

**“O JOGO É MUITO BRUTO, NÃO É PARA AMADOR”: CONCEPÇÕES DE EX-MINISTROS
DA SAÚDE SOBRE A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA**

Danilo Fernandes Brasileiro^a

<https://orcid.org/0000-0002-3905-7579>

Maria Cristina da Costa Marques^b

<https://orcid.org/0000-0002-7461-3710>

Resumo

Este estudo histórico de abordagem qualitativa objetivou identificar e analisar as concepções acerca da Reforma Sanitária brasileira (RSB) de seis ex-ministros da saúde do Brasil que foram provavelmente acumuladas ao longo das suas trajetórias enquanto executivos federais da saúde (2002 a 2015). Foram extraídos excertos de entrevistas realizadas entre os anos de 2018 e 2020, sendo analisados e discutidos sob à luz do referencial teórico-filosófico de Jairnilson Paim. Foi possível identificar e contrastar os discursos dos ex-ministros com os principais conceitos desenvolvidos por Jairnilson Paim sobre a RSB, por exemplo, “revolução passiva”, “transformismo”, “retórica sanitária” e “fantasma da classe ausente”. Conclui-se que o conhecimento e a 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 detratora 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.

^a Doutor em Ciências. São Paulo, São Paulo, Brasil. E-mail: danilo.brasileiro@hc.fm.usp.br

^b Doutora em História. Docente da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP). São Paulo, São Paulo, Brasil. E-mail: mcmарques@usp.br

Endereço para correspondência: Rua Bueno de Andrade, n. 640, Aclimação. São Paulo, São Paulo, Brasil. CEP: 01526-000. danilo.brasileiro@hc.fm.usp.br

“THE GAME IS TOO ROUGH, IT’S NOT FOR AMATEURS”: CONCEPTIONS OF FORMER MINISTERS OF HEALTH ON THE BRAZILIAN HEALTH REFORM

Abstract

This historical study with a qualitative approach aimed to identify and understand the perceptions about the Brazilian Health Reform (RSB) of six former ministers of health in Brazil that probably accumulated throughout their trajectories as federal health executives (2002 to 2015). Excerpts from interviews carried out between 2018 and 2020 were extracted and were analyzed and discussed in the light of Jairnilson Paim’s theoretical-philosophical framework. Identifying and contrasting the main concepts of the former ministers’ discourses about RSB was possible with the main concepts developed by Jairnilson Paim, such as “passive revolution,” “transformism,” “sanitary rhetoric,” and “ghost of the absent class.” It is concluded that the understanding and the analysis of such conceptions are useful clues to understanding the Brazilian health politics in the last dates and studies that are being elaborated in this sense need to be constructed continuously with the intent of not going backwards and collaborating to, among other things, eliminate the detractor rhetoric that positions the RSB as a utopia and a fetish, framing it as a real and a concrete necessity.

Keywords: Public health. History. Politics. Brazilian Health Reform. Ministers of State.

“EL JUEGO ES DEMASIADO DURO, NO ES PARA AFICIONADOS”: CONCEPCIONES DE EX MINISTROS DE SALUD SOBRE LA REFORMA DE SALUD BRASILEÑA

Resumen

Este estudio histórico, con enfoque cualitativo, tuvo por objetivo identificar y analizar las percepciones sobre la Reforma de Salud Brasileña (RSB) de seis ex ministros de salud en Brasil, que probablemente se acumuló a lo largo de sus trayectorias como ministros de salud (de 2002 a 2015). Se extrajeron extractos de entrevistas realizadas entre 2018 y 2020, los cuales se analizaron y se discutieron a la luz del marco teórico-filosófico de Jairnilson Paim. Se pudo identificar y contrastar los discursos de los exministros con los principales conceptos de la RSB desarrollados por Jairnilson, tales como “revolución pasiva”, “transformismo”, “retórica sanitaria” y “fantasma de la clase ausente”. Se concluye que el conocimiento y el análisis de estas percepciones son indicios útiles para la comprensión de la política de salud brasileña en las últimas décadas, lo que apunta a la necesidad de realizar más

estudios sobre el tema para seguir avanzando y colaborar, entre otras cosas, en la supresión de la retórica detractora que define 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.

INTRODUÇÃO

O movimento da Reforma Sanitária brasileira (RSB) expressou a singularidade de um contexto histórico em que sobretudo o direito à saúde se tornou uma das principais bandeiras direcionadas à luta pela redemocratização brasileira¹, já que se considerava naquele momento que “saúde é democracia, democracia é saúde”^{2,3}.

Jairnilson Silva Paim utiliza uma definição cuja originalidade amplia o conceito em torno da RSB, pois a considera como “fenômeno histórico-social: idéia-proposta-projeto-movimento-processo”^{4:171}, 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.^{4:36}

O processo da RSB foi forjado a partir de três dinâmicas simultâneas advindas do movimento social: os movimentos médicos; os movimentos sociais, com destaque para a atuação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes); e os movimentos nascidos na academia, que incorporaram ensino e pesquisa e cujas produções sustentaram teoricamente as propostas reformistas no campo da saúde coletiva brasileira⁵. Outra definição possível que sintetiza as principais nuances envolvendo a RSB 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.^{4:173}

Definições à parte, ao se 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”^{6:15}.

Nesse contexto de disputa de correlação de forças que atenuaram as totalidades de mudanças do projeto da RSB, sobretudo no início da década de 1990, cita-se, por exemplo, os artifícios utilizados pelo governo do então presidente Collor de Mello na redução de recursos direcionados à saúde; bem como o ajuste macroeconômico e a Reforma de Estado proposta pelo primeiro mandato presidencial de Fernando Henrique Cardoso (FHC)^{4,7}.

Simultaneamente a esse período de ruptura ideológica no campo da saúde coletiva brasileira, com os ideais da RSB sendo, mesmo que em teoria, drenados para a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), há que considerar a organicidade e as questões da estrutura burocrática do estado brasileiro, sendo que o Ministério da Saúde do Brasil, desde sua fundação em 1953, passava a se considerar a nova autoridade sanitária nacional no início da década de 1990⁸.

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 os institutos de aposentadorias e pensões (IAP), 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 1990⁸.

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 INAMPS/MPAS – que operavam com lógicas distintas”^{8:73}, 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”^{8:74}, 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”^{8:74}.

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

[...] no início dos anos 90, 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.^{8:18}

Assim, considerando o presidencialismo brasileiro de coalizão⁹, entende-se que o regramento legislativo atribui responsabilidade ao Ministério da Saúde na coordenação de políticas nacionais e consequentemente aos seus respectivos ministros, gestores do alto escalão executivo da hierarquia governamental¹⁰. Para que se tenha uma ideia, entre os anos de 1995 e 2016, período marcado pela estabilidade econômica e 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 inegável aperfeiçoamento e consolidação do SUS.

Entretanto, o que se nota é que, na historiografia atual, raros trabalhos se dedicaram à análise da trajetória de vida e atuação desses atores que ocuparam o Ministério da Saúde. Dentre as investigações nessa perspectiva, a autoria destaca apenas os trabalhos de Araújo¹¹, Machado^{8,10} e Machado, Lima e Baptista¹².

Portanto, neste estudo, considerando a ação coordenativa central do Ministério atrelada à figura individual do ministro em posse; considerando ainda que as trajetórias de vida, formação e atuação política dos referidos ministros seguramente influenciaram a tomada de decisões acerca da gênese e implementação de ações nacionais de saúde; considerando a oportunidade histórica que tais atores tiveram de alinhar e pôr em prática a essência do projeto da RSB durante a implementação e o aperfeiçoamento do SUS ao longo desses anos, questionamos: Quais concepções acerca da RSB esses sujeitos possuem e que provavelmente cumularam ao longo das suas trajetórias enquanto executivos federais da saúde?

Ademais, a relevância da realização deste trabalho, dentre outras possíveis, pode ser justificada a partir do argumento que considera a necessidade urgente e atual de se dedicar à

reflexão sobre a temática – RSB –, sobretudo a partir da perspectiva histórico-reflexiva, uma vez que é imperativa a defesa do propósito da democratização da saúde, viabilizado em parte a partir dessa grande política de estado que representa o SUS, mas que só é possível através da adesão radical aos preceitos da RSB⁷.

Portanto, o objetivo do 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 da saúde entre os anos de 2002 e 2015.

MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo de abordagem qualitativa utilizou-se da história oral temática como método de pesquisa¹³.

Foram realizadas entrevistas entre 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 às obrigações legais que regulam a pauta¹⁴, uma vez que seu projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos (Parecer nº 4.031.359).

As entrevistas foram efetuadas somente após a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

Apesar de trabalhar com a perspectiva temporal de que, entre os anos de 1995 e 2016, houve incontestável 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 estudo foi definido entre os anos de 2002 e 2015, dado que foi o período de atuação dos ex-ministros que aceitaram fazer parte do estudo.

A autoria trabalha sob uma perspectiva historiográfica que se utiliza de narrativas baseadas em memórias, já que as reminiscências mnemônicas representam um artifício superlativo da constituição identitária, seja na perspectiva individual, seja na coletiva, sendo cercada de uma contínua recorrência a construção da autoimagem¹⁵. 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.^{15:288}

Assim, após a realização das entrevistas, elas foram transcritas e apreciadas pelos participantes, que, assim, autorizaram sua utilização no estudo. Optou-se, portanto, por selecionar excertos provenientes de respostas dos seis ex-ministros que continham referências acerca de concepções sobre a RSB e o SUS e demais excertos que ajudassem a analisar a questão central da pesquisa. Separados os excertos de cada ex-ministro em específico, iniciou-se o processo analítico guiado pelo método hermenêutico-dialético, proposto por Maria Cecília de Souza Minayo¹⁶, que se inicia pela ordenação e organização dos dados (excertos atinentes à temática), confluindo com a pré-classificação e a formulação de uma lista geral de descobertas.

Após a ordenação dos dados, foi iniciada uma leitura atenta e exaustiva por ambos os pesquisadores envolvidos no estudo, permitindo a criação de categorias empíricas. Em seguida, realizou-se o processo de leitura transversal, que viabilizou a extração e o agrupamento por codificação de inúmeros excertos discursivos similares, obtendo-se um número amplo de categorias temáticas, etapa que foi sequencialmente sucedida pelo processo de “enxugamento”, em que categorias/unidades temáticas de sentido foram reagrupadas, guiado por uma lógica unificadora central, viabilizando assim a classificação final dos achados em uma única categoria.

Com todo o processo definido, os achados foram descritos e cotejados com base no referencial teórico filosófico de Jairnilson Paim⁴ e conceitos por ele desenvolvidos a partir das contribuições de Antônio Gramsci¹⁷ e Agnes Heller¹⁸, como “revolução passiva”, “transformismo”, “retórica sanitária”, “fantasma da classe ausente”, “sujeitos da antítese da RSB” etc.

Entre tais conceitos que compõem esse quadro teórico referencial (QTR) presente na obra de Jairnilson Paim, podemos tentar posicionar o pensamento do autor acerca de cada um deles sinteticamente associando-os à RSB, pois 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”^{17:220}.

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”^{4:8}. Já o *transformismo*, unidade de sentido que possui uma relação orgânica com o conceito anterior, ocorre quando há a unificação de determinados atores que mudam de posicionamento, adotando uma postura de

assimilação e próxima às forças conservadoras e dominantes, ao passo que incorpora outros atores de classes subalternas⁴, conforme foi “a partir de 2003, quando Lula, o PT e seus aliados dão continuidade às políticas de FHC”^{4:317}, revelando superlativamente a atualidade do conceito de revolução passiva: “a política da Direita com homens e frases de esquerda”^{17:70}.

Enquanto o *fantasma da classe ausente*, 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”^{4:310}, 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”^{4:311}.

Paim⁴ ainda postula o conceito de *retórica sanitária* de maneira crítica, apontando-a como uma mudança parcial setorial, sem incorrer radicalmente na mudança do modo de vida, bem como posicionando 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”^{4:307}.

Em seguida, as categorias temáticas foram descritas e analisadas com base no QTR proposto por Jairnilson Paim, sob a justificativa de que Paim apresenta um dos melhores quadros entre os 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, uma vez que “acrescenta e se move”^{19:9}.

Quadro 1 – Relação de ministros da saúde do Brasil incluídos no estudo (2002-2015)

(continua)

MINISTRO	PERÍODO NO MINISTÉRIO	PARTIDO	PRESIDENTE	BREVE DESCRIÇÃO BIOGRÁFICA	DATA E LOCAL DA ENTREVISTA
Barjas Negri	21 fev. 2002 a 31 dez. 2002	PSDB	Fernando Henrique Cardoso	Nascido em São Paulo (SP), em 8 de dezembro de 1950. Economista com mestrado e doutorado pela Universidade Estadual de Campina (Unicamp). Foi secretário executivo do Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE), de 1995 a 1996, e do Ministério da Saúde, de 1997 a 2002, além de prefeito da cidade de Piracicaba por três mandatos.	Piracicaba (SP), 20 dez. 2018
Humberto Sérgio Costa Lima	1 jan. 2003 a 8 jul. 2005	PT	Luís Inácio Lula da Silva	Nascido em Campinas (SP), em 7 de julho de 1957. Jornalista e médico especialista em clínica médica, medicina geral e comunitária e psiquiatria. Foi vereador e secretário da saúde de Recife (PE), de 2001 a 2003, além de deputado estadual (1990-1993) e federal (1995-1999). Atualmente, é senador da República.	Brasília (DF), 11 nov. 2019

Quadro 1 – Relação de ministros da saúde do Brasil incluídos no estudo (2002-2015)

(conclusão)

MINISTRO	PERÍODO NO MINISTÉRIO	PARTIDO	PRESIDENTE	BREVE DESCRIÇÃO BIOGRÁFICA	DATA E LOCAL DA ENTREVISTA
José Saraiva Felipe	8 jul. 2005 a 31 mar. 2006	PMDB	Luís Inácio Lula da Silva	Nascido em Belo Horizonte (MG), em 26 de março de 1952. Médico com mestrado pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Foi secretário municipal da saúde de Montes Claros (1983-1985) e estadual da 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 Universidade de Brasília (UnB).	Virtual, 29 jun. 2020
José Agenor Álvares da Silva	31 mar. 2006 a 16 mar. 2007	Sem partido	Luís Inácio Lula da Silva	Nascido em Abaeté (MG), em 2 de junho de 1947. Farmacêutico e bioquímico pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e doutor notório saber pela Fiocruz (2015). Foi secretário executivo no Ministério da Saúde, de 2005 a 2006, e diretor da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), de 2007 a 2013). Atualmente, é assessor da Fiocruz.	Brasília (DF), 3 out. 2019
José Gomes Temporão	16 mar. 2007 a 31 dez. 2010	PMDB	Luís Inácio Lula da Silva	Nascido em Merufe, Portugal, em 20 de outubro de 1951. Médico, com mestrado pela Fiocruz (1984) e doutorado pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) (2002). Foi subsecretário de estado da saúde do Rio de Janeiro, secretário de planejamento do Inamps (1985-1989), diretor geral do Instituto Nacional de Câncer (Inca) e secretário nacional de atenção à saúde (2005). Atualmente, é professor e pesquisador titular aposentado da Fiocruz.	São Paulo (SP), 22 mar. 2019
Ademar Arthur Chioro dos Reis	3 fev. 2014 a 2 out. 2015	PT	Dilma Vana Rousseff	Nascido em Santos (SP), em 5 de dezembro de 1963. Médico com mestrado pela Unicamp (2001) e doutorado pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) (2011). Foi diretor do Departamento de Atenção Especializada do Ministério da Saúde (2003-2005) e secretário da saúde de São Bernardo do Campo (SP) (2009-2014). Atualmente, é professor do Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina (Unifesp).	Virtual, 12 fev. 2020

Fonte: Galeria dos ministros²⁰.

PSDB = Partido da Social Democracia Brasileira

PT = Partidos dos Trabalhadores

PMDB = Partido do Movimento Democrático Brasileiro

RESULTADOS E DISCUSSÃO

CONCEPÇÕES SOBRE A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

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

Barjas Negri relembrou 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 da saúde, uma vez que ainda se encontrava no Ministério da Educação, confessou suas primeiras imersões na área da saúde, pois a: “primeira conversa que eu tive foi com o ministro-chefe da Casa Civil, Clóvis 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 sua visão atual 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 sanitistas 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.

A manutenção de Negri 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 (Ministério da Administração e Reforma do Estado) e da política econômica do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB) naquele momento¹¹.

Barjas Negri deu indícios 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 (PAB) foi uma das coisas mais importantes que teve, eu fiz um estudo, o pessoal queria o PAB. Foi minha ideia! É isso, foi por aí”*. O PAB é 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”^{21:2}, 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”^{22:3}.

Nota-se então, a partir das narrativas de Barjas Negri, vestígios do pensamento gerencial e reformista do governo FHC, pautado em paradigmas como eficiência, economicidade

e celeridade, uma construção interessante que, anos após, apesar de muito utilizada, ainda nutre a “retórica detratora do SUS”. Tal sistema, 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 de saúde, motivo que, na sua visão, torna o sistema ineficiente e oneroso, devendo ser incrementado com medidas que corrijam tais erros, sustentadas pela lógica eficientíssima da gestão racionalizada e do sistema privado e empresariado.

É reconhecida a contribuição de Negri no período em que atuou no Ministério, mas não se pode mitigar a contradição retórica na narrativa proposta por ele, expressão da luta político-ideológica que desde aquele período incidia sobre a RSB e o SUS, o que ajuda a entender uma das máximas 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”^{4:309}. Tanto é verdade que um ex-ministro que descredencia a legitimidade de tal movimento tem a oportunidade, anos depois da redemocratização e do surgimento do SUS, 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 Negri, aconteceu exclusivamente no período FHC, alheio às ameaças que a subversão do pensamento intelectual de sanitaristas pudesse representar, bastava, já que aquele SUS trazido à tona por “bandeirantes da gestão” entusiastas da gestão racional bem executada era o real e concreto.

Méritos à parte, já que se consideram os avanços do SUS no período FHC, é imperativo que se entenda que a RSB não foi um delírio intelectual burguês, pois “A Reforma Sanitária é resultante do movimento da democratização da saúde no Brasil na década de 70, não teve origem no Estado e sim na sociedade civil”^{4:259}, apesar de existir concorrências ideológicas dentro do próprio projeto da RSB, tanto aquelas mais conservadoras, que visavam a racionalização e modernização dos sistemas de saúde, quanto as mais radicais, que a vislumbrava enquanto viabilizadora de uma revolução completa no modo de vida da população, todavia, concorrências ideológicas que consideravam a necessidade da RSB²³.

Por fim, as pistas oriundas do discurso de Barjas Negri expressam as características mais fieis 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”^{4:302}, que, 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, do fortalecimento das agências de vigilância, da definição de normas

obrigatórias de aplicação de recursos públicos na área da saúde, de estímulo à descentralização e à municipalização, da ampliação do controle social, do reforço do controle e da vigilância dos órgãos públicos sobre a saúde suplementar, da consolidação da política direcionada aos medicamentos genéricos e do incremento de ações de pesquisa e desenvolvimento tecnológico, persistiu com o descumprimento das diretrizes da universalidade, equidade e qualidade⁴.

Outra característica presente nas narrativas foi a menção à participação da RSB como garantia e legitimidade de atuação, como pode ser percebido na narrativa de José Gomes Temporão, ao referir-se ao “trio de Josés” – José Gomes Temporão, José Agenor Álvares da Silva e 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 70. Claro, são trajetórias diferentes e, em alguns momentos, elas se entrecruzam*”.

O relato anterior é reforçado no depoimento de José Agenor Álvares da Silva 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 abaixo:

[...] *foi criado o Cebes e a Abrasco, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde [Coletiva]. 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 à 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 ideia na época, com Sérgio Arouca, Carlini, Euletério, muita gente. Quem era quem na saúde pública passou por lá, trabalhou lá, pessoal da Fiocruz etc.*

Posicionar-se como participante ativo do processo da RSB, independente do grau de envolvimento, torna-se de fato um mantra de credibilidade, dado o alinhamento direcionado ao pensamento em democratizar e universalizar a produção e a oferta de saúde a partir do aperfeiçoamento do SUS, estratégia perceptível também no discurso de Ademar Arthur Chioro dos Reis, ao confidenciar sua atuação pioneira na saúde mental, pois: “[...] *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 Sérgio Costa Lima, que, apesar de seu engajamento político dentro do Partido dos Trabalhadores (PT), não possuía participação de destaque em nível nacional entre os atores centrais da RSB¹¹, 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 sanitaristas, 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 o envolvimento em torno dos ideais da RSB de ex-ministros como Ademar Arthur Chioro dos Reis, Humberto Sérgio Costa Lima, José Agenor Álvares da Silva, José Saraiva Felipe e José Gomes Temporão, independente do grau de envolvimento, pois grande parte das secretarias e dos cargos estratégicos no governo Lula, diferente do governo FHC, foram preenchidos com dirigentes com fiel participação no Movimento Sanitário^{4,24}.

É interessante que a lógica do presidencialismo de coalizão paradoxalmente, de julho de 2005 a dezembro de 2010, fez com que três sanitaristas ocupassem a centralidade na coordenação federal da saúde, que, na visão de José Saraiva Felipe, “[...] foi quando os sanitaristas 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 70”. Em contrapartida, Humberto Sérgio Costa Lima revela certa frustração ao explicar esse momento de ruptura, pois:

Aí houve a crise, aquela crise do ano de 2005, 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, 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 – qual o motivo desse envolvimento não ter sido suficiente para o comprometimento prático radical com os ideais 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 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 podemos 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 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 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 do desinteresse em pleitear qualquer função no legislativo brasileiro, o que, de fato, não é inverídico. Todavia, expõe com riqueza de detalhes que essa necessidade visceral de perseguir programas de maior visibilidade, que impera sobre o cargo executivo e ao longo de quase três décadas, transformou-se em obsessão em muitas gestões.

Não à toa que, especificamente no governo Lula, apesar de haver uma predisposição maior em honrar compromissos históricos na agenda da saúde em relação aos preceitos da RSB⁴, “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”^{24:276}, 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 federais de amplo impacto e alcance, até porque, apesar de todas as críticas que possam existir, tais ações incidem positivamente sobre inúmeros problemas que afligem a saúde pública brasileira, atenuando agravos e melhorando indicadores. Porém, o que se nota é que foi criado um *modus operandi* utilitarista, que personifica agendas presidenciais e ministeriais, reproduzindo um sentido de “dádiva”, sobretudo pela 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”^{24:277}.

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”^{25:571}, embora se considere “que o processo da RSB persiste, sobretudo pelo ativismo do movimento sanitário, apesar dos constrangimentos e retrocessos apontados pela análise da conjuntura”^{25:571}.

Nessa perspectiva, a partir da análise das duas pistas discursivas, a primeira proferida por José Gomes Temporão e a segunda exposta no excerto a seguir, oriundo da narrativa de Ademar Arthur Chioro dos Reis, é possível aplicar os conceitos gramscianos de revolução passiva e transformismo^{4,23}, 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 [Agência Nacional de Saúde Suplementar] 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. Nesse sentido, o conceito 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).^{26:32}

Enquanto o conceito de transformismo²⁷ pode ser definido 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”^{4:45}.

Assim, se analisarmos as duas categorias temáticas expostas nos discursos de Chioro e Temporão, perceberemos que, tanto nas questões atinentes às relações envolvendo tensões e lobbies quanto nas questões envolvendo a gênese de políticas nacionais de saúde, há uma complacência e um entendimento real e concreto assimilados por esses gestores/*policy makers*, que provavelmente induzem pensar que o processo pragmático e cotidiano da gestão não contempla o “idealismo utópico” dos ideais da RSB. Tais ideais são apenas imperativos categóricos presentes nos seus discursos de posse e em retóricas outras, todavia, 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 e disputa que geralmente reforçam a revolução passiva em detrimento de um compromisso radical com a RSB, projetos como

O projeto mercantilista ou expansionista [que] 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 seus 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.^{23:27}

No caso de Ademar Arthur Chioro dos Reis, 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, apesar de entendermos que “não houve estagnação do ‘processo’ da RSB, apesar dos constrangimentos produzidos externa e internamente (fora ou dentro do setor saúde)”^{28:261}.

Seguramente, esses condicionante de disputas econômicas e relações tensas com grupos de interesse do sistema capitalista são inevitáveis, dado o arranjo político nacional brasileiro, que 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”^{4:304}, 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 da saúde.

Permite-se, a partir do exemplo de Chioro e seu incômodo com os 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 o “transformismo que tem presidido tais alianças e a seletividade estrutural do Estado capitalista terminam por neutralizar o seu ‘núcleo subversivo’”^{4:307}, 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 Estado⁴.

Somado à análise prévia, compreende-se 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 partidos”^{4:308}, 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”.

Tensionamentos como esses favorecem a redução da RSB 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 (SUS) pobre para pobres e submetido à lógica do setor privado”^{28:257}, já que atores que colaboram com a construção do SUS, como esses ex-ministros, transitam em três projetos concorrentes no campo da saúde brasileira.

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

No projeto revisionista ou nacionalizador, os atores à frente da gestão, apesar de seu alinhamento anterior à RSB, cederam e flexibilizaram os princípios do SUS em função dos interesses econômicos da agenda política e da lógica burocrática estatal. Já o projeto alinhado à RSB é guiado na práxis e ideologicamente pelo pensamento constitutivo da e provavelmente 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”^{28:259} 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”^{28:261}, 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”^{28:260}.

Portanto, é só a partir da 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”^{4:304}, se que viabiliza 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”^{4:303}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Procurar conhecer concepções desses ex-ministros acerca da RSB permite questioná-las pelo fato de que estas ficam e não passam do campo da retórica discursiva.

Todavia, a autoria acredita que o conhecimento e a análise de tais concepções, as ditas e as não ditas, é útil à compressão da política de saúde nas últimas décadas.

Destaca-se também que as menções que abordaram a temática da RSB apresentaram-se de modo superficial e secundário, deflagrando discriminações discursivas que a posicionaram ora como uma pauta ultrapassada que não confere eficiência à 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 anterior é que, entre os ministros presentes na análise, cinco correspondem à geração de sanitaristas com formação e trajetória de atuação peculiares. A autoria questiona 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 interpelada por outra indagação: Será que esses ex-ministros entusiastas e simpatizantes da RSB durante sua gestão se comprometeram apenas diante do possível, priorizando a manutenção no poder, e, colateralmente, praticaram minimamente seus posicionamentos político-ideológico?

As respostas para ambas as perguntas talvez sejam parcialmente respondidas, já que reconhecemos que um expediente de pesquisa robusto seja direcionado para tal fim investigativo e se considerarmos que as tomadas de decisões mais sensíveis, que envolvem questões de ordem econômica e constrangimentos entre inúmeros grupos de interesse, em meio ao presidencialismo de coalizão brasileiro, são exclusivamente centradas no presidente da República.

Talvez aí esteja uma justificativa, apesar de termos a gênese e a implementação do Programa Mais Médicos, durante a gestão de Alexandre Padilha, e a atuação e as iniciativas da política de redesignação sexual, do licenciamento compulsório do efavirenz, durante a gestão de José Gomes Temporão, ações que certamente confrontaram o mercantilismo e os interesses de conglomerados econômicos e de grupos hegemônicos do setor saúde, mas que ainda assim são muito periféricas e desvinculadas de um projeto ligado 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 de capital e um bem 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, embora não seja um equívoco refletir sobre suas atuações e exercer o questionamento e direcionar à crítica de que poderiam ter se comprometido mais, já que esses quadros da saúde pública, considerando suas trajetórias, “tinham o que oferecer”, até porque, ao confrontar a realidade de gestão do executivo federal de saúde em 2022, entendemos que progredimos razoavelmente até meados de 2015, mas retrocedemos desde então, pioramos atualmente e deveremos persistir futuramente no compromisso irrestrito com os preceitos da RSB, sobretudo pelo fato de que, utilizando as palavras de Ademar Arthur Chioro dos Reis, *“o jogo é muito bruto, o jogo não é para amador”*.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao professor doutor Jairnilson Silva Paim, pela sua generosidade intelectual em revisar criticamente o artigo.

COLABORADORES

1. Concepção do projeto, análise e interpretação dos dados: Danilo Fernandes Brasileiro e Maria Cristina da Costa Marques.
2. Redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Danilo Fernandes Brasileiro e Maria Cristina da Costa Marques.
3. Revisão e/ou aprovação final da versão a ser publicada: Danilo Fernandes Brasileiro e Maria Cristina da Costa Marques.
4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra: Danilo Fernandes Brasileiro e Maria Cristina da Costa Marques.

REFERÊNCIAS

1. Mota A, Marques MCC, Brasileiro DF. Reforma Sanitária e o estado de São Paulo 1970-1980: particularidades regionais e formação de seus trabalhadores. Interface Comun Saúde Educ. 2021;25:e210118.
2. Arouca S. Democracia é saúde. Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde; 1986, Brasília (DF). Brasília (DF): Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1987.

3. Escorel S. Saúde e democracia, democracia e saúde. *Saúde Debate*. 1988;21:51-5.
4. Paim JS. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador (BA): Edufba; 2008.
5. Escorel S. Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro (RJ): Editora Fiocruz; 1999.
6. Paiva CHA, Teixeira LA. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *Hist Ciênc Saúde Manguinhos*. 2014;21(1):15-35.
7. Fleury S, organizador. Teoria da Reforma Sanitária: diálogos críticos. Rio de Janeiro (RJ): Editora Fiocruz; 2018.
8. Machado CV. Direito universal, política nacional: o papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002 [tese na Internet]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2005 [citado em 2023 jun 1]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/premio2006/Cristiani_D_MH.pdf
9. Abranches S. Presidencialismo de coalizão: raízes e evolução do modelo político brasileiro. São Paulo (SP): Companhia das Letras; 2018.
10. Machado CV. 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. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2013. p. 33-70.
11. Araújo CEL. Estado e mercado, continuidade e mudança: a dualidade da política de saúde nos governos FHC e Lula [tese na Internet]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2017 [citado em 2023 jun 1]. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/BUOS-B33M3G>
12. Machado CV, Lima LD, Baptista TWE. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. *Cad Saúde Pública*. 2017;33(Supl 2):e00129616.
13. Freitas SM. História oral: possibilidades e procedimentos. 2a ed. São Paulo (SP): Humanitas; 2006.
14. Brasil. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*: Brasília (DF); 2013 jun 13. Seção 1, p. 59.
15. Liblik CSFK. A entrevista na História Oral: notas sobre intersubjetividade e relação historiador-depoente. *História Oral*. 2021;24(2):273-91.

16. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9a ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2006.
17. Gramsci A. Cadernos do cárcere: o risorgimento, notas sobre a história da Itália. 4a ed. Rio de Janeiro (RJ): Civilização Brasileira; 2002.
18. Heller A. Teoría de las necesidades en Marx. Barcelona: Ediciones Península; 1986.
19. Schraiber LB. Prefácio. In: Paim JS. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador (BA): Edufba; 2008. p. 9-19.
20. Galeria dos ministros. Brasília (DF): Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde; [citado em 2020 out 10]. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/galeria-dos-ministros/>.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.882, de 18 de dezembro de 1997. Estabelece o Piso da Atenção Básica – PAB e sua composição. Brasília (DF); 1997.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.925, de 13 de novembro de 1998. Aprova o Manual para Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. Brasília (DF); 1998.
23. Paim JS. Reforma Sanitária Brasileira (RSB): expressão ou reprodução da revolução passiva? Planejamento e Políticas Públicas. 2017;(49):15-33.
24. Teixeira CF, Paim JS. A política de saúde no governo Lula e a dialética do menos pior. Saúde Debate. 2005;29(71):268-3.
25. Reis CR, Paim JS. A Reforma Sanitária Brasileira durante os governos Dilma: uma análise da conjuntura. Saúde Debate. 2021;45(130):563-74.
26. Sousa AA. Conceito gramsciano de “revolução passiva” e o Estado brasileiro. Labor. 2010;1(3):28-40.
27. Coutinho CN. As categorias de Gramsci e a realidade brasileira. In: Coutinho CN, Nogueira MA, organizadores. Gramsci e a América Latina. Rio de Janeiro (RJ): Paz e Terra; 1985. p. 103-27.
28. Paim JS. Sujeitos da antítese e os desafios da práxis da Reforma Sanitária Brasileira. Saúde Debate. 2017;41(Spe 3):255-64.

Recebido: 22.3.2022. Aprovado: 4.4.2023. Publicado: 19.6.2023.