância, apesar de ter sido secretário, eu não tinha um amplo conhecimento dos quadros da saúde no Brasil de um modo geral. A gente tinha uma coisa de equipe muito forte, muito grande e a gente queria que o governo tivesse da nossa parte como estava tendo de outras áreas, coisas que politicamente fortalecessem o governo. O SAMU era um programa que não só enfrentava e resolvia um problema complexo na área assistencial, como também era um programa que a gente já sabia que ia, sem dúvida, melhorar bastante a construção da imagem do governo.”*

Tomando como paralelo seu discurso de posse, Costa (LIMA, H., 2003) estabelece uma narrativa em que projeta uma atuação ousada e considera que, a partir daquele momento, seria a hora de “avançar” na “afirmação dos princípios e diretrizes do SUS”, já que o governo Lula assumira, como sua ”prioridade principal, a questão social”, sendo o objetivo central de sua gestão “fortalecer o SUS” e “fazê-lo de fato uma política hegemônica”.

Apesar de o discurso alinhar-se à melhoria do acesso aos serviços de saúde, ao fortalecimento da descentralização e à expansão da atenção básica, entre outros, o ministro Humberto Costa concentrava-se naquilo que poderia dar notoriedade à sua gestão (Araújo, 2017), posto que se esforçou para criar ativos políticos (marcas) importantes de gestão como o Brasil Sorridente, o SAMU e a Farmácia Popular (MACHADO; LIMA, L.; BAPTISTA, 2017).

Além disso, nota-se em suas ALEGAÇÕES a aproximação com um perfil de atuação mais político; evidentemente, com conhecimento técnico prévio da área, mas consciente da representatividade do cargo que ocupou, até porque, segundo Justo (2019), Lula entendia que o cargo de ministro era político e o escolheu por sua trajetória e representatividade dentro do Partido dos Trabalhadores. Além disso, ainda de acordo com relatos presentes na análise de Justo (2019), Humberto Costa afirmava à época que, em sua gestão, faria política, atuaria politicamente, cabendo a coordenação técnica de todas as secretarias e demais áreas ao secretário executivo, Gastão Wagner.

Apresentou meticulosamente algumas ressalvas, no intuito de REFUTAR a existência de interesse em uma gestão bem-sucedida com fins em projeção política, pois destaca a atuação discreta e desprovida de cálculo ou premeditação, alinhada ao interesse partidário, focada no trabalho e nas boas intenções para com os cidadãos, pois:

*“O Ministério é uma máquina de problemas, mas também, se você quiser trabalhar, fazer pela população ou até mesmo se você quiser construir uma imagem na política, ele ajuda. Nunca tivemos uma preocupação, já desde o primeiro momento de fazer aquele barulho, aquele negócio todo.”*

Quanto à QUALIFICAÇÃO, mostrou um compromisso moderado, usando o qualificador “achar” para modular a asserção potente de que teria feito a melhor gestão

da Saúde pós-Constituinte. Com essa estratégia, além de assumir a responsabilidade por tal avaliação, o ex-ministro parece querer dissipar uma imagem de prepotência.

Analisando a atuação de ministros brasileiros entre 1990 e 2014, Cavalcante e Palotti (2016) observaram que os governos do Partido dos Trabalhadores (PT) foram formados por ministros com mais experiência político-partidária, afirmação que se pode aplicar ao perfil do ministro em tela, sobretudo se se considerar que ele não era próximo ao movimento sanitário. De fato, agregada à sua ligação com o campo majoritário do PT e especificamente apoiado por José Dirceu, pode-se dizer que sua capacidade política e liderança regional foi o motivo de sua nomeação como Ministro da Saúde (ARAÚJO, 2017).

#### **4.5.4.3 - José Saraiva Felipe**

Tomando por base a entrevista realizada virtualmente em 29 de junho de 2020, depreende-se uma ALEGAÇÃO em que se observa a proposta de harmonizar a atuação técnica e a política, sobretudo quando rejeitou uma das possibilidades da pergunta – a de que o perfil pudesse ser mormente técnico *ou* político, já que considerava que: *“Não poderia separar o técnico do político, pois ao mesmo tempo eu tinha formação técnica, tinha experiência, um currículo na área... Mas um currículo de ocupação de espaço de gestor, que eu acho que é raro. Então, foi técnico-político.”*

A segunda ALEGAÇÃO, de que era um ministro com trajetória técnica e política mas com predileção de atuar politicamente, expõe a capacidade de atuação política de bastidor do ex-ministro. Por mais que considere a importância técnica, que não parece ser periférica para ele, mas circunstancialmente menos prioritária do que a manutenção da



austeridade das relações político-partidárias e a imagem do ministério frente à mídia nacional, Saraiva se posiciona como um articulista minucioso, sagaz e bem-sucedido.

*“Acho e tenho a convicção de que o Ministério tem uma conduta técnica. Dentro de um processo político, ele acaba sendo político: vai se envolver com questões políticas, vai atender à demanda dos políticos. Talvez a diferença fosse que eu tinha gosto em fazer isso. Ao mesmo tempo em que criei uma condução técnica para o Ministério e eu tinha plena consciência de que a minha força estava em manter um canal político com o Congresso Nacional, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde, etc.”*

Usa como DADO sua reconhecida trajetória técnica de atuação, que se confunde com a atuação em cargos executivos que exigiram e despertaram a predileção pela atuação política do ex-ministro, tanto que se sente mais confortável em transitar politicamente e dialogar em várias frentes, articulista que é, desde que sustente sua gestão por técnicos com comprovada capacidade de atuar em gestão da saúde, pois afirmou que: *“Ia muito à Câmara, fazia reuniões e outras coisas, procurava atender aos deputados e senadores.”*

Ao ALEGAR que foi um ministro de atuação técnico-política, indica, como GARANTIA, que ministros com seu perfil devem considerar a dicotomia de atuar entre a técnica e a política, não como excludentes mas como complementares, pois, além da trajetória técnica que o legitimava, cercou-se de membros tecnicamente qualificados que lhe deram subsídios para equilibrar essa relação e, conseqüentemente, seu perfil de atuação, pois:

*“O Ministério vivia no jornal todo dia, sobretudo por confusão com Cesar Maia no Rio. Era um rolo. Eu conhecia essas pessoas de outros carnavais. Eu disse, ao presidente, o seguinte: “Você está me pedindo para pacificar o Rio de Janeiro, pacificar Brasília. Agora, eu preciso da coluna dorsal do Ministério. Então, eu botei o Agenor na secretaria executiva, o Temporão, o Moisés, gente que eu conhecia há vinte anos. As pessoas que eu procurei para trabalhar comigo, que eu convidei para trabalhar comigo – o Agenor, o Temporão e os outros cargos – não aceitariam que eu escolhambasse... fizesse alguma que, na verdade, contrariasse uma condução técnica, compromisso que era*

*meu e deles, desde o processo de construção do Sistema Único de Saúde.”*

Nota-se, entretanto, que, por mais que formalmente se refira como técnico-político, tentando contrariar a crença dicotômica enraizada no senso comum que opõe o técnico e o político (KLUGER, 2015), assim como Barjas Negri, Saraiva contraditoriamente reforça um perfil dominante de atuação – nesse caso, o político.

Há responsabilidade e preocupação no direcionamento do executivo de manter e indicar técnicos de comprovado gabarito para atuar em posições de alto escalão, o que expõe uma certa resistência do próprio ministro em se posicionar tecnicamente com um plano próprio e autoral de gestão do Ministério da Saúde, mas não se pode afirmar que fosse uma falha conceitual ou circunstancial, já que o momento conjectural político, à época, era de tentar estabilizar relações político-partidárias.

José Saraiva Felipe reportou a sua saída da gestão do Ministério da Saúde do PT como tentativa de recompor a base de apoio do governo, sobretudo com o Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), após a crise política do governo Lula em 2005 (MACHADO; LIMA, L.; BAPTISTA, 2017), já que era um peemedebista ligado às três alas da legenda e, ao mesmo tempo, tinha uma trajetória técnica de atuação na gestão da saúde (ARAÚJO, 2017).

Embora enalteça sua capacidade dialógica de gestão de conflitos e atuação política nos bastidores, sabe-se que, ao longo da história, nomeações ministeriais focalizaram a questão da governabilidade do presidencialismo brasileiro, máxima que pode ser aplicada ao ex-ministro supracitado (ABRANCHES, 1988).

#### **4.5.4.4 - José Agenor Álvares da Silva**

As ALEGAÇÕES identificadas no argumento proveniente de entrevista presencial, realizada em Brasília-DF, em três de outubro de 2019, mostram em princípio que esse ministro tentou evitar a atribuição de um rótulo à sua gestão, mas paulatinamente vinculou o rótulo do “equilíbrio”, na medida em que procura não desvincular de sua formação e trajetória de funcionário de carreira do Ministério da Saúde a necessidade de atuar politicamente. De fato, José Agenor, declarou que equilíbrio é conciliar as demandas político-partidárias com as demandas técnicas da saúde, concepção que representa a GARANTIA de seu argumento, sendo que:

*“Eu acho que a marca da minha gestão pode ter sido colocada assim: “A marca do equilíbrio”. “Ponderação e equilíbrio”. Eu atuei politicamente com uma visão diferente, com uma visão em que buscava nas minhas decisões um viés baseado naquilo que tecnicamente fosse o mais indicado, mas eu não podia jamais esquecer que estava ali cumprindo uma função política. Tinha que atuar politicamente.”*

Nota-se uma sensatez articulada, uma vez que claramente foca sua ALEGAÇÃO numa gestão ponderada, equilibrada, dialógica, sem muito se comprometer com polêmicas ou desavenças, já que tenta expor uma consciência madura de entendimento das demandas políticas e técnicas que o cargo exigia. Sua posição técnica, na passagem pelo ministério, se voltava para era impedir retrocessos e não desmobilizar os projetos em andamento (ARAÚJO, 2017).

Usa um volume significativo de DADOS para sustentar a parte técnica da ALEGAÇÃO, com uma construção heroica de superação e vitória por mérito próprio, que, segundo o ministro, é independente de imposição e sequer de influência político-partidária, embora, cumpre lembrar, afirme que tenha desempenhado um cargo político e uma função política, o que está ligado à ideia de equilíbrio. Utiliza ainda como DADO o exemplo de sua trajetória técnica dentro do Ministério, o que por sua vez lhe forneceu

resiliência e discernimento para atuar politicamente à frente do cargo ministerial, sem se afastar da seriedade que exige a condução do que é público, como se percebe no relato a seguir:

*“Fui o primeiro Ministro da Saúde que veio dos quadros do ministério. Meu orgulho disso é que em nenhum desses momentos em que eu ocupei, em todas as funções que eu ocupei, paulatinamente vim ocupando, nenhuma foi por imposição política partidária: todas elas foram exatamente em reconhecimento de alguns princípios de que a gente não pode se afastar na condução do que é público.”*

Ele fiou a dimensão política da ALEGAÇÃO de gestor ponderado, equilibrado e austero numa GARANTIA ancorada na conjectura política transitória do cargo (interinidade), pois segundo o mesmo: *“Era mais no final do mandato e, em fim de mandato, você não tem que ficar tentando criar coisas novas. Você tem que acabar e fortalecer aquilo que está em curso. Então, a minha marca é isso: a marca do equilíbrio.”*

Tal reconhecimento exposto acima, é ainda invocado por meio de uma BASE difusa em termos de identificação de sua fonte, quando afirma que: “Pelo menos o que eu recebo de conversas, mesmo quando a pessoa não gosta de mim, sempre diz isso: “Olha, José, você foi um ministro que soube manter o equilíbrio e uma equidistância impressionante entre as discussões políticas partidárias”. A narrativa escolhida pelo mesmo parece orientada a desestimular ceticismo em relação a essa imagem de equilíbrio que constrói, visto que ela não seria calcada apenas em sua opinião, mas objeto de reconhecimento geral,

Quando José Agenor assumiu o Ministério, com considerável apoio intrassetorial, embora com menos força política, visto não estar ligado a partido político, era de fato um período de gestão que certamente exigiria um perfil de atuação mais ponderado, com entendimento do momento de transição e continuidade das políticas prioritárias, até porque se vislumbrava um cenário de constantes brigas pelo cargo ministerial

(MACHADO; LIMA, L.; BAPTISTA, 2017). O ex-ministro apresentou como DADO que, como era mais no final de mandato, não tinha que ficar tentando criar coisas novas, mas concluir e fortalecer aquilo que estava em curso.

Quanto à QUALIFICAÇÃO, é possível identificar no início do argumento um moderado nível de compromisso, afirmando “eu acho” e não declarando assertivamente aquilo que acredita ter sido sua gestão. Todavia, no decorrer do discurso, sente-se subsidiado e seguro para ser mais assertivo e assumir com alto grau de compromisso aquilo que afirma que ela tenha sido.

Quanto à REFUTAÇÃO, é notório que inicialmente ele refuta a ideia de rótulo, mas logo se identifica como uma marca, que certamente agrega diferenciação e singularidade à sua trajetória ministerial. Verificou-se também que ele refuta imediatamente a ideia de que fosse um ministro mais técnico do que político, posto que ALEGA ter atuado politicamente, ainda que de uma perspectiva técnica.

Observou-se, nos excertos anteriores, assim como nas ALEGAÇÕES de José Agenor, a indissociabilidade da atuação técnica e política, provavelmente inerente ao cargo, uma vez que gabinetes ministeriais são ocupados tanto por técnicos, concursados em empresas públicas e em instituições de ensino superior, quanto por políticos de carreira que têm cargos eletivos e são nomeados em posições de alto escalão na administração pública (CODATO; FRANZ, 2018).

Ministros que se referem como apartidários, como Ministros apartidários, como José Agenor, geralmente são especialistas que levam à gestão seu conhecimento técnico em algumas áreas importantes da administração pública (AMORIM-NETO, 2007). No seu caso, manteve a ALEGAÇÃO da atuação política sob a perspectiva técnica, sem dissociá-las, mas é inegável a ênfase em sua posição e trajetória de atuação técnica na

burocracia federal, implicitamente como GARANTIA de sua “atuação política imparcial e séria”, já que, segundo Gomes, Dias e Motta (1994, p. 9), na tradição de formação intelectual que opõe políticos a técnicos, estes são considerados “portadores de um saber especialmente apropriado à administração da coisa pública”.

Entende-se assim que, mesmo técnicos que abdicam de atuação política profissional no cotidiano de sua prática, atuam também politicamente, pois se negam a aceitar que se deixe, aos ditos políticos, a decisão sobre os rumos da política em consequente influência sobre sua área de competência, defendendo com afincos ideais, pondo-os em situações conflituosas com representantes políticos (KLUGER, 2015).

#### **4.5.4.5 - José Gomes Temporão**

A partir dos argumentos em entrevista concedida em São Paulo-SP, em 22 de março de 2019, percebe-se que Temporão desenvolve ALEGAÇÕES, em que se define como componente de um seleto grupo de ministros longevos na função, pois afirmou que: *“Fui um dos mais longevos. O Serra ficou alguns meses mais do que eu, e depois só dois ministros, durante o governo militar, durante a ditadura, ficaram mais tempo que eu e o Serra”*

Reforça a máxima de um ministro com atuação híbrida, técnico-política, uma vez que lidava com questões políticas inerentes ao cargo e tinha uma trajetória prévia como sanitário, de acadêmico ligado à FIOCRUZ, pois considerou que: *“Fui técnico-político. Por quê? Porque, na minha trajetória, inevitavelmente você lida com política”*

ALEGA ter sido um ministro que se aproximou de questões polêmicas, que não necessariamente careciam de viés técnico, mas eram politicamente relevantes; daí sua justificação por exposição midiática. É possível afirmar que sua trajetória pessoal técnica

se tenha confrontado fortemente com a visibilidade que o cargo fornece e, percebendo isso, o ministro tenha feito uso dessa faceta, como se pode notar em suas próprias palavras:

*“Eu assumi discussões sobre a questão de aborto, da propaganda de medicamentos, discuti com o Zeca Pagodinho, teve a questão da cirurgia da mudança de sexo, que eu implementei. Uma série de outras questões, como direitos sexuais e reprodutivos. Fui um ministro muito atuante na mídia!”*

Menicucci (2011) afirmou também que Temporão, um ministro com trajetória técnica e atuação política vinculada ao movimento sanitário, apresentou um programa de trabalho ousado, alinhado ao pensamento sanitarista, que reforça a ideia de produção social do processo de saúde-doença, com inúmeras ações relevantes, como, por exemplo, o Complexo Industrial da Saúde (CIS) e quebra de licenciamento do Efavirenz, usado no tratamento do HIV (vírus da imunodeficiência humana), além de ações que chamaram a atenção dos principais veículos da mídia, com manifestações públicas de reflexões acerca de tabus, como o abortamento inseguro e limitações à propaganda de bebidas alcoólicas.

Cabe ressaltar que, na maior parte dos relatos, foi constante a referência e a discussão acerca da técnica e da política, apresentadas como competências independentes mas complementares. No caso de Temporão, ao ALEGAR enfaticamente ter sido técnico-político, ele vai ao encontro da abordagem de Lopez e Praça (2015), que afirmam ser ideal combinar trajetória e formação técnica e política. Apesar de tais perfis não serem considerados excludentes nas ALEGAÇÕES dos entrevistados até aqui, parece que Temporão foi o mais assertivo quanto a essa ALEGAÇÃO de complementariedade entre o técnico e o político, já que a oposição entre as vertentes é ilusória: não se sustenta nem teórica e tampouco empiricamente (GOMES; DIAS; MOTTA, 1994).

O tipo de ministro que ALEGA ter sido “sem marcas”, paradoxalmente, deve lutar para atingir uma marca, a do fortalecimento do SUS, nem que para isso lide com questões sensíveis à sociedade e demonstre seu descompromisso com ambições político-partidárias. A negação enfática de se constituir num ministro com marcas, associada à exposição midiática, traz um perfil pessoal bastante preocupado com sua figura pública e a repercussão social de suas ações, como se nota no excerto abaixo:

*“Eu dei uma entrevista ao jornal O Globo – se você pesquisar no Google, vai achar –, de que o Lula não gostou e me chamou a atenção depois, cuja chamada era: “Eu quero ser lembrado como um ministro sem marcas”. Em que sentido? Um ministro que, durante seu mandato, trabalhou para fortalecer o SUS, sem estar preocupado em ser um ministro do Programa A, do Programa B ou do Programa C, para usar isso como capital político para entrar na política.”*

Então usa como DADO, para sustentar a ALEGAÇÃO de haver sido um ministro sem marcas, que lutou para fortalecer o SUS, exemplos de sua trajetória técnica de médico sanitário, que o credencia a enveredar por discussões com repercussão política e midiática. Ele assume como DADO o valor de não ter a preocupação de se projetar na carreira política, o que automaticamente descarta qualquer possibilidade de perseguir marcas e, conseqüentemente, ser um ministro com uma.

Identifica-se uma BASE, o jornal *O Globo*, que consiste numa fonte crível que permite fiar sua principal ALEGAÇÃO (a de querer uma gestão sem marcas), com menção aos possíveis efeitos colaterais que sua atuação peculiar acabou produzindo.

Nota-se uma REFUTAÇÃO quando ele contradiz o questionamento que tenta levá-lo ao rótulo de ministro técnico, definindo-se enfaticamente como um ministro híbrido, técnico-político. Além disso, procura se desvincular da alcunha de ministro sem marcas, embora na sequência dos relatos assumia ter a [marca] de um dos mais longevos no cargo e que lutou para fortalecer o SUS.



Comparando o excerto em análise com o discurso de transmissão de cargo ministerial de Temporão a seu sucessor, Alexandre Padilha, notam-se semelhanças discursivas, sobretudo quando, ao ser perguntado por um repórter sobre as marcas de sua gestão, afirma que “gostaria de ser lembrado como um ministro sem marcas” (TEMPORÃO, 2011).

Nesse mesmo discurso de transmissão de cargo, refere-se à relação “mídia-saúde pública”, já que afirmou ter sido um ministro muito atuante na mídia. Considerava que “a grande mídia, em suas manifestações fundamentais para a consolidação da democracia, muitas vezes, no calor dos temas em debate, não nos auxilia adequadamente na tomada de consciência”, concorrendo para a construção de “uma percepção da população sobre as mudanças na saúde[...] heterogênea e fragmentada” (TEMPORÃO, 2011).

O fato é que, como poucos, Temporão utilizou o poder das mídias, sobretudo televisiva, avaliando a “*temperatura social*” acerca de exposição e discussões sobre temas sensíveis, cujos debates eram e ainda são nacionalmente necessários, como o álcool e aborto, de modo que não se esquivou do enfrentamento de tais questões, que gerou por alguns jornalistas, a associação da sua imagem à do “ministro que colecionou polêmicas com a mídia” (ÉBOLI, 2008).

#### **4.5.4.6 - Ademar Arthur Chioro dos Reis**

Em entrevista concedida virtualmente em 12 de fevereiro de 2020, Arthur Chioro, ALEGA ter sido o último dos ministros de fato radicalmente comprometido com o SUS, pois: “*Eu acho que fui um gestor comprometido com o SUS, radicalmente comprometido com o SUS. Foi uma gestão radicalmente comprometida com o SUS. E sem falsa*

*modéstia, participativa assim, com capacidade de escuta.*” Utiliza uma BASE difusa, que atua no sentido de desestimular ceticismo:

*“Eu já ouvi diversas vezes uma expressão que de alguma maneira me dá orgulho, mas me dá muita tristeza ao mesmo tempo, de que eu teria sido o último ministro comprometido com o SUS que nós tivemos, e de alguma maneira eu sou obrigado a reconhecer que isso tem uma ponta de verdade.”*

Percebe-se uma GARANTIA que parte da premissa de que um ministro radicalmente comprometido com o SUS se faz por sua independência, capacidade de escuta e diálogo, seja pelo fato em lidar com a luta antimanicomial (primeiro DADO mobilizado), pela capacidade de escolha de membros de equipe que sigam o mesmo mantra (segundo DADO) ou pela capacidade independente de escolha, na vigência de contrariedades aos princípios em que acredita (terceiro DADO).

*“Acho que vou dizer para você que não teve nenhum ministro nesses trinta anos de SUS que fosse tão vinculado à luta antimanicomial como eu e minha equipe. Era assim uma equipe completamente comprometida, tanto que, na verdade, quando a gente sai, ainda no governo da Dilma, talvez a gente já passe a viver o maior retrocesso. Como eu disse, não tinha compromisso, não pedi, também não pediria para ficar, se não fosse para implementar. Isso não é bravata, não. Isso é porque a equipe que trabalhava comigo jamais me permitiria. Tanto que é até difícil, pois também tivemos grandes equipes, como a do Humberto, gente muito qualificada trabalhando com o Temporão, com o Padilha, mas uma equipe tão comprometida com SUS, em radicalidade com o SUS, com a democracia, vai ser difícil juntar de novo, como eram os que compunham a minha equipe”*

Embora não qualificado como radical, esse compromisso manifesto já havia sido mencionado em seu discurso de posse, ao se assumir como “um militante do SUS e acima

de tudo um gestor comprometido com a implementação do Programa de Governo da Presidenta Dilma” (REIS, 2014). Além disso, pressupõe que um ministro radicalmente comprometido com o SUS tem um freio moral, determinado pela equipe qualificada, montada por ele, que sempre segue atenta e determinando correções e reconduções ao curso pretendido.

Membro do PT de São Paulo, com atuação na gestão municipal da saúde em São Bernardo do Campo e ocupando cargos no Ministério desde 2003, Arthur Chioro foi um ministro com menor peso político que seu antecessor, mas alinhou sua gestão a uma plataforma com quadros tanto do PT quanto da coalização político-partidária, em geral com atuação prévia na saúde coletiva e identificação com o SUS (MACHADO; LIMA, L.; BAPTISTA, 2017).

De acordo com Machado, Lima, e Baptista (2017), seu compromisso radical com o SUS foi permeado por tensões com o Conselho Nacional de Saúde e na relação com entidades do movimento sanitário, pela defesa de medidas governamentais polêmicas, como a abertura da saúde ao capital estrangeiro no fim de 2014. Segundo Filippin (2015), ações como essa no contexto do SUS são inviáveis como política pública de saúde, visto que o investimento irrestrito de recursos do setor privado reforça a assimetria entre os subsistemas público e privado, além de ser uma violação do direito constitucional à saúde.

Após a apresentação e discussão dos movimentos argumentativos do Modelo Toulmin, construiu-se um protótipo esquemático (Figura 2) em que se procuraram sintetizar as ALEGAÇÕES que perfizeram o perfil de atuação de cada um dos ex-ministros.

Por fim, os achados permitem afirmar que em momento algum se identificou um discurso de ruptura entre os seis perfis de atuação política, mas sim um discurso do possível, já que aquele espaço de poder, técnico ou político, almejado por cada um deles,

tinha como premissa oculta a árdua tarefa de sobreviver na função e tentar assim imprimir suas convicções. Talvez até por isso, como afirmam Teixeira e Paim (2005) sobre as políticas de saúde do governo Lula, mas que, segundo os autores do presente estudo, podem ser aplicadas também à gestão FHC, se tenha preocupado mais com “marcas” e *marketing* do que com o avanço da reforma sanitária em si, restando à saúde conformar-se com iniciativas de grande apelo publicitário como o Brasil Sorridente, a Farmácia Popular ou o SAMU.

Assim, ficam evidentes a centralização e o poder decisório institucionais implícitos no cargo executivo de ministro da Saúde, o que se considera, entre outras coisas, um reflexo da permanência das marcas constituintes da política de saúde brasileira e de suas raízes datadas do governo de Getúlio Vargas (1930-1945), que de “forma irreversível” definiu a saúde como “atribuição unilateral do Estado”, atenuando canais formais de reivindicação e excluindo do processo de proposição e decisório os cidadãos beneficiados por ele (FONSECA, 2007).

Entende-se as limitações e críticas possíveis, relacionadas sobretudo ao lugar de construção desses discursos, fundado nas influências da história oral e no gênero de entrevista, com sujeitos de incontestável atuação política, cujos testemunhos fornecidos implicam sua deliberada tentativa de afirmação da legitimidade e consequente construção de credibilidade, em um tempo histórico político tenso com disputas de narrativas e, marcado pela presença de uma pandemia (GONÇALVES, A.C. 2020).

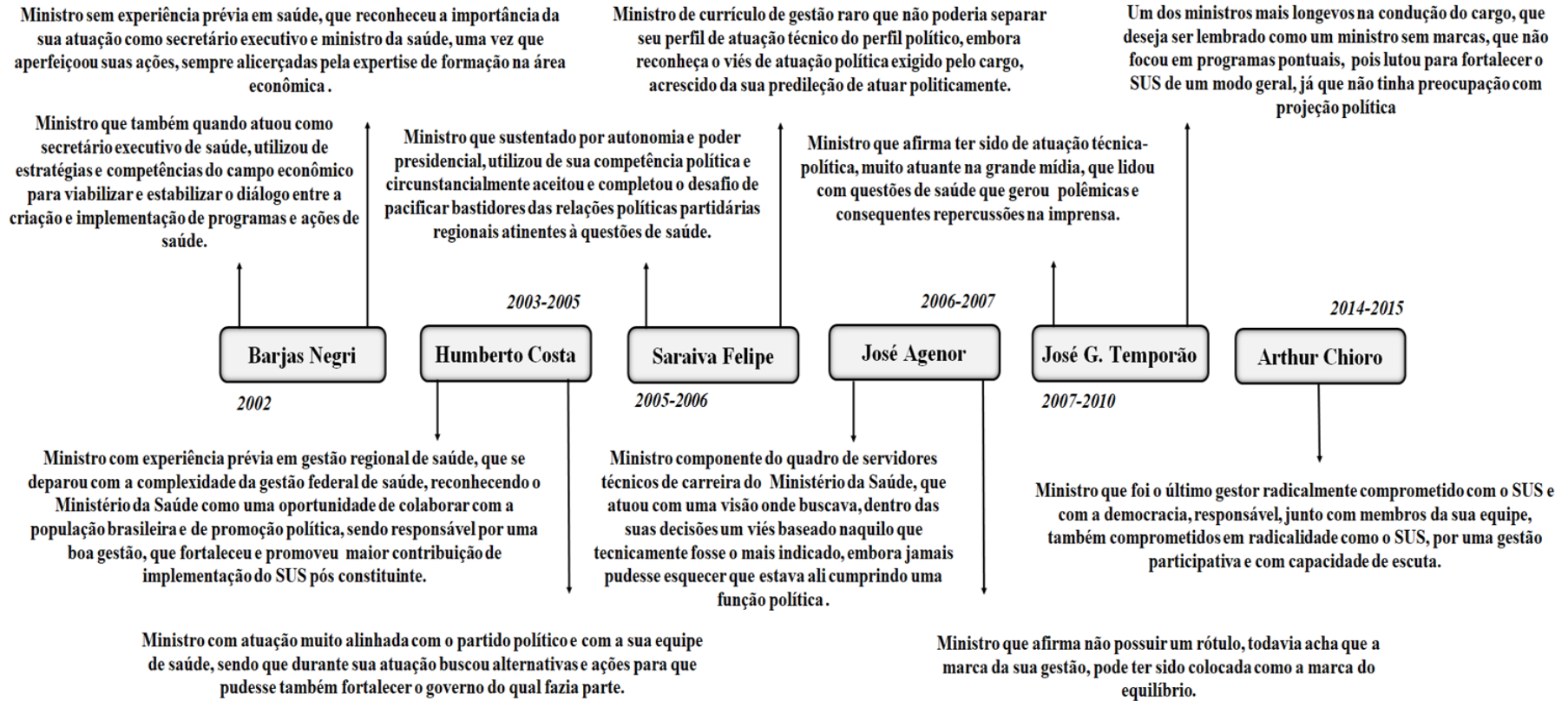
Considera-se o pressuposto de que essa relação de tentativa de persuasão discursiva “seria vazia de sentido se não tivesse por objeto certa visão que se traz do mundo, isto é, o conhecimento que se tem da realidade e os julgamentos que dela se fazem” (CHARAUDEAU, 2018, p.187). Além disso, considera-se ao trabalhar sob a

perspectiva histórica, utilizando uma referência teórica-metodológica de Toulmin (2006), que as representações utilizadas por esses participantes, por mais que tentassem desvincular de um enquadramento, foram estereotipadas, algo compreensível, já que a imagem que um locutor constrói de si não pode ser singular e elas devem ser remetidas a “modelos culturais pregnantes”, o que geralmente acontece com personalidades reconhecidas socialmente, que são percebidos por uma imagem estereotipadas geralmente concebida pela mídia (AMOSSY,2016).

Assim, é imperativo também levar em conta tais influências nas narrativas apresentadas, em torno sobretudo da construção do ethos (imagem de si no discurso) (AMOSSY, 2011), além de considerar “quem fala a quem, em que relação de lugares, qual é o estatuto de cada um dos participantes, quais são as circunstâncias exatas da troca, quais são os momentos e os lugares em que ela ocorre” (AMOSSY, 2011, p.133).

Por se tratar do primeiro fruto de uma pesquisa ampla, que se dedicou à análise da atuação de ministros, sob uma perspectiva histórica, entre os anos de 1995 e 2016, entende-se que, para esse expediente em específico, dado o supracitado objetivo do estudo, optou-se por centrar na aplicação do modelo teórico-metodológico argumentativo de Toulmin (2006), seguido da discussão dos achados com base na literatura científica. Porém, seguimos cientes das possibilidades analíticas desses e outros conteúdos oriundos das entrevistas que compõem o corpus dessa ampla investigação e que, seguramente, merecem e terão uma dedicação futura analítica exclusiva, sob a perspectiva de construção do ethos desses atores entrevistados, tomando como referenciais teórico metodológicos como os propostos por Patrick Charaudeau (2018) e Ruth Amossy (2011).

Figura 2 – Alegações que perfazem o perfil de atuação de seis ex-ministros da Saúde (2002 a 2015)



Fonte: Elaboração da Autoria com Base no Modelo Toulmin

#### 4.5.5 - CONCLUSÕES

Foi bem-sucedida a experiência de trabalhar com esses ex-ministros, uma vez que os participantes do estudo certamente o valorizaram e se mostraram disponíveis e abertos ao aprofundamento analítico de suas falas e construção de conhecimento geradas no campo da saúde coletiva, decorrente dos procedimentos analíticos de suas contribuições.

Os perfis de atuação extraídos das ALEGAÇÕES refletiram coerência, quando contrastados com a rara literatura científica disponível, mas é equívoco achar que basta classificá-los hermeticamente e estereotipá-los com base nessas caracterizações, embora se entenda que a construção teórica representada na Figura 2 concorre e reproduz em largo espectro características marcantes de cada um desses ex-ministros. Contudo é importante registrar que essas entrevistas indiciam a forma pela qual eles se fazem conhecer e reconhecer, com base na construção estética programada e/ou até involuntária.

Ainda assim, independentemente do perfil aqui encontrado, fosse o mais técnico na área econômica, o da gestão que mais fortaleceu o SUS, o técnico-articulista político, o técnico de carreira da gestão ponderada, o sem adjetivos que lutou para fortalecer o SUS, bem como o último e mais radical ministro comprometido com o SUS, todos eles, em que pese qualquer crítica, atuaram num período linear e constante de estabilidade democrática. Além disso, sem aferir ou distinguir as contribuições com ideias da reforma sanitária e do SUS, todos evidentemente queriam estar ali, queriam exercer o poder, queriam e concorreram irrestritamente para o aperfeiçoamento do SUS que existe hoje.

Percebe-se que, em todos os excertos de discurso, as ALEGAÇÕES encontradas reproduzem perfis que, menos e mais, procuram personificar a gestão pela qual responderam. Destaca-se também a referência quase unânime da complementariedade do

perfil de atuação técnico-político, como condição intrínseca para o exercício do cargo executivo em saúde.

Obviamente, esse processo de personificação – “eu acho que fui”, “minha gestão foi”, “eu não quero marcas”, “minha equipe” etc. – fica em segundo plano quando se nota que, entre todas as respostas sobre a atuação ministerial, existe uma semelhança, coincidente ou não, em que se diz que aquela ou outra gestão foi a que “mais fortaleceu”, “ajudou a implementar”, “foi radicalmente comprometida”, “viabilizou” etc. Depreende-se disso que os ex-ministros partem de uma visão redutora, em que o SUS é concebido como algo teoricamente pronto, dada sua legislatura, restando apenas pô-lo em prática.

Ainda que, em geral, considerem complementares e não excludentes o perfil de atuação técnico e político, houve referências a uma dicotomia, uma vez que se posicionaram diferentemente sobre as competências dos dois perfis, de Barjas Negri, que deu mais ênfase a seu perfil de atuação técnica a Saraiva Felipe, que expôs sua predileção por atuar politicamente.

Mesmo aqueles que referiram assertivamente ter um perfil técnico-político, como Temporão, configuraram as características de ordem técnica como secundárias em relação às políticas, postuladas mais como um suporte e uma GARANTIA que, embora de forma ilusória, sustentasse o discurso da atuação num cargo político de forma “imparcial”, algumas vezes “despolitizada” e quase sempre “especializada”, acrescido do fato de que esses postos foram ocupados por um bacharel em economia e os demais, no campo da medicina.

Por fim, o presente artigo valeu-se da interface do conhecimento da área linguística para sistematizar e legitimar o conhecimento, acrescido de discussões da literatura científica pertinente. Não se teve a pretensão de esgotar as compreensões e



reflexões sobre a pauta, embora cientes do ineditismo e da contribuição que o estudo pode representar para pesquisadores da área e interessados no tema.

#### 4.5.6 - REFERÊNCIAS

1. ABRANCHES, S. Henrique. Presidencialismo de coalizão: o dilema institucional brasileiro. *Dados*, v. 31, n. 1, p. 5-34, 1988. Disponível em: <https://politica3unifesp.files.wordpress.com/2013/01/74783229-presidencialismo-de-coalizao-sergio-abranches.pdf>. Acesso em: 8 jun. 2021.
2. ALBERTI, Verena. *Manual de história oral*. 3. ed. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2005.
3. AMORIM NETO, Octávio. Poder Executivo, centro de gravidade do sistema político brasileiro. In: AVELAR, L.; CINTRA, A. O. (org.). *Sistema político brasileiro: uma introdução*. 2. ed. São Paulo: UNESP, 2007. p. 131-141.
4. AMOSSY, Ruth. Argumentação e análise do discurso: perspectivas teóricas e recortes disciplinares. Trad. Eduardo Lopes Pires e Moisés Olímpio Ferreira. *EID&A-Revista Eletrônica de Estudos Integrados em Discurso e Argumentação*, Ilhéus, n.1, p. 129-144, nov. 2011. Disponível em: [<http://www.uesc.br/revistas/eidea>]. Acesso em: 12 jun. 2020.
5. AMOSSY, Ruth. *Imagens de si no Discurso: a construção do ethos*. 3ª ed. São Paulo, Contexto:2016.
6. ARAÚJO, Carmem E. L. Estado e mercado, continuidade e mudança: a dualidade da política de saúde nos governos FHC e Lula. Tese (Doutorado em Ciência Política) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017. Disponível em: [https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUOS-B33M3G/1/tese\\_dcp\\_ufmg\\_carmem\\_leit\\_o\\_biblioteca\\_rial.pdf](https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUOS-B33M3G/1/tese_dcp_ufmg_carmem_leit_o_biblioteca_rial.pdf). Acesso em: 8 jun. 2021.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. Galeria dos Ministros. Brasília, DF: 1 dez. 2020. Disponível em: <http://bvs.saude.gov.br/promocao-da-saude-3/83-galeria-dos-ministros>. Acesso em: 8 jun. 2021.

8. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, DF, 2012. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html). Acesso em: 8 jun. 2021.
9. BROCKRIEDE, Wayne.; EHNINGER, Douglas. Toulmin on argument: an interpretation and application. *Quarterly Journal of Speech*, v. 46, n. 1, p. 44-53, 2009[1960]. DOI: <https://doi.org/10.1080/00335636009382390>. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00335636009382390>. Acesso em: .6 jun. 2021.
10. CAVALCANTE, Pedro L. C.; PALOTTI, Pedro L.M. Entre a política e a técnica: quem são os ministros dos governos democráticos no Brasil (1990 a 2014)? In: ENCONTRO DA ABCP, 10., 2016, Belo Horizonte. Anais... Belo Horizonte: ABCP, 2016.
11. CHARAUDEAU, Patrick. *Discurso Político*. 2. ed. São Paulo: Contexto, 2018.
12. CODATO, Adriano.; FRANZ, Paulo . Ministros-técnicos e ministros-políticos nos governos do PSDB e do PT. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 52, n. 5, p. 776-796, out. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7612174301>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/WvVstvNXTZB5n3Qvw8jMyZy/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 8 jun. 2021.
13. ÉBOLI, Evandr. *Temporão, o colecionador de polêmicas e crises*. O Globo. 2008. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/415180/noticia.htm?sequence=1&isAllowed=y>
14. FONSECA, Cristina M.O. *Saúde no governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2007.
15. FREITAS, Sônia M.. *História oral: possibilidades e procedimentos*. 2. Ed. São Paulo: Humanitas, 2006.
16. GOMES, Ângela M.C.; DIAS, José L.M.; MOTTA, M.S (coord.). *Engenheiros e economistas: novas elites burocráticas*. Rio de Janeiro: FGV, 1994.
17. GONÇALVES-SEGUNDO, Paulo Roberto. *Argumentação e falácias em entrevistas televisivas: por um diálogo entre o modelo Toulmin e a perspectiva*

- textual interativa. *Linha D'Água*, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 69-96, 2016. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2236-4242.v29i2p69-96>. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/linhadagua/article/view/119318>. Acesso em: 4 jun. 2021.
18. GONÇALVES-SEGUNDO, Paulo R. A configuração funcional da argumentação epistêmica: uma releitura do *layout* de Toulmin em perspectiva multidisciplinar. *Bakhtiniana – Revista de Estudos do Discurso*, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 236-266, jul./set. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/2176-457347130>. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/bakhtiniana/article/view/47130>. Acesso em: 05 jun. 2021.
19. JUSTO, Adriana M. A formulação de uma política: contexto, atores e ideias na análise da política nacional de humanização (HumanizaSUS). São Paulo: Hucitec, 2019.
20. KLUGER, Elisa. A contraposição das noções de técnica e política nos discursos de uma elite burocrática. *Revista de Sociologia e Política*, Curitiba, v. 23, n. 55, p. 75-96, set. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1678-987315235505>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsocp/a/XYkf3Cdp36XmkpGVYknpKBQ/?lang=pt>. Acesso em: 6 jun. 2021.
21. LIMA, Humberto S.C. Discurso de posse: Ministro Humberto Sérgio Costa Lima. Brasília, DF, 2 jan. 2003. Disponível em: [http://www.mte.gov.br/legislacao/portarias/2005/p\\_20051111\\_485.pdf](http://www.mte.gov.br/legislacao/portarias/2005/p_20051111_485.pdf). Acesso em: 17 out. 2020.
22. LIMA, Humberto S.C.; FELIPE, José S.; SILVA, José A.A.; TEMPORÃO, José G.; PADILHA, Alexandre R.S.; REIS, Ademar A.C. SUS, saúde e democracia: desafios para o Brasil Manifesto de seis ex-ministros da saúde a propósito da 16ª Conferência Nacional de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 10, p. 3713-3716, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182410.21932019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/YkZScFP3VBsMbRhyqH9xL3R/?lang=pt>. Acesso em: 6 jun. 2021.

23. LOPEZ, Félix.; PRAÇA, Sérgio. Critérios e lógica de nomeação para o alto escalão da burocracia Brasileira. In: LOPEZ, F. G. (org.). Cargos de confiança no presidencialismo de coalizão brasileiro. Brasília: IPEA, 2015. P. 107-138.
24. MACHADO, Cristiani V.. Direito universal, política nacional: o papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002. Rio de Janeiro: Ed. Museu da República, 2007.
25. MACHADO, Cristiani V.; LIMA, Luciana D.; BAPTISTA, Tatiana W. F. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 2, p. 5143-5161, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00129616>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/HfmStkr5tNJKCCZW8qQdvz/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 3 jun. 2021.
26. MENICUCCI, Telma M.G. A política de saúde no governo Lula. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 522-532, jun. 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000200022>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/ZJ3pn4hRCRDMCVhSV9fvnqL/?lang=pt>. Acesso em: 2 out. 2021.
27. NEGRI, Barjas. Discurso de posse: Ministro Barjas Negri. Brasília, DF, 21 fev. 2002. Disponível em: [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_justica.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_justica.pdf). Acesso em: 17 out. 2020.
28. GONÇALVES, Leandro A. P . Mais um ministério de farda: coronavírus e militarismo, a dupla carga epidêmica sobre a Saúde. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro. V. 30, n. 04, p. 1-10. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300401>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/bcc3LbfBm6JQn9f5mCzwXbg/?lang=pt>. Acesso em: 17 out. 2020.
29. REIS, Ademar A. C. Discurso de posse: Ministro Adhemar Arthur Chioro dos Reis. Brasília, DF, 14 fev. 2014. Disponível em: <http://redehumanizaus.net/80373-confira-o-discurso-de-posse-do-novo-ministro-da-saude-arthur-chioro/>. Acesso em: 17 out. 2020.

30. REIS, Ademar A.C.; SÓTER, Ana P.M; FURTADO, Lumena A.C.; PEREIRA, S.S.S. Tudo a temer: financiamento, relação público e privado e o futuro do SUS. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 40, p. 122-135, 2016. Número especial. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042016S11>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/kYPzVLX9DKpxWtWJgKKTtgS/?lang=pt>. Acesso em: 10 out. 2020.
31. RICOUER, Paul. *Memória, história, esquecimento*. Budapeste, 2003. Disponível em [http://www.uc.pt/fluc/lif/publicacoes/textos\\_disponiveis\\_online/pdf/memoria\\_historia](http://www.uc.pt/fluc/lif/publicacoes/textos_disponiveis_online/pdf/memoria_historia). Acesso em: 20 jul. 2014.
32. RIVERA, Francisco J.U.; ARTMAN, Elizabeth. Argumentação e comunicação médico-paciente: comparando os enfoques da pragma-dialética de Toulmin e a sociolinguística americana. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 12, p. 2577-2587, dez. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00150914>. Disponível: <https://www.scielo.br/j/csp/a/FLyFy9rrv3bVkdVhnYfb5VL/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 08 out. 2020.
33. RODRIGUES, Paulo H.A. Desafios políticos para a consolidação do Sistema Único de Saúde: uma abordagem histórica. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 37-60, jan./mar. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702014000100003>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/YnxwrTDRKx45n3JHJ9n3mzf/?lang=pt>. Acesso em: 10 out. 2020.
34. TEIXEIRA, Carmen F.; PAIM, Jairnilson S. A política de saúde no governo Lula e a dialética do menos pior. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 71, p. 268-263, set./dez. 2005. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406345256005.pdf>. Acesso em: 8 jun. 2021.
35. TEMPORÃO, José G. Íntegra do discurso do Ex Ministro da Saúde, José Gomes Temporão, durante a cerimônia de transmissão de cargo. *Centro Brasileiro de Estudos de Saúde*, Rio de Janeiro, 4 jan. 2011. Disponível em: <http://cebes.org.br/2011/01/integra-do-discurso-do-ex-ministro-da-saude-jose->

- gomes-temporao-durante-a-cerimonia-de-transmissao-de-cargo/. Acesso em: 8 jun. 2021.
36. TEMPORÃO, José G. Discurso de posse: ministro José Gomes Temporão. Brasília, DF, 19 mar. 2007. Disponível em: <http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/arq5068.pdf>. Acesso em: 17 out. 2020.
  37. TOULMIN, Stephen. Os usos do argumento. Trad. Reinaldo Guarany. São Paulo: Martins Fontes, 2006.
  38. TOULMIN, Stephen.; RIEKE, Richard.; JANIK, Allan. An introduction to reasoning. 2. Ed. New York: Macmillan, 1984[1978].

## ***5-Conclusões***

---

A realização do presente estudo foi, de fato, uma missão que demandou muito esforço e perseverança, mas certamente surpreendeu positivamente os pesquisadores envolvidos na sua concretização isto porque pensava-se inicialmente que uma investigação que se propusesse a questionar, através de entrevistas ex-ministros da saúde, provavelmente não teria êxito.

Pelo contrário, dos dez ex-ministros possíveis de serem entrevistados, conseguiu-se coletar o depoimento de seis. Embora se lamente a impossibilidade de coletar depoimentos dos demais, o que certamente nutriria o escopo discursivo e analítico dessa pesquisa, considera-se o produto obtido, bastante suficiente.

A hipótese de pesquisa inicial foi comprovada integralmente a partir dos resultados encontrados, cujo conteúdo e análises foram segmentados em cinco artigos apresentados, sustentados pela análise de fenômenos centrais e convergentes entre a trajetória dos seis ex-ministros entrevistados: *1 - processo de escolha e nomeação ministerial; 2 - discurso de posse; 3 - gênese de políticas e ações federais de saúde; 4 - perfil de atuação ministerial; e 5 – concepções sobre a Reforma Sanitária Brasileira.*

De modo sintético, é possível afirmar que o cargo ministerial foi sim perseguido por esses atores sociais em suas trajetórias de vida, já que a trajetória de vida e relações de disputas nos bastidores são principais indicadores da elegibilidade dessas personalidades, cuja decisão central sobre o *processo de escolha e nomeação* é do presidente da república em exercício.

Entende-se que o processo de indicação e nomeação ministerial se concretizou, sustentado por um *modus operandi* em que a trajetória pessoal-político-profissional credenciou cada indivíduo, que por sua vez encontrava-se envolvido em um campo de



luta política para consolidar-se como potencial candidato e, enfim, após a decisão central do presidente em exercício, tornar-se ministro da saúde.

A formação técnica majoritariamente médica, associada à consolidada trajetória de atuação profissional no campo da saúde pública, foram credenciais intrínsecas à indicação, comum em todos os relatos. Afirma-se, entretanto, que a agenda do governo, associada às tensões e inúmeros interesses do campo político, foram fatores predominantes na definição do escolhido, escolha essa sempre subordinada e centralizada na tomada de decisão presidencial.

No caso específico da escolha de Barjas Negri, considera-se ter sido um movimento natural de sucessão, mas que contava com o apoio de FHC, por vários motivos, como sua formação em economia, sua trajetória na secretaria executiva do ministério e engajamento no PSDB; enquanto Lula, manteve por considerável período apenas um ministro ligado ao PT, tendo nos anos seguintes, que articular demandas político-partidárias em torno do cargo com o PMDB, que passou a ser objeto de diversas disputas e de interesses multifacetados, mas manteve um padrão em que nomeados possuíam trajetória no campo de atuação da saúde pública brasileira, com raízes no movimento da Reforma Sanitária Brasileira; já Dilma, dentre outras características, reestabeleceu a manutenção da pasta da saúde vinculada ao PT, mas teve que repetir o mesmo fenômeno de negociação experimentado por Lula, de negociação da pasta com o PMDB.

Uma vez consolidada a indicação e escolha para o cargo ministerial, *o discurso de posse*, constructo ritualístico atinente à liturgia do cargo, foi, na maioria das vezes de ordem estética e retórica, alinhado obviamente à agenda governamental, mas pouco

direcionado à expressão de prognósticos de ações a serem adotadas e intervenções guiada por um mínimo de planificação.

Tais discursos se assemelharam, em formato e conteúdo, com similaridades estruturais, atinentes ao rito cerimonial simbólico em que foram proferidos, e, embora estivessem alinhados com uma comunicação protocolar, midiática e política, a produção da narrativa se atrelou, entre outras coisas, ao projeto de governo, à agenda governamental, à demanda do grupo político de sua filiação e à trajetória pessoal, concluindo que essa produção também foi coletiva, respondendo a expectativas ideológicas e sociais.

Não se identificaram, entre os discursos de posse, grandes rupturas no pensamento sobre saúde entre as plataformas de governos do PT e do PSDB, apenas enfoques diferentes, com manutenção de uma linha de gestão operacional similar, subordinada à lógica econômica de produção de serviços de saúde.

Afirma-se que, de Albuquerque a Humberto Costa, o conteúdo discursivo revelou permanências na projeção de medidas que consolidassem o sistema, garantissem sua paulatina descentralização e, conseqüentemente, mínimas condições de acesso à saúde para todos os brasileiros, questões que estiveram presentes nos discursos dos ministros que os sucederam; todavia, foram menos prioritárias, fosse pelo aperfeiçoamento e pela consolidação do sistema em inúmeros aspectos, fosse pela necessidade de atender a novas demandas, consoante com o momento político e a realidade socioeconômica.

Mesmo com suas diferenças partidárias e de origem técnica, a trajetória profissional e política da maioria dos ex-ministros da saúde esteve alinhada com a defesa da saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado, princípio básico da RSB. No entanto, os discursos não fizeram referência à RSB, o que pode indicar certo cuidado,

dadas as múltiplas relações e representações que o cargo executivo de ministro pressupõe, numa agenda governamental não raro vinculada às tensões que envolvem sobretudo interesses econômicos.

Os discursos de posse se alinhavam à agenda governamental e enunciavam algumas propostas, mas a gênese e a implementação de ações de saúde não obedeceram a uma programação predefinida, contemplando na gestão o que foi anunciado no discurso, porquanto outras variáveis (decisão presidencial, vontade política, prestígio, crises sanitárias, *lobbies*, apelos setoriais etc.) influenciaram a gestão federal em saúde e a gênese e implementação das ações subsequentes.

Já em posse do cargo, frente à *gênese e decisão acerca da implementação de políticas e ações federais de saúde*, foi possível identificar que processo de gênese esteve geralmente subordinado à lógica de funcionamento dos componentes de carreira da burocracia técnica ministerial, mas também ao processo autoral de criação, geralmente vinculado às figuras de ex-secretários executivos, ex-ministros da saúde, e pelo presidente da república, enquanto o processo decisório acerca da elegibilidade de implementação de determinada ação ou política, esteve geralmente sob os desígnios exclusivos do presidente da república, já que avalizava as decisões mais sensíveis e de maior repercussão, embora houvesse autonomia ministerial em determinadas situações.

Considera-se que, na prática, as ações que influenciaram a gênese e tomada de decisões foram guiadas por dinâmicas diversas, que, na maioria das vezes, não obedeceram uma pré-programação definida, apesar de considerar a importância e existência do processo de planificação e programação na estrutura ministerial.

Apesar da autoria manifesta de algumas ações e políticas de amplo alcance, que caracterizaram-se posteriormente pela sua ampla repercussão midiática social, amplo

espectro de abrangência e elevada dotação orçamentária, foi consensual que o processo de gênese, obedeceu a uma lógica estruturante fixa, suprapartidária, alinhada à estrutura técnica organizacional ministerial e suas lógicas de programação em saúde, embora isso tenha sido expresso de maneira superficial nos depoimentos.

Além da atribuição do processo autoral propriamente dito, notou-se a existência de circunstâncias situacionais motivadoras que sustentaram o processo de gênese, que surgiram como uma resposta, em determinado momento, conjectural e reativa frente ao incremento, aperfeiçoamento e otimização da gestão em saúde, ou, em alguns momentos, como ampliação de ações bem-sucedidas e testadas previamente em nível estadual e municipal. Por mais que viessem à tona e fossem eleitas como uma ação política e/ou programa federal, não era algo abrupto; sempre estavam ancoradas em segmentos da estrutura burocrática do ministério da saúde.

O processo decisório, por sua vez, sobretudo de ações e políticas que implicaram maior impacto, estiveram, na maioria das vezes, sobre os desígnios exclusivos do presidente da república em exercício, embora se tenha notado que havia um consenso dialógico entre os ministros e o presidente que avalizava decisões dessa monta.

Tomadas de decisões, que envolveram ações federais importantes, mas cujo avaliações orçamentárias e de cenários fossem menos dispendiosas e conflituosas, geralmente estiveram subordinadas à autonomia do ministro que exercia o cargo. Apesar de ser um cargo de forte apelo político, a maioria dos ministros estudados possuíam trajetória e formação técnica na saúde pública, sendo perceptível, em todos os relatos, que os mesmos atuaram com um grau de autonomia e canal aberto para compartilhar decisões mais sensíveis e que careceriam de sustentação ou não, pelo presidente da república em exercício.

Percebeu-se, também, que o processo decisório foi cercado de circunstâncias que os motivaram e os subsidiaram, em que pode se incluir desde viabilidade orçamentária para nortear e autorizar a implementação de determinada ação, alinhamento à agenda e motivações próprias presidenciais, como a avaliação de potencialidade da ação se constituir importante ativo político, além da capacidade e habilidade em negociar e mediar situações permeadas por tensões e constrangimentos políticos.

Notou-se que, provavelmente pelo fato de que quatro dos seis entrevistados tivessem atuado durante os governos do ex-presidente Lula, a participação ativa seja, na gênese autoral e no processo decisório centrado no referido presidente, o que não invalidou a autonomia e atuação desses ex-ministros. Supõe-se inclusive que a atuação e intervenção presidencial esteve presente nos governos FHC e Dilma, muito embora com base nos depoimentos não tenha como ser assertivo acerca dessa prerrogativa.

Já em relação à auto-avaliação e conformação do perfil de atuação ministerial, considerando ser equívoco da a classificação hermética e estereotipada desses perfis, embora se entenda que os perfis discriminados reproduzem, em largo espectro, características marcantes de cada um desses ex-ministros, como: *o mais técnico na área econômica; o da gestão que mais fortaleceu o SUS; o técnico-articulista político; o técnico de carreira da gestão ponderada; o sem adjetivos que lutou para fortalecer o SUS; e o último e mais radical ministro comprometido com o SUS.*

Percebe-se que as auto-alegações encontradas reproduziram perfis de atuação que, menos e mais, procuram personificar a gestão pela qual respondem. Destaca-se também a referência quase unânime da complementariedade do perfil de atuação técnico-político como condição intrínseca para a condução do cargo de executivo em saúde.

Obviamente, esse processo de personificação – “eu acho que fui”, “minha gestão foi”, “eu não quero marcas”, “minha equipe” etc. – fica em segundo plano quando se nota que, entre todas as respostas sobre a atuação ministerial, existe uma semelhança, coincidente ou não, em que se diz que aquela ou outra gestão foi a que “mais fortaleceu”, “ajudou a implementar”, “foi radicalmente comprometida”, “viabilizou” etc. Depreende-se disso que os ex-ministros partem de uma visão redutora, em que o SUS é concebido como algo teoricamente pronto, dada sua legislatura, restando apenas pô-lo em prática.

Ainda que, em geral, considerem complementares e não excludentes o perfil de atuação técnica e política, houve referências a uma dicotomia, uma vez que se posicionaram diferentemente sobre as competências dos dois perfis, de Barjas Negri, que deu mais ênfase a seu perfil de atuação técnico, a Saraiva Felipe que expôs sua predileção por atuar politicamente.

Mesmo aqueles que referiram assertivamente ter um perfil técnico-político, como Temporão, configuraram as características de ordem técnica como secundárias em relação às políticas, postuladas mais como um suporte e uma garantia de que, embora de forma ilusória, sustentasse o discurso da atuação num cargo político de forma “imparcial”, algumas vezes “despolitizada” e quase sempre “especializada”, acrescido do fato de que esses postos foram ocupados por um bacharel em economia e, os demais, no campo da medicina.

Por fim, a análise da trajetória desses ex-ministros da saúde a partir dos quatro pontos analisados, não estaria completa se a reflexão acerca das suas *concepções sobre a Reforma Sanitária Brasileira* não fosse investigada, *uma vez que* acredita-se que o conhecimento e análise de tais concepções, sejam as ditas e as não ditas, são pistas úteis à compressão da política de saúde nas últimas décadas.

Após o contraste dos discursos dos ex-ministros com a obra desenvolvida por Jairnilson Paim, foi possível identificar seus principais conceitos aplicados à análise da RSB, como “revolução passiva”, “transformismo”, “retórica sanitária”, “fantasma da classe ausente”, “sujeitos da antítese da RSB”.

Dentre os ministros presentes na análise, cinco correspondem à geração de sanitaristas, com formação e trajetórias de atuações peculiares. Frente a isso, questiona-se condicionalmente: Se a maioria dos ex-ministros analisados possuem em maior ou menor grau determinado envolvimento com o movimento sanitário, por que não houve comprometimento radical com a RSB? A resposta a esse questionamento deve ser acompanhada por outra indagação: Será que esses ex-ministros entusiastas e simpatizantes do RSB, durante sua gestão, se comprometeram apenas diante do possível, priorizando a manutenção no poder e colateralmente praticarem minimamente seus posicionamentos político-ideológico?

Ambas as perguntas talvez sejam parcialmente respondidas, já que reconhecemos que um expediente de pesquisa robusto deva ser direcionado para tal fim investigativo e, se considerarmos que as tomadas de decisões mais sensíveis, que envolvem questões de ordem econômica e constrangimentos com inúmeros grupos de interesse, em meio ao presidencialismo de coalizão brasileiro é exclusivamente centrada no presidente da república.

Talvez aí esteja uma justificativa, apesar da gênese e implementação do Programa Mais Médicos, durante a gestão de Alexandre Padilha e atuação e iniciativas da política de redesignação sexual, licenciamento compulsório do efavirenz, lei de alcoolemia zero, durante a gestão de José Gomes Temporão, ações que certamente confrontaram o mercantilismo e interesses de conglomerados econômicos e de grupos hegemônicos do

setor saúde, mas ainda assim muito periféricas e desvinculada de um projeto vinculante às demandas prioritárias da RSB.

Por fim, reconhece-se algumas limitações em torno do desenvolvimento do presente estudo, desde dificuldade orçamentária para sua execução e elaboração, bem como outras possibilidades analíticas e interpretativas que porventura seja possível, embora destaca-se o esforço em utilizar interface do conhecimento da área linguística, das ciências políticas, da história e da própria saúde coletiva para lidar com um assunto tão complexo e impossível de se reduzir à apenas uma leitura interpretativa.

Desse modo acrescenta-se ainda, com a devida precaução, de que essa interpretação historiográfica é apenas uma de tantas outras possíveis, sendo imperativa, a necessidade de continuar e ampliar essa linha investigativa, que certamente fornecerá novas análises e descobertas, principalmente a partir de relatos de outros atores sociais de importância equivalente, mas com exposição e ocupação hierárquica inferior e muitas das vezes com vozes silenciadas, como os técnicos de carreiras componentes da burocracia ministerial.



## ***6-Referências***<sup>vi</sup>

---

---

<sup>vi</sup> Lista de referências correspondentes às seções de Introdução e Metodologia

1. ALBERTI, Verena . Manual de história oral. 3 ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005.
2. ALESSIO, Maria M; SOUSA Maria F. Programa Mais Médicos: elementos de tensão entre governo e entidades médicas. *Interface (Botucatu)*, 2017, v.21, p. 1143-1156. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/ND5bxgm7bBg5TLbMT6Y4ZJz/?lang=pt>.
3. AMOSSY, Ruth. *Imagens de si no Discurso: a construção do ethos*. 3ª ed. São Paulo, Contexto; 2016.
4. ARAÚJO, Carmem E. L. Estado e mercado, continuidade e mudança: a dualidade da política de saúde nos governos FHC e Lula. Tese (Doutorado em Ciência Política) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017. Disponível em: [https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUOSB33M3G/1/tese\\_dcp\\_ufmg\\_carmem\\_leit\\_o\\_biblioteca\\_arial.pdf](https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUOSB33M3G/1/tese_dcp_ufmg_carmem_leit_o_biblioteca_arial.pdf). Acesso em: 8 jun. 2021.
5. AROUCA, Antônio S.S. Democracia é saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8.,1986, Brasília. *Anais...*Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, p. 35–42, 1987.
6. BAPTISTA, Tatiana W. F. Políticas de saúde no pós-constituinte: um estudo da política implementada a partir da produção normativa dos Poderes Executivo e Legislativo no Brasil. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)-Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003

7. BRASIL. Decreto Legislativo n. 3.987, de 2 de janeiro de 1920. Reorganiza os serviços da saúde pública. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1920-1929/lei-3987-2-janeiro-1920-570495-publicacaooriginal-93627-pl.html>. Acesso em: 8 jun. 2021.
8. BRASIL. Decreto-Lei nº 4. 682 de 24 de janeiro de 1923. Cria, em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país, uma Caixa de Aposentadoria e Pensões para os respectivos empregados. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/historicos/dpl/dpl4682-1923.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/historicos/dpl/dpl4682-1923.htm). Acesso em: 01 out. 2021.
9. BRASIL. Decreto n. 19.402, de 14 de novembro de 1930. Cria uma Secretaria de Estado com a denominação de Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública. Coleção das leis da República dos Estados Unidos do Brasil, Rio de Janeiro, v. 2, p. 16-17, 1930.
10. BRASIL. Lei nº 1.920, de 25 de julho de 1953. Cria o Ministério da Saúde e dá outras providências. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1950-1959/lei-1920-25-julho-1953-367058-norma-pl.html>. Acesso em: 9 jul. 2021.
11. BRASIL. Lei nº 2.312, de 3 de setembro de 1954. Normas Gerais de Defesa e Proteção à Saúde. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=192128>. Acesso em: 8 jun. 2021.
12. BRASIL. Lei nº 3.750, de 11 de março de 1960. Autoriza o Poder Executivo a transformar em Fundação o Serviço Especial de Saúde Pública, e dá outras

- providências. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1960-1969/lei-3750-11-abril-1960-354313-norma-pl.html>. Acesso em: 9 jan. 2021.
13. BRASIL. Decreto nº 72, de 21 de novembro de 1966. Unifica os Institutos de Aposentadoria e Pensões e cria o Instituto Nacional de Previdência Social. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1960-1969/decreto-lei-72-21-novembro-1966-375919-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 10 jul. 2020.
14. BRASIL. Decreto nº 66.623, de 22 de maio de 1970. Dispõe sobre a organização administrativa do Ministério da Saúde, e dá outras providências. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-66623-22-maio-1970-408086-norma-pe.html>. Acesso em: 10 jan. 2021.
15. BRASIL. Lei nº 6229, de 17 de julho de 1975. Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1970-1979/lei-6229-17-julho-1975-357715-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 15 jul. 2020.
16. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 out. 1988. Seção II, p. 33-34.
17. BRASIL. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 15 jan. 2020.
18. BRASIL. Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as

- transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm). Acesso em: 15 jan. 2020.
19. BRASIL. Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8689.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8689.htm). Acesso em: 15 set. 2021.
20. BRASIL. Portaria nº 545 de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545\\_20\\_05\\_1993.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html). Acesso em: 10 set. 2021.
21. BRASIL. Portaria nº 2.203, de 05 de novembro de 1996. Dispõe sobre a Norma Operacional Básica - SUS 01/96. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203\\_05\\_11\\_1996.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html). Acesso em: 18 set. 2021.
22. BRASIL. Ministério da Saúde. Regimentos internos e organogramas do Ministério da Saúde / Ministério da Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. 250 p.: il. – (Série E. Legislação de Saúde)
23. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Coordenação-Geral de Inovação Gerencial. Regimentos Internos e organogramas básicos do Ministério da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Coordenação-Geral de Inovação Gerencial. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 359 p.

24. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Por dentro do Ministério da Saúde: orientações aos novos servidores / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos, Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 48 p.
25. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Regimento Interno do Ministério da Saúde : Decreto no 8.901, de 10 de novembro de 2016 / Ministério da Saúde, Secretaria--Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 374 p.
26. BRASIL. Portaria n. 2.048 de 5 de novembro de 2002 (BR). Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência dá outras providências. Diário Oficial da União. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048\\_05\\_11\\_2002.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html). Acesso em: 08 out. 2021.
27. BRASIL. Portaria n. 1.863 de 29 de setembro de 2003 (BR). Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863\\_26\\_09\\_2003.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863_26_09_2003.html). Acesso em: 10 out. 2021.
28. BRASIL. Portaria n. 1.864 de 29 de setembro de 2003. Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU- 192. Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1864\\_29\\_09\\_2003.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1864_29_09_2003.html).

Acesso em: 11 out. 2021.

29. BRASIL. Portaria n. 1.707 de 18 de agosto de 2008 BR. Instituiu no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Processo Transexualizador, a ser implantado nas unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

Diário Oficial da União. Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1707\\_18\\_08\\_2008.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1707_18_08_2008.html).

Acesso em: 10 out. 2021.

30. BRASIL. Portaria n. 1.944 de 27 de agosto de 2009 BR. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Diário Oficial da União. Brasília (DF). Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944\\_27\\_08\\_2009.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944_27_08_2009.html).

Acesso em: 16 out. 2021.

31. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Galeria dos Ministros. 2014. Disponível em: <<http://bvs.saude.gov.br/promocao-da-saude-3/83-galeria-dos-ministros>>.

Acesso em: 10 out. 2020.

32. BRASIL. Portaria n. 2.803 de 19 de novembro de 2013 BR. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União [periódico na internet], Brasília (DF). 20 nov 2013 [citado 2019 jan

22]. Disponível em :

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803\\_19\\_11\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html).

33. BRASIL. Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Brasília, 2012. [citado 2015 Jan 10] Disponível em:

<http://www.conselho.saude>.

34. BORDIEU, Pierre. A Miséria do Mundo. 1 ed. Rio de Janeiro:Vozes, 1997.
35. BRESSER-PEREIRA, Luiz C. A Reforma do Estado dos anos 90: Lógica e Mecanismos de Controle. Brasília: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1997.
36. BROCKRIEDE, Wayne.; EHNINGER, Douglas. Toulmin on argument: na interpretation and application. Quarterly Journal of Speech, v. 46, n. 1, p. 44-53, 2009[1960]. DOI: <https://doi.org/10.1080/00335636009382390>. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00335636009382390>. Acesso em: .6 jun. 2021.
37. CABRAL, Amanda OS; SOUZA, Wayner V. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): análise da demanda e sua distribuição espacial em uma cidade do Nordeste brasileiro. Rev. bras. epidemiol. 2008. v.21, p. 1143-1156. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/mJTpsnRQRSjHJZpHF9tFZcM/abstract/?lang=pt#>.
38. CABRAL, Dilma. Departamento Nacional de Saúde Pública. 09 de maio de 2019. Disponível em: <http://mapa.an.gov.br/index.php/dicionario-primeira-republica/682-departamento-nacional-de-saude-publica> . Acesso em: 01 out. 2021.
39. CHARAUDEAU, Patrick. Discurso Político.2. ed. São Paulo: Contexto, 2018.
40. CHARTIER Roger. A visão do historiador modernista. In FERREIRA, Marieta M; AMADO, Janaína (org.). Usos e abusos da história oral. Rio de Janeiro: FGV, 2006. p. 215-218.



41. COSTA, Ricardo C.R. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. *Revista de Sociologia e Política* [online]. 2002, 18:49-71. [Acessado 21 Novembro 2021]. Disponível: <<https://doi.org/10.1590/S0104-44782002000100005>>. Acesso em: 06 out. 2021.
42. FRAGA, Felipe D. As raízes da desigualdade em saúde no Brasil e a produção científica no campo da Saúde Coletiva: uma revisão de escopo. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, SP, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/FjGygQWgtwp3m7BKkD6ZnRr/?format=pdf&lang=pt>.
43. DE-SORDI, Neide A.D. Manual de procedimentos do Programa de História Oral da Justiça Federal. Brasília: Conselho da Justiça Federal, 2007.
44. DRAIBE, Sonia. As políticas sociais no regime militar brasileiro: 1964 a 1984. In: ARY, Glaucio & D'ARAÚJO, Celina M. (org.), 21 anos de regime militar: balanços e perspectivas. Rio de Janeiro, FGV, pp. 271-309, 1994,
45. ESCOREL, Sarah. Saúde e democracia, democracia e saúde. *Revista Saúde em Debate*, n. 21, p. 51–5, 1988.
46. ESCOREL, Sarah. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.), *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 385-434.
47. FREITAS, Sônia M. *História oral: possibilidades e procedimentos*. 2. ed. São Paulo: Associação Editorial Humanitas, 2006.

48. FONSECA, Cristina MO. SAÚDE NO GOVERNO VARGAS (1930-1945): DUALIDADE INSTITUCIONAL DE UM BEM PÚBLICO. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n.9, p.2086-2087, 2009.
49. GONÇALVES-SEGUNDO, Paulo R. Argumentação e falácias em entrevistas televisivas: por um diálogo entre o modelo Toulmin e a perspectiva textual interativa. Linha D'Água, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 69-96, 2016. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2236-4242.v29i2p69-96>. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/linhadagua/article/view/119318>. Acesso em: 4 jun.2021.
50. GONÇALVES-SEGUNDO, Paulo R. A configuração funcional da argumentação epistêmica: uma releitura do layout de Toulmin em perspectiva multidisciplinar. Bakhtiniana – Revista de Estudos do Discurso, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 236-266, jul./set. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/2176-457347130>. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/bakhtiniana/article/view/47130>. Acesso em: 05 jun. 2021.
51. GRAMSCI, Antonio. Cadernos do cárcere. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002. v. 5.
52. HAMILTON, Wanda; FONSECA, Cristina. Política, atores e interesses no processo de mudança institucional: a criação do Ministério da Saúde em 1953. História, Ciências, Saúde-Manguinhos. Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 791-825, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702003000300002>. Acesso em: 3 jun. 2021.

53. HOCHMAN, Gilberto. A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil. São Paulo, Hucitec/Anpocs. 1998.
54. HOCHMAN, Gilberto. Regulando os efeitos da interdependência: Sobre as relações entre saúde pública e construção do Estado (Brasil 1910-1930). Estudos Históricos, Rio de Janeiro, v.6, n.11, p.40-61, 1993.
55. HELLER, Agnes. Teoría de las necesidades en Marx. Barcelona: Ediciones Península, 1986.
56. LE-GOFF, Jacques. História e Memória. 7. ed. Campinas: Editora da Unicamp, 2013.
57. LUZ, Madel T. Ordem social, instituições e política de saúde no Brasil: textos reunidos / Madel Therezinha Luz (org.) – Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/LAPPIS: ABRASCO, 2007. 228 p.
58. MACHADO, Cristiani V. Direito universal, política nacional: o papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/premio2006/Cristiani\\_D\\_MH.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/premio2006/Cristiani_D_MH.pdf).
59. MACHADO, Cristiani V. O papel federal no sistema de saúde brasileiro. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. v. 3. 35-70 pp. ISBN 978-85-8110-017-3. Available from SciELO Books .

60. MACHADO, Cristiani V.; LIMA, Luciana D.; BAPTISTA, Tatiana W. F. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 2, p. 5143-5161, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00129616>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/HfmStkr5tNJKCCZW8qQdvz/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 3 jun. 2021.
61. MENICUCCI, Telma M.G. A constituição do mix privado/público na assistência à saúde. In: *Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, pp. 57-102, 2007.
62. MEIHY, JOSÉ C.S; HOLANDA, Fabíola. *História oral: como fazer, como pensar*. São Paulo: Contexto, 2010.
63. MIGUEL Luis F, Coutinho Aline A. A crise e suas fronteiras: oito meses de "mensalão" nos editoriais dos jornais. *Opin. Publica*. v.13, n.1, p. 97-123.2007.
64. MINAYO, Maria C.S *Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade*. *Ciênc. saúde coletiva*. v. 17, n.3, p.621-626, 2012.
65. MINAYO, Maria C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec. 2014
66. MOTA, André; MARQUES, Maria C.C.; BRASILEIRO, Danilo F. Reforma Sanitária e o estado de São Paulo 1970-1980: particularidades regionais e formação de seus trabalhadores. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. v. 25, e210118, p.1-18, 2021. DOI: <<https://doi.org/10.1590/interface.210118>>.

67. NUNES, Everardo D. “A construção teórica na sociologia da saúde: uma reflexão sobre sua trajetória”. *Ciência e Saúde Coletiva*. v. 19, n.4, p.1007-1018, 2014.
68. OLIVEIRA, G; TUROLLA, F. Política econômica do segundo governo FHC: mudança em condições adversas. *Tempo Social*. v. 15, n. 2, pp. 195-217. 2003.
69. PAIM, Jairnilson S. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356 p.
70. PAIM, Jairnilson S. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Cadernos de Saúde Pública*, v. 29, n. 10, p.1927-1936, 2013. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X000995>.
71. PAIVA, Carlos H.A; TEIXEIRA, Luiz A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.15-35, 2014.
72. PINTO, Isabela CM. Reforma gerencialista e mudança na gestão do sistema nacional de vigilância sanitária In: COSTA, EA., org. *Vigilância Sanitária: temas para debate* [online]. Salvador: EDUFBA, 2009. p.171-194. ISBN 978-85-232-0652-9. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>.
73. POLIT, Denise F; BECK, Cheryl T. *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem*. Porto Alegre: Artmed, 2011.
74. POUPART, Jean. A entrevista de tipo qualitativo: considerações epistemológicas, teóricas e metodológicas. In: POUPART, Jean. et al. (Org.). A

- pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis: Vozes, 2012. p. 215-252.
75. RABELLO, Fernanda L. O DASP e o combate à ineficiência nos serviços públicos: a atuação de uma elite técnica na formação do funcionalismo público no Estado Novo (1937-1945). *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais*. v 3, n. 6, p. 132-142, 2011.
76. REMOND, René. Algumas questões de alcance geral à guisa de introdução. In FERREIRA, Marieta M; AMADO, Janaína (org.). *Usos e abusos da história oral*. Rio de Janeiro: FGV, 2006. p. 206-214.
77. RIBEIRO, José M. Conselhos de saúde, comissões intergestores e grupos de interesses no Sistema Único de Saúde (SUS). *Cadernos de Saúde Pública*. v. 13, n. 1, p. 81-92. 1997,
78. RICOUER, Paul. *A memória, a história, o esquecimento*. Campinas: Editora da Unicamp, 2007.
79. RIVERA, Francisco J.U.; ARTMAN, Elizabeth. Argumentação e comunicação médico-paciente: comparando os enfoques da pragma-dialética de Toulmin e a sociolinguística americana. *Cadernos de Saúde Pública*. v. 31, n. 12, p. 2577-2587, dez. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00150914>. Disponível: <https://www.scielo.br/j/csp/a/FLyFy9rrv3bVkJDvhnYfb5VL/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 08 out. 2020.
80. SANNA, Maria C. Histórias de enfermeiras gerentes: subsídios para a compreensão de um modelo-referência de organização de serviços de

- enfermagem no período de 1950 a 1980. Rio de Janeiro: Ed. Escola Anna Nery/UFRJ; 2002.
81. SÁ-SILVA, Jackson R. et al. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais*. v. 1, n.1, p.1-15, 2009.
82. SCOCUGLIA, Afonso C. Pesquisa Histórica da Educação do Tempo Presente. *Revista Lusófona de Educação*. v. 10, n.1, p.27-40, 2007.
83. SCHRAIBER, Lilian B. Prefácio. In: PAIM, JS. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, pp. 9-19. ISBN 978-85-7541-359-3. Available from SciELO Books .
84. TEIXEIRA, Carmen F.; PAIM, Jairnilson S. A política de saúde no governo Lula e a dialética do menos pior. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 71, p. 268-263, set./dez. 2005. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406345256005.pdf>. Acesso em: 8 jun. 2021.
85. TELES, Andrei S et al. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) do Estado da Bahia: subfinanciamento e desigualdade regional. *Cad. saúde colet.* 2017, v.25, n.1, p. 51-57. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/t5tRGYwjLftjZz5hGHZJHpQ/abstract/?lang=pt#ModalArticles>.
86. TOULMIN, Stephen. Os usos do argumento. Trad. Reinaldo Guarany. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

87. TOULMIN, Stephen.; RIEKE, Richard.; JANIK, Allan. An introduction to reasoning. 2. Ed. New York: Macmillan, 1984[1978].
88. VIEIRA Fabíola S. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. v.14, n.Supl. 1, 1565-1577, 2009.
89. KNAUTH, Daniela DR; LEAL, Andréa F. A expansão das ciências sociais na saúde coletiva: usos e abusos da pesquisa qualitativa, *Interface*. v. 18, n.50, p.457-467, 2014.



***Anexos***

---



## ANEXO –1

### FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA -UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

#### CONVITE

São Paulo \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_

Prezado Sr.: \_\_\_\_\_

Cumprimentando-o, venho por meio deste, convidá-lo a participar da Pesquisa intitulada: **“Minha passagem pelo ministério foi...”: trajetórias de atuação de ex-ministros da saúde do Brasil (1995 a 2016)**

A supracitada pesquisa, é requisito precípua para obtenção do Título de Doutor em Saúde Pública, pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP), vinculada ao Departamento de Prática de Saúde Pública, à linha de pesquisa: Política, Gestão e Saúde e à sublinha de pesquisa: Estado, Sociedade e Produção de Saúde. Trata-se de uma pesquisa que utiliza a “HISTÓRIA ORAL” como método de pesquisa, e entrevista presencial de aproximadamente 02 (duas) horas, como técnica de coleta de dados.

Este estudo é de minha autoria - Danilo Fernandes Brasileiro, aluno de doutorado da FSP-USP (2018-2022), enfermeiro, funcionário público estadual do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo desde o ano de 2010 e Mestre em Ciências pela UNIFESP (2015).

A orientação do estudo é de responsabilidade da professora Dra. Maria Cristina da Costa Marques, Doutora em História Social pela Universidade de São Paulo (2001) e professora da FSP-USP desde o ano de 2013.

Em anexo à essa correspondência segue a cópia do projeto de pesquisa para que possa analisar, bem como a cópia dos Currículos Lattes, dos pesquisadores envolvidos.

Portanto, independente da sua decisão, aguardo sua manifestação e caso deseje elucidar qualquer dúvida, estou à inteira disposição através do e-mail: [danilo.brasileiro@hc.fm.usp.br](mailto:danilo.brasileiro@hc.fm.usp.br), ou Celular/Watsapp (11) 94158-5272.

Desde já antecipamos nossos agradecimentos e reiteramos a importância de contar com sua participação no estudo.

Atenciosamente,

---

**Danilo Fernandes Brasileiro**

---

**Maria Cristina da Costa Marques**



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**Título da Pesquisa: “Minha passagem pelo ministério foi...”: trajetórias de atuação de ex-ministros da saúde do Brasil (1995 a 2016)**

**Pesquisador Responsável:** Danilo Fernandes Brasileiro

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa científica de doutorado acadêmico denominada **“Minha passagem pelo ministério foi...”: trajetórias de atuação de ex-ministros da Saúde do Brasil (1995 a 2016)**. Esta pesquisa é de minha autoria, Danilo Fernandes Brasileiro, orientado pela Profa. Dra. Maria Cristina da Costa Marques, do Departamento de Gestão, Política e Saúde da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

A pesquisa proposta tem como objetivo: Conhecer, analisar e descrever a trajetória de atuação de ex-ministros da saúde do Brasil entre os anos de 1995 a 2016

Os participantes do estudo, caso concordem em participar, será composto pelos os ex-ministros da saúde do Brasil entre o período de 1995 a 2016, portanto sua participação será muito importante, sobretudo para que subsidie a compreensão das condições e circunstâncias que influenciaram e forma determinantes na gênese de programas de saúde federais, que ao longo dos anos impactaram na melhoria da assistência à saúde de milhares de cidadãos brasileiros.

Informo que esta pesquisa envolve risco mínimo, que se limitará aos desconfortos que porventura possam surgir durante o procedimento de coleta de dados, que será realizado exclusivamente através de entrevista presencial e/ou online por videoconferência (Skype, Chamada de Vídeo, etc), bem como, a possibilidade de identificação dos participantes frente às características dos conteúdos fornecidas através das entrevistas.

A entrevista será registrada através de gravador de voz digital, no caso das entrevistas presenciais e por gravador de vídeo e áudio digital, no caso da entrevista online.

A entrevista será orientada por um roteiro prévio composto por 10 (dez) perguntas relacionadas exclusivamente à trajetória de atuação ministerial entre 1995 a 2016.

O tempo máximo previsto de duração de cada entrevista é de 120 minutos, que será realizada preferencialmente em um único encontro, podendo ser realizada em mais de um encontro se assim o participante desejar. O local, data e horário serão definidos por cada participante, logo o pesquisador se responsabilizará em se deslocar até o local definido, no dia(s) e horário, definidos pelo participante.

Após a gravação digital da entrevista, o pesquisador responsável realizará a transcrição e transcrição do respectivo depoimento e em seguida enviará uma cópia do áudio e uma cópia impressa, para apreciação de cada participante, que após análise e considerações que forem necessárias, rubricará cada uma das páginas (frente e verso) validando o depoimento final que será utilizado no estudo.

A sua participação nesse estudo é voluntária, logo o início da entrevista só ocorrerá após sua assinatura voluntária do termo de consentimento livre esclarecido, em que uma cópia também com assinatura e rubrica do pesquisador será entregue a você. Caso você escolha não participar, seus

direitos serão preservados e não sofrerá nenhum tipo de penalidade ou constrangimento, mas se decidir participar, você poderá se retirar do estudo a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo.

A qualquer momento, se você tiver alguma preocupação ou dúvidas sobre a pesquisa, poderá entrar em contato com o responsável pelo estudo: Danilo Fernandes Brasileiro, podendo encontrá-lo à Rua Bueno de Andrade, 640, apto. 84, Aclimação - CEP -01526-000, São Paulo, SP - Telefones (11) 95577-1094 e (11) 5925-4405 - e-mail: danilo.brasileiro@hc.fm.usp.br. Poderá também buscar esclarecimentos junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, sito à Avenida Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César - CEP -01246-904, São Paulo, SP - Telefone: (11) 3061-7779 – email: coep@fsp.usp.br, de segunda a sexta-feira, das 08:00 às 17:00.

Após ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li sobre o estudo **“Minha passagem pelo ministério foi...”: trajetórias de atuação de ex-ministros da saúde do Brasil (1995 a 2016)** e ter a garantia de exercer meus direitos de:

- I- Receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre procedimentos, riscos, desconfortos e outros relacionados à pesquisa;
- II- Participar voluntariamente, sem qualquer custo ou despesa financeira;
- III- Retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isso implique em prejuízos ou penalidades.
- IV- Não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial e sigiloso das informações relacionadas à minha privacidade.
- V- Receber uma via devidamente assinada pelo pesquisador, desse termo de consentimento livre e esclarecido.
- VI- Procurar esclarecimentos com o Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, sempre que desejar, ou em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos.

Eu \_\_\_\_\_ declaro que concordo em participar desse estudo e que me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

São Paulo \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Assinatura do Participante

(Conforme Assinatura do Documento de Identidade)

---

Assinatura do Pesquisador

(Conforme Assinatura do Documento de Identidade)

Rubrica do Pesquisador \_\_\_\_\_

Rubrica do Participante \_\_\_\_\_

**Roteiro de Entrevista**

**“Minha passagem pelo ministério foi...”: trajetórias de atuação de ex-ministros da saúde do Brasil (1995 a 2016)**

**Data da Entrevista:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Nº da Entrevista:** \_\_\_\_

**Nome do Entrevistado:** \_\_\_\_\_

**Local da Entrevista:** \_\_\_\_\_

**Horário de Início:** \_\_\_\_\_

**Horário de Término:** \_\_\_\_\_

- 1 - Comente de maneira breve sua trajetória de vida e pontos que influenciaram para que figurasse entre os indicados para o Ministério da Saúde do Brasil.
- 2 – Como surgiu a oportunidade de ocupar o cargo de Ministro da Saúde do Brasil ?
- 3 – Como foram os bastidores desde a indicação à nomeação para a função de Ministro da Saúde do Brasil ? Explique por favor.
- 4 - Após a nomeação, quais as primeiras ações adotadas pela sua gestão? Como ocorreu o processo de transição de posse em relação ao ministro anterior?
- 5 - Cite os principais programas, ações e políticas criadas e implementadas no seu governo. Como foi o processo de criação? Quais dificuldades no processo de implementação? Qual motivo de criar e implementar determinada ação em detrimento de outra? Quais principais dificuldades e empecilhos enfrentados no processo? Gostaria de ter criado e implementado alguma ação que não foi possível torna-la concreta? Diga o motivo, por favor.
- 6 – Acredita que esses programas e ações federais de saúde, denominada de amplo alcance, que possui elevada dotação orçamentária, forte apelo de marketing e elevado espectro de abrangência, são ações perseguidas por todos os ministros? Há um interesse em criar tais ações e associar a figura do ministro a uma marca? Porquê?
- 7 – Conte como foi o processo de saída do ministério e de transmissão da posse do cargo. Hoje estando no cargo, teria feito diferente? Porquê?
- 8 – Como classificaria sua gestão e sua atuação enquanto Ministro da Saúde?
- 9 – Se possível fale e exemplifique situações em torno da relação com presidente da República, equipe técnica do Ministério da Saúde, componentes do legislativo, grupos de representação popular, agentes do mercado.
- 10 – Para finalizar, o espaço está aberto para que se faça uma reflexão do SUS desde de sua criação e implementação, crítica atual e sugestões de melhoria.

FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA -UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Termo de Cessão de Direitos Sobre Material de Depoimento Oral

**“Minha passagem pelo ministério foi...”: trajetórias de atuação de ex-ministros da saúde do Brasil (1995 a 2016)**

Pelo presente documento, eu, \_\_\_\_\_, nacionalidade: \_\_\_\_\_, estado \_\_\_\_\_ civil: \_\_\_\_\_, profissão: \_\_\_\_\_, portador do documento de Identidade Nº: \_\_\_\_\_, domiciliado e residente na cidade de \_\_\_\_\_, endereço: \_\_\_\_\_, nº: \_\_\_\_\_, bairro: \_\_\_\_\_, declaro ceder ao pesquisador \_\_\_\_\_, portador do documento de Identidade Nº: \_\_\_\_\_, bem como ao **CENTRO DE MEMÓRIA DA SAÚDE PÚBLICA DA FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**, sem quaisquer restrições quanto aos seus efeitos patrimoniais e financeiros, de maneira total e definitiva os direitos autorais do depoimento (áudio) e da transcrição do mesmo, de caráter histórico e documental que prestei ao referido pesquisador em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_\_\_, num total de \_\_\_\_\_ horas gravadas. O referido pesquisador ficará com a custódia desta entrevista e o **CENTRO DE MEMÓRIA DA SAÚDE PÚBLICA DA FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO** poderá disponibilizá-la para consulta e utilização por outros pesquisadores através do seu acervo eletrônico e arquivístico.

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do depoente**

\_\_\_\_\_  
**Rubrica do depoente**

\_\_\_\_\_  
**Assinatura da pesquisador**

\_\_\_\_\_  
**Assinatura da testemunha**

## ANEXO -5



Dados gerais Formação Atuação Produções Eventos Orientações Citações +



### Danilo Fernandes Brasileiro

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/5610931218884259>

ID Lattes: 5610931218884259

Última atualização do currículo em 13/12/2021

Enfermeiro. Especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva pela Escola de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein (2007) e Mestre em Ciências pela Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo (2015). Aluno de Doutorado da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (2018). Já atuou como Assistente de Pesquisa em História da Saúde (2007); Gerente de Serviço de Enfermagem Hospitalar (2008); e Assessor Executivo em Secretaria Municipal de Saúde (2009). Atualmente é funcionário público integrante do quadro assistencial de enfermeiros da Unidade de Internação do Serviço de Gastroenterologia do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP. (Texto informado pelo autor)

### Identificação

**Nome** Danilo Fernandes Brasileiro

**Nome em citações bibliográficas** BRASILEIRO, D F.;BRASILEIRO, DANILO FERNANDES

**Lattes ID** <http://lattes.cnpq.br/5610931218884259>

### Endereço

**Endereço Profissional** HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO PAULO, HCFMUSP.  
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar  
Cerroeira César  
05403900 - São Paulo, SP - Brasil  
Telefone: (11) 26616000  
Ramal: 6748  
URL da Homepage: <http://www.ichc.phcnet.usp.br/>

### Formação acadêmica/titulação

**2018** Doutorado em andamento em Saúde Pública.  
Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, FSP-USP, Brasil.  
Título: Gênese de Programas Federais de Saúde: o que revelam os ministros da saúde do Brasil entre 1994 a 20167.  
Orientador: Maria Cristina da Costa Marques.

**2013 - 2015** Mestrado em Enfermagem (Conceito CAPES 5).  
Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP, Brasil.  
Título: Primeiro Concurso Público Nacional para Enfermeiras realizada pelo Departamento Administrativo do Serviço Público durante o Estado Novo, Ano de Obtenção: 2015.  
Orientador: Maria Cristina Sanna.  
Palavras-chave: HISTÓRIA DA ENFERMAGEM; ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL; RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE.