



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**



LIZ DUQUE MAGNO

**DOS CLAMORES DAS RUAS AOS RUMORES NO
CONGRESSO: UMA ANÁLISE DA CONJUNTURA RECENTE DA
SAÚDE NO BRASIL**

Salvador
2015

LIZ DUQUE MAGNO

**DOS CLAMORES DAS RUAS AOS RUMORES NO
CONGRESSO: UMA ANÁLISE DA CONJUNTURA RECENTE DA
SAÚDE NO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Comunitária.

Orientador: Prof. Dr. Jairnilson Silva Paim

Salvador
2015

Ficha Catalográfica
Elaboração: Programação de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

M198d Magno, Liz Duque.

Dos clamores das ruas aos rumores no Congresso: uma análise da conjuntura recente da saúde no Brasil / Liz Duque Magno. -- Salvador: L.D.Magno, 2015.

105f.

Orientador: Profº. Drº. Jairnilson Silva Paim.

Dissertação (mestrado) - Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. Política de Saúde. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Política Social. I. Título.

CDU 614.2



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

LIZ DUQUE MAGNO

**Dos clamores das ruas aos rumores no congresso:
uma análise da conjuntura recente da saúde no
Brasil.**

A Comissão Examinadora abaixo assinada aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 28 de abril de 2015

Banca Examinadora:

Prof. Jairnilson Silva Paim – ISC/UFBA

Profª. Carmen Fontes de Souza Teixeira – IHAC/UFBA

Prof. Antonio Jorge Fonseca Sanches de Almeida – FFCH/UFBA

Profª. Ana Maria Costa - ESCS

Salvador
2015

A

Mainha e Painho, pelo que sou

Ela por ser o meu porto seguro

Ele por ter virado estrela e seguir me iluminando

AGRADECIMENTOS

Muito obrigada àquelas e àqueles que fazem o sonho virar realidade.

Agradeço a Deus por ser o meu fôlego de vida e luta e assim agradeço a todas e todos que vivem lutando.

A Nancy, Ize e Lui por estarem presentes mesmo quando distantes, provando que a linha tênue entre os corações é o amor. Por me fortalecerem em meio a tempestades, por acreditarem até quando eu já não via possibilidades.

A Alex pelo amor e companheirismo diários, demonstrando que outros valores podem ser possíveis ao nos forjarmos como novas mulheres e homens também em nossos afetos. Obrigada pelo apoio em cada página escrita, pelo cuidado, pela companhia nas madrugadas de estudo.

A Márcio, Renata e Natália, meus presentes na terra. Vocês são os verdadeiros “culpados” por tudo isso se tornar realidade. Não poderia em palavras agradecer o incentivo, a força e a felicidade de ter vocês por perto; deixo então, pedaços do meu coração.

Ao Professor Jairnilson, pelas intensas lições de sabedoria. Por ser um verdadeiro mestre, exemplo de compromisso, dedicação, determinação, sem jamais perder a ternura. Minha eterna gratidão e admiração.

A Consulta Popular e ao CEBES por manterem aquecido o meu coração em tempos tão perversos. Por me permitirem vivenciar o verdadeiro sentido da palavra companheiros. Por serem parte de quem eu me tornei.

Difícil nomear todas as pessoas que contribuíram nesse caminho, desde que a utopia passou a ser combustível para uma realidade em busca de um mundo melhor. Sintam-se imensamente abraçados, ainda que a memória tenha permitido deslizes.

“A Utopia está lá no horizonte.
Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos.
Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos.
Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei.
Para que serve a Utopia?
Serve para isso: para que eu não deixe de caminhar”.

Eduardo Galeano

RESUMO

INTRODUÇÃO: A Reforma Sanitária Brasileira é um processo que não foi concluído com a instituição do SUS. Dessa forma, é necessário o contínuo acompanhamento da Política de Saúde no Brasil e sua relação com este projeto ético-civilizatório. As jornadas de junho de 2013 certamente marcaram um novo período na cultura política brasileira. Retoma-se o sentimento de ocupação das ruas e luta de massas na reivindicação de direitos sociais e participação política, tendo destaque para a saúde. **OBJETIVO:** Analisar o lugar ocupado pela saúde na agenda política das principais candidaturas à Presidência da República do Brasil nas eleições de 2014, bem como seus desdobramentos em políticas do governo eleito, à luz dos projetos em disputa na sociedade, da Reforma Sanitária Brasileira e das distintas concepções do SUS. **METODOLOGIA:** Estudo qualitativo correspondendo a uma análise da conjuntura da saúde de junho/2013 a março/2015, tendo como referencial para análise a leitura Gramsciana da realidade. Foi realizada Pesquisa Documental para a identificação dos fatos produzidos e acontecimentos relevantes na conjuntura do período, utilizando como fontes: mídia; programas de governo e materiais de campanha das principais candidaturas à presidência; documentos das entidades de saúde. **RESULTADOS:** A resposta governamental às manifestações de 2013 foi o Programa Mais Médicos. O PL de iniciativa popular (Saúde + 10) foi arquivado pelo congresso. Prevaleceu nos programas de governo analisados: Saúde restrita ao consumo de serviços/procedimentos; modelo de atenção biomédico; incorporação do setor privado na ampliação de cobertura e melhoria dos serviços. Propostas do “Livro Branco” foram incluídas, já entidades da Reforma Sanitária tiveram pouca influência. As medidas recentes de abertura da saúde ao capital estrangeiro, redução do financiamento e lógica de Cobertura Universal, associadas ao ajuste fiscal e redução de direitos trabalhistas, podem indicar desmonte das conquistas sociais. **DISCUSSÃO E CONVITE À REFLEXÃO:** As eleições presidenciais que se seguiram trouxeram o debate político para a ordem do dia, gerando polarização ideológica e disputa por hegemonia. Entretanto, Saúde não foi prioridade nas campanhas à presidência 2014. O clamor das ruas não foi suficiente para pautar uma agenda política de ampliação de direitos sociais. A política econômica e modelo de desenvolvimento, influenciados pelo mercado financeiro e setores empresariais,

apontam a necessidade de rearticulação da Sociedade Civil na disputa por hegemonia de um projeto de sociedade centrado no desenvolvimento humano, solidariedade e justiça social.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The Brazilian Health Reform is a process that was not completed with the SUS. Thus, the continuous monitoring of the Health Policy in Brazil and its relation to this ethical-civilizing project is necessary. The protests in June 2013 certainly rise a new period in Brazilian political culture. The feeling of occupying the streets is brought back and people fight for increasing social rights (including health) and political participation. **OBJECTIVE:** To analyze where health policy stayed in the political agenda of candidates running for president of Brazil in the 2014 elections and what was made in elected government policies, based in society projects, the Brazilian Health Reform and different conceptions of SUS. **METHODS:** Qualitative study corresponding to an analysis of the health situation from June / 2013 to March / 2015, having Gramsci theory as the main reference. Documental research was performed to identify the relevant facts and events produced in the context of the period, using as sources: media; government programs and campaign materials of the main candidates running for president; the health associations documents. **RESULTS:** the program "Mais Médicos" (More Doctors) was the government response to 2013 protests. The popular initiative project "Saúde Mais 10" was filed by the Congress. Between governmental programs that were analyzed prevailed: Health restricted to services and procedures; biomedical care pattern, the incorporation of private sector in order to increase coverage and improve services. Proposals of the "Livro Branco da Saúde" (White book of health) were assumed, as associations of the Brazilian Health Reform had little influence. Recent measures of health opening to foreign capital, Universal Coverage associated with the fiscal adjustment and reduction of labor rights, may indicate regression of social rights. **DISCUSSION AND REFLECTION INVITE:** The presidential elections brought the political debate to people with an ideological polarization and competition for hegemony. Health was not a priority in campaigns. The claim of the streets was not enough to steer a political agenda of expanding social rights. Economic policy and development model, influenced by the financial and business sectors, indicate that it's necessary re-articulation of civil society to fight for a social project hegemony prioritizing the human development, solidarity and social justice.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ABRES	Associação Brasileira de Economia em Saúde
AMB	Associação Médica Brasileira
AMPASA	Associação de Membros do Ministério Público em Defesa da Saúde
Anahp	Associação Nacional de Hospitais Privados
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APSP	Associação Paulista de Saúde Pública
BIRD	Banco Internacional para a Reconstrução e Desenvolvimento
BNDES	Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
BOVESPA	Bolsa de Valores de São Paulo
BRICS	Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul (South Africa), sigla para designar o Bloco Econômico formado por estes países
CBN	Central Brasileira de Notícias
Cebes	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNseg	Confederação Nacional das Empresas de Seguros Gerais, Previdência Privada e Vida, Saúde Suplementar e Capitalização
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CRM	Conselho Regional de Medicina
CUT	Central Única dos Trabalhadores
DEM	Democratas (Partido)
FenaSaúde	Federação Nacional de Saúde Suplementar

FHC	Fernando Henrique Cardoso
FMI	Fundo Monetário Internacional
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDISA	Instituto de Direito Sanitário Aplicado
IDSUS	Índice de Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde
IPI	Imposto sobre Produtos Industrializados
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
MP	Medida Provisória
MPL	Movimento Passe Livre
MRSB	Movimento da Reforma Sanitária Brasileira
MST	Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra
NINJA	Narrativas Independentes, Jornalismo e Ação
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PCdoB	Partido Comunista do Brasil
PDT	Partido Democrático Trabalhista
PEC	Proposta de Emenda Constitucional
PEN	Partido Ecológico Nacional
PHS	Partido Humanista da Solidariedade
PLP	Projeto de Lei de Iniciativa Popular
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PMN	Partido da Mobilização Nacional
Port.GM/MS	Portaria do Gabinete Ministerial do Ministério da Saúde
PP	Partido Progressista
PPL	Partido Pátria Livre

PPS	Partido Popular Socialista
PR	Partido da República
PRB	Partido Republicano Brasileiro
PROS	Partido Republicano da Ordem Social
PRP	Partido Republicano Progressista
PSB	Partido Socialista Brasileiro
PSD	Partido Social Democrático
PSDB	Partido da Social Democracia Brasileira
PSF	Programa de Saúde da Família
PSL	Partido Social Liberal
PT	Partido dos Trabalhadores
PTB	Partido Trabalhista Brasileiro
PTC	Partido Trabalhista Cristão
PTdoB	Partido Trabalhista do Brasil
PTN	Partido Trabalhista Nacional
RCB	Receitas Correntes Brutas
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SBB	Sociedade Brasileira de Bioética
SD	Solidariedade (Partido)
SUS	Sistema Único de Saúde
TSE	Tribunal Superior Eleitoral
UNE	União Nacional dos Estudantes
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. METODOLOGIA	19
2.1. Elementos teórico-conceituais	19
2.2. Procedimentos técnicos de coleta, registro, processamento e análise de dados	22
2.2.1. Período de Estudo	22
2.2.2. Estratégias de produção dos dados	22
Fontes Utilizadas	
Registro dos dados	
2.2.3. Análise dos dados	24
3. Não era primavera, mas o asfalto floresceu: as jornadas de junho de 2013	26
4. A saúde na agenda política: análise das candidaturas à presidência da República em 2014	38
4.1. Análise do programa de governo e proposições de Dilma Rousseff	39
4.2. Análise do programa de governo e proposições de Aécio Neves	44
4.3. De Eduardo Campos à Marina Silva: análise do programa de governo e proposições da coligação Unidos pelo Brasil	53
4.4. Interseções e descompassos entre os projetos políticos	62
5. A reeleição de Dilma Rousseff, o Congresso Nacional e a Política de Saúde	66
6. Discussão e convite à reflexão	79
REFERÊNCIAS	87
ANEXOS	
Anexo 1: ilustrações campanha Dilma Rousseff	99
Anexo 2: ilustrações campanha Aécio Neves	101
Anexo 3: ilustrações campanha Marina Silva	104

1. INTRODUÇÃO

A conquista do direito à saúde no Brasil a partir da Constituição de 1988 foi resultado de um amplo processo político que envolveu trabalhadores, estudantes e intelectuais do campo da saúde, organizações populares, organizações sindicais e partidos políticos, configurando o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (PAIM, 2008). Através do lema Saúde é Democracia, o movimento questionava a estrutura política da época e colocava a saúde como parte do processo de democratização do país que vivia uma severa ditadura civil-militar. A Reforma Sanitária propunha uma transformação no modo de vida que contemplasse desde a universalização do acesso aos serviços de saúde até profundas mudanças nas esferas política, econômica e sócio-cultural; uma reforma social ampla que garantisse ao povo brasileiro um conjunto de direitos e políticas intersetoriais (PAIM, 2014; FLEURY, 2008).

Enquanto fenômeno histórico e social, a Reforma Sanitária Brasileira (RSB) pode ser analisada dentro de um ciclo que compreende ideia-proposta-projeto-movimento-processo (PAIM, 2008). A saúde como um direito de cidadania alicerçada pela produção teórica que afirmava a determinação social do processo saúde-doença foi a *ideia* que conformou uma *proposta* de reforma social materializada no *projeto* sistematizado na VIII Conferência Nacional de Saúde através da articulação de um amplo *movimento* sanitário. O seu *processo* é caracterizado pelas políticas desenvolvidas nas diferentes conjunturas, incluindo distintos governos, projetos políticos em disputa e articulação de suas bases sociais de sustentação (PAIM, 2008; PAIM, 2014).

Analisando o período pós-constituente, é possível perceber a redução do projeto original à implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) (PAIM, 2013). De certo que o SUS representa uma grande conquista com significativos impactos nas condições de vida e saúde da população brasileira (PAIM, et al. 2011), porém a proposta ampla da RSB foi sendo resumida ao seu componente setorial e aos poucos, o horizonte estratégico de mudanças estruturais na sociedade foi perdendo o sentido para muitos dos seus atores iniciais. Cohn (2009) afirma que a partir da década de 1990, verifica-se um deslocamento na produção acadêmica (e não

acadêmica) das grandes questões envolvidas na proposta original da RSB como democracia, papel do Estado, projeto de nação, na direção de estudos de caráter pragmático e tecnicista referentes à implementação do SUS.

Em estudo recente, a RSB é apontada como uma utopia e saudosismo, estando encerrada como conjunto de ideias e práticas políticas contextuais de um tempo de transição, que obteve sucesso em propor uma agenda política e a montagem de um sistema de saúde (HOCHMAN, 2013). Entretanto, para Paim (2013), a RSB está viva e a vitalidade do processo cria espaços para os sujeitos da antítese¹ que emergem da sociedade civil organizada.

Portanto, não é possível desvincular o estudo das políticas de saúde da análise dos projetos de desenvolvimento colocados nos diferentes períodos da história recente. O SUS, como a grande política de saúde no Brasil foi implantado numa conjuntura adversa, onde a disputa ideológica favoreceu amplamente o projeto neoliberal, reorganizando as relações entre Estado e sociedade em bases distintas das pressupostas pelos formuladores da RSB (FLEURY, 2008). Assim, o projeto do SUS situava-se na contramão do que era estabelecido pelas agências financeiras internacionais, principalmente o Banco Mundial (1993) e o Fundo Monetário Internacional (FMI), sendo subfinanciado e focalizado desde o seu nascimento, favorecendo um livre crescimento da iniciativa privada com incentivo do Estado.

O governo Lula, iniciado em janeiro de 2003, manteve o projeto neoliberal e a política macroeconômica dos governos anteriores, ainda que buscasse ampliar os gastos públicos com as políticas sociais. Este momento trouxe para o movimento da RSB a expectativa de retomada das bases do seu projeto original após a eleição de um governo dos trabalhadores. Entretanto, os principais programas de governo foram políticas focalizadas de transferência de renda que visavam redução da pobreza (PAIM, 2008; PAIM, 2013).

O VIII Simpósio de Política e Saúde da Câmara com a divulgação da Carta de Brasília em defesa da RSB em 2005, a refundação do CEBES em 2006 e o Fórum pela Reforma Sanitária, entre outras iniciativas, demonstram sinais de rearticulação do movimento. Apesar de tudo, mesmo com importantes quadros do MRSB em

¹ O autor utiliza este termo em referência à expressão portadores da antítese utilizada por Werneck Viana (2004)

cargos estratégicos do Ministério da Saúde, pouco avançou a Reforma Sanitária nos dois mandatos que se seguiram (BAHIA, 2010; MACHADO, BATISTA e LIMA, 2012; PAIM, 2008; PAIM, 2014).

A partir do segundo mandato o Governo Lula e, posteriormente, o Governo Dilma, consolidaram um modelo de desenvolvimento conhecido como neodesenvolvimentismo. Para Boito (2012), o neodesenvolvimentismo é um programa de política econômica e social que busca o crescimento econômico e o desenvolvimento do capitalismo brasileiro com alguma transferência de renda sem romper com os limites dados pelo modelo econômico neoliberal ainda vigente no país; “o desenvolvimentismo possível dentro do neoliberalismo”.

Para o autor, as principais características desse modelo são as políticas de valorização do salário mínimo e de transferência de renda ampliando o poder de consumo das classes populares, elevação da dotação orçamentária do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico (BNDES) para financiamento de grandes empresas nacionais a juros favorecidos ou subsidiados, apoio à exportação de mercadorias e capitais, política econômica anticíclica nos momentos de crise, investimento estatal em infraestrutura através de parcerias público-privadas.

No campo das políticas sociais, o neodesenvolvimentismo concentrou a agenda nas políticas de transferência de renda com condicionalidades cumprindo o receituário do Banco Mundial. Machado (2013) afirma que não há como construir uma sociedade mais igualitária no Brasil sem enfrentar a pobreza, sendo esta, uma estratégia fundamental para um sistema de proteção social abrangente. Outras autoras apontam que as políticas sociais devem caminhar no sentido da cidadania plena – civil, política e social - para além da subsistência ou preservação das condições de produção capitalista (FLEURY, 2008; MAURIEL, 2011).

Os reflexos desta agenda na saúde são a redução dos gastos públicos e manutenção do subfinanciamento associado ao crescimento e fortalecimento do setor privado (PAIM, 2013; BAHIA, 2010; TEIXEIRA e PAIM, 2005). Reflete as contradições de governos que “defendem” o SUS, que tem um *staff* de sanitaristas em seus principais postos de governo, mas implementam políticas cumulativas de privatização (PAIM, 2013; BAHIA, 2013; TEIXEIRA e PAIM, 2005). Na mesma lógica em que o grande capital ganha com o neodesenvolvimentismo em outros setores, na saúde cresceram os planos e seguros privados, a incorporação de tecnologias de

alto custo, abertura para exploração do capital internacional e a financeirização do setor (BAHIA, 2013; MACHADO, BATISTA e LIMA, 2012; VIANA, 2013). Podemos acrescentar que as políticas prioritárias mantêm a lógica da focalização – inflexão em direção a políticas de cunho redistributivo na saúde – e da expansão de serviços de saúde em atenção primária e unidades hospitalares e pré-hospitalares (BAHIA, 2010).

Estes projetos em disputa na sociedade brasileira possivelmente estariam colocados no cenário eleitoral em 2014. Segundo Paim (2013), eles se materializam na saúde através de produções recentes como a Nova Agenda Social (BACHA e SCHWARTZMAN, 2011) que propõe a atualização e intensificação das reformas neoliberais da década de 1990 e as Diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro (FIOCRUZ, 2012) que aponta cenários possíveis para os principais temas que envolvem a organização do sistema de saúde brasileiro apostando na continuidade do neodesenvolvimentismo.

Em editorial de abril de 2014, o Jornal Brasil de Fato (REFLEXÕES, 2014) afirma que o neodesenvolvimentismo não politizou, nem inseriu suas conquistas socioeconômicas em torno de um projeto político ideológico se resguardando em melhorar a vida do povo para evitar os conflitos sociais, manifestando, neste aspecto, seu caráter conservador. Acrescenta que suas contradições contribuíram para emergir uma geração de jovens trabalhadores como novos personagens na cena política com potencial de recolocar na agenda as reformas estruturais pendentes.

Fatos recentes nos remetem à centralidade da questão saúde, juntamente com os demais direitos sociais, para os brasileiros e brasileiras que estiveram nas ruas das principais cidades do Brasil em manifestações ocorridas durante o outono/inverno de 2013.

A Reforma Sanitária Brasileira vista como um processo aponta para a necessidade de sua investigação permanente considerando os acontecimentos e fatos produzidos na conjuntura recente. Compreendendo a questão saúde como objeto da ação política das classes dirigentes que controlam o Estado e seus aparelhos (PAIM, 2008), é relevante a realização de estudos que contribuam na observação do processo político de como se enfrentam as forças sociais diante desta questão e quais são os projetos políticos em disputa em cada conjuntura.

Em março de 2014, os brasileiros apontavam a saúde como o maior problema do país (DATAFOLHA, 2014). Estas inquietações populares levantaram as seguintes questões de investigação: qual lugar a saúde ocupou na agenda política daqueles que pretendiam ocupar o poder executivo da nação nas eleições de 2014? Qual a relação entre a saúde, os projetos em disputa na sociedade, a RSB e as distintas concepções do SUS?

A agenda política de um país é conformada ao longo de um processo onde os diversos sujeitos interagem disputando a prioridade do Estado. Em períodos eleitorais, parte dessa agenda é incorporada pelas candidaturas que, de acordo com seus projetos de sociedade e as frações de classe que representam, circunscrevem as mais variadas formas de dar respostas concretas aos seus governados. Analisar como se dão esses processos é essencial para auxiliar o estudo das políticas sociais no Brasil sugerindo uma produção científica comprometida com os projetos de transformação das condições de vida e saúde da população brasileira.

Considerando tais elementos, este estudo teve como objetivo analisar o lugar ocupado pela saúde na agenda política das principais candidaturas à Presidência da República do Brasil nas eleições de 2014, bem como seus desdobramentos em políticas do governo eleito, à luz dos projetos em disputa na sociedade, da Reforma Sanitária Brasileira e das distintas concepções do SUS. Como objetivos específicos: a) analisar a agenda política das principais candidaturas à Presidência; b) analisar a conjuntura recente relacionando os acontecimentos e fatos produzidos com a política de saúde no Brasil e, em particular, com o SUS; c) identificar possíveis relações entre as proposições apresentadas para a saúde no processo eleitoral, o projeto da Reforma Sanitária Brasileira e as distintas concepções do SUS.

2. METODOLOGIA

2.1. Elementos teórico-conceituais

Este estudo² qualitativo corresponde a uma análise de conjuntura. Analisar uma conjuntura é examinar um conjunto de relações de forças contraditórias, onde as forças econômicas operam como um limite de variação. A análise mostra quais são os pontos de menor resistência, sugere opções táticas e qual a melhor linguagem será compreendida. Neste sentido, é possível avaliar as condições necessárias e suficientes para a transformação de uma sociedade a partir do conhecimento do desenvolvimento desigual das relações de força em cada um dos níveis que articuladamente compõem o social, determinado por múltiplas relações, como um produto de atores sociais que se opõem e articulam entre si e possuem distintos graus de organização e coerência (GRAMSCI, 2012; PORTANTIERO, 1983).

Souza (1985) pontua que diante das mais diversas situações as pessoas realizam análises de conjuntura, mesmo que não a façam de forma consciente. Quando as decisões são tomadas a partir de uma avaliação da situação é necessário buscar um amplo leque de informações sobre o assunto, avaliar as possibilidades, descobrir sentidos, relações, elaborar hipóteses de desenvolvimento dos fatos, das reações possíveis das pessoas e grupos, medir a força ou o perigo dos eventuais adversários.

Neste sentido, a análise de conjuntura surge como uma leitura especial da realidade e que sendo realizada em função de necessidades ou interesses, não há como ser neutra ou desinteressada. Ela não deve ser um fim em si mesma e só adquire significado se serve para justificar uma atividade prática. O elemento decisivo em cada situação é a força permanente organizada e predisposta de longa data, que pode fazer avançar quando a situação é favorável (GRAMSCI, 2012).

Existem dois modos possíveis de ler a conjuntura: a partir do ponto de vista do poder dominante ou a partir do ponto de vista das classes subordinadas e dos

² Este estudo está inserido no projeto “Análise do processo da Reforma Sanitária Brasileira no período de 2007 a 2016” (processo nº: 303780/2013-4) e articula-se com o projeto “Análise de Políticas de Saúde no Brasil (2003-2017)” (processo nº: 405071/2013-2) ambos aprovados pelo CNPq.

grupos de oposição ao poder dominante (PORTANTIERO, 1983). A opção teórica deste estudo articula-se com a segunda perspectiva.

Para Gramsci (1980), as relações entre a estrutura sócio-econômica e a superestrutura político-ideológica formam um bloco histórico. Neste sentido, o complexo e contraditório conjunto que forma a superestrutura é reflexo das relações sociais de produção, porém esta distinção é meramente metodológica, visto que ambas constituem uma unidade orgânica onde as forças materiais e ideológicas se entrelaçam. A articulação que se expressa no bloco histórico encontra no conceito de hegemonia a sua chave teórica, isto é, um complexo de atividades práticas e teóricas com as quais a classe dirigente, não só justifica como mantém seu domínio e busca obter o consenso ativo dos governados (GRAMSCI, 1980; PORTANTIERO, 1983).

A superestrutura, na perspectiva Gramsciana, é composta por duas esferas fundamentais: a Sociedade Política e a Sociedade Civil. A Sociedade Política agrupa o aparelho de Estado e corresponde à função de dominação direta através do uso de seus mecanismos coercitivos. Já a Sociedade Civil representa a direção cultural e moral da superestrutura e envolve o conjunto dos organismos ditos como privados, como as associações políticas e sindicais, as corporações, que compõem o conteúdo ético do Estado. As forças que forem hegemônicas na Sociedade Civil são as forças que irão dirigir todo o bloco histórico, pois sua ideologia manifesta-se implicitamente na arte, no direito, nas atividades econômicas, na religião, nas ciências, em todas as manifestações da vida individual e coletiva (PORTELLI, 1977).

Para Testa (1995) os sujeitos sociais individuais ou coletivos se tornam atores sociais à medida que se comprometem com práticas sociais transformadoras intervindo através da Sociedade Política ou Sociedade Civil. O Sujeito social individual é o indivíduo formado como consequência das condições em que se desenvolve seu processo de trabalho (relações sociais de produção), enquanto que o sujeito coletivo constitui-se a partir de um interesse concreto comum a vários sujeitos individuais. Os sujeitos coletivos podem ser grupos sociais ou classes sociais que se identificam a partir da elevação da consciência e construção de um projeto comum.

As classes sociais, os grupos e os diferentes atores desenvolvem entre si relações que não são homogêneas podendo se expressar como confronto,

coexistência, cooperação, que revelam sempre uma relação de força de domínio e subordinação ou igualdade (SOUZA, 1985). A correlação de forças sofre mudanças permanentemente, uma vez que, as relações sociais são dialéticas e que delas dependem, também, as relações entre a estrutura e a superestrutura. Através do estudo da relação de forças é possível perceber quais as forças que precisam ser potencializadas ou vencidas, quais as alianças que podem ser realizadas na busca de uma correlação de forças que seja favorável a determinado objetivo. Outro aspecto a ser considerado é a identificação dos campos de confronto existentes em um dado momento e que caracterizam os tipos de oposição e os conflitos entre os diferentes atores sociais, permitindo a análise da correlação de forças (PORTANTIERO, 1983).

Os acontecimentos, as ações desempenhadas pelos sujeitos, as relações de força que determinam uma conjuntura ocorrem dentro de um conjunto de relações sociais, econômicas e políticas mais profundas estabelecidas ao longo de um processo. Um aspecto importante da análise de conjuntura é a de caracterizar as questões centrais que estão colocadas em evidência na luta social e política num período determinado. Estas questões fazem parte do debate de partidos políticos, governos, sindicatos, movimentos sociais em geral e estão refletidas na grande imprensa (SOUZA, 1985). Esta compreensão justifica as opções metodológicas em relação às fontes de dados que foram adotadas neste estudo ao considerar os fatos produzidos e acontecimentos.

Souza (1985) considera que os acontecimentos são os fatos que por sua dimensão e seus efeitos afetam milhões de pessoas, a sociedade em seu conjunto e que tão fundamental quanto situar um acontecimento e apreender o seu sentido é perceber quais as forças, os movimentos, as contradições e as condições que o geraram. Para este autor, o cenário é o espaço onde as tramas sociais e políticas se desenvolvem e cada um deles apresenta particularidades que influenciam o desenvolvimento da luta sendo a mudança de cenário uma importante indicação de mudanças no processo. No entanto, historiadores como Carr (2002) e Schaff (1995) utilizam, com finalidade semelhante, o conceito de “fato histórico” para se referir às manifestações da vida dos indivíduos e das sociedades escolhidas, dentre outras, por possuírem relações de causa e efeito que produzem mudanças em uma totalidade tornando-se assim, acontecimentos relevantes. A sociologia, a partir dos

seus autores clássicos, considera os “fatos sociais” (DURKHEIM, 2007) como aqueles que produzem efeitos sobre os indivíduos determinando seus comportamentos e regras de funcionamento das sociedades. Desta forma, foram elencados para a análise os fatos produzidos, considerados relevantes, na conjuntura do período de estudo.

Compreendendo a conjuntura como a estrutura social em movimento, a análise das políticas de saúde, em uma dada situação, significa identificar os fatos e acontecimentos produzidos, os sujeitos, as contradições resultantes do processo de acumulação capitalista e as suas mediações com as condições e práticas de saúde das diferentes classes e grupos sociais, além de identificar os enfrentamentos que se dão na sociedade e atravessam o Estado que age por meio de seus aparelhos ideológicos ou repressivos (PAIM, 2008).

2.2 Procedimentos técnicos de coleta, registro, processamento e análise dos dados

2.2.1. Período do estudo

Foi contemplado o período de junho de 2013 a março de 2015.

Considerando que a agenda política das candidaturas à Presidência da República é forjada ao longo de um processo de contradições e tensões sociais, a definição deste período deve-se: 1 - às manifestações populares ocorridas no Brasil a partir de junho de 2013 como um fato relevante na conjuntura política; 2 - ano eleitoral em que foram apontados os rumos da grande política no país e, por consequência, das políticas de saúde; 3 - acompanhamento do período de recondução entre os governos e dos três primeiros meses do novo mandato, coincidindo com o final do prazo para a elaboração da dissertação³.

2.2.2. Estratégias de Produção dos Dados

A Pesquisa Documental foi adotada como estratégia de produção dos dados, ainda que ao acionar parte da mídia não impressa tenha havido a necessidade de utilizar outras formas de registros.

³ Ainda que o presente estudo se encerre em março de 2015, a investigação da conjuntura continuará até 2017 como parte dos projetos fomentados pelo CNPQ.

a) Fontes Utilizadas

- I. Mídia: notícias e informações sobre a Questão Saúde no Brasil, Eleições 2014, fatos e acontecimentos no cenário político, divulgadas nos veículos de comunicação de grande circulação, com prioridade para os veículos de circulação nacional, e nos específicos da área da saúde. Foram considerados canais de televisão aberta, jornais e revistas impressos e digitais, sites e blogs de notícias, além de redes sociais.
- II. Coligações/Candidaturas: foram analisados os programas de governo das três principais candidaturas à presidência da República divulgados por material impresso, digital e audiovisual, programas eleitorais oficiais nas televisões, debates entre os candidatos, entrevistas e declarações dos candidatos na mídia, site de campanha e redes sociais.
- III. Entidades da Saúde: debates, entrevistas, posicionamentos, declarações e documentos produzidos pelas principais entidades e sujeitos coletivos envolvidos no processo da RSB, como CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde), ABRASCO (Associação Brasileira de Saúde Coletiva), CONASEMS (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde), CNS (Conselho Nacional de Saúde). Além destas, foram consideradas as entidades representativas de corporações profissionais, de seguradoras e planos privados de saúde, prestadores de serviços como o CFM (Conselho Federal de Medicina); AMB (Associação Médica Brasileira); Anahp (Associação Nacional de Hospitais Privados); CNseg (Confederação Nacional das Empresas de Seguros gerais, previdência privada e vida, saúde suplementar e capitalização); FenaSaúde (Federação Nacional de Saúde Suplementar), dentre outras.

b) Registro dos dados

Os dados produzidos a partir das fontes consultadas foram armazenados em arquivos impressos e/ou digitalizados de acordo com o tipo de mídia utilizada.

Os dados digitalizados, por sua vez, foram organizados e categorizados em pastas, e em sequencia gravados em HD externo pertencente ao grupo de pesquisa e disponibilizados para consultas posteriores dos demais pesquisadores.

As notícias de jornais e revistas impressos foram catalogadas, armazenadas em arquivo pessoal e posteriormente digitalizadas. As notícias de jornais, revistas, blogs, sites institucionais e plataformas de pesquisas disponibilizadas na internet foram salvas diretamente da fonte em formato PDF. Assim como os materiais de campanha eleitoral divulgados nos sites e páginas das redes sociais dos candidatos à presidência.

As notícias veiculadas através de telejornais, os pronunciamentos de autoridades, propagandas eleitorais gratuitas dos candidatos, entrevistas, debates e demais materiais audiovisuais utilizados foram acessados através da plataforma de vídeos Youtube (www.youtube.com) e capturados através do programa aTube Catcher. Da mesma forma, foram classificados e armazenados.

Também foram utilizadas as notícias disponibilizadas pelo site Saúde na Mídia através do clipping do dia. Os arquivos gerados em PDF foram consultados separando por veículos (considerados os de circulação nacional), repercussão e relevância para a política de saúde.

Por se tratar de um estudo que acompanhou o surgimento e evolução dos fatos *in loco* em um contexto de grande velocidade de informações, numa conjuntura acelerada, pode ter apresentado limitações quanto ao domínio e apreensão de todos os fatos realmente relevantes para a política de saúde.

2.2.3. Análise dos dados

Os dados produzidos foram categorizados e analisados através da Análise de Conteúdo (BARDIN, 1977). As categorias de análise foram consideradas a partir do quadro teórico adotado e emergiram das leituras dos documentos e fontes consultadas.

Categorias de análise⁴:

- I. Fatos e acontecimentos produzidos
- II. Cenários

⁴ Estas categorias foram adaptadas parcialmente da proposta metodológica apresentada por Souza (1985). Não é comum encontrar estudos que teorizam sobre os métodos para a análise de conjuntura e sim estudos históricos onde a complexidade da análise pode ser descrita. Um grande exemplo é a obra *O Dezoito Brumário* de Luís Bonaparte, escrita por Marx em 1852, na qual Souza referenciou sua proposta metodológica.

- a. Sociedade Civil
 - b. Sociedade Política
- III. Relação de forças
- a. Classes Sociais
 - i. Classe Dominante
 - ii. Classes Subalternas
 - b. Poder
 - i. Econômico
 - ii. Político
 - iii. Ideológico
- IV. Reforma Sanitária Brasileira
- a. Conceito de Saúde
 - b. Modelos de Atenção
 - c. Concepção do SUS
 - d. Definição das Prioridades em Saúde

3. Não era primavera, mas o asfalto floriu: As jornadas de Junho de 2013

Uma flor nasceu na rua!
 Passem de longe, bondes, ônibus, rio de aço do tráfego.
 Uma flor ainda desbotada
 ilude a polícia, rompe o asfalto.
 Façam completo silêncio, paralise os negócios,
 garanto que uma flor nasceu.
 É feia. Mas é uma flor. Furou o asfalto, o tédio, o nojo e o ódio.⁵

As “jornadas de junho”, como ficaram conhecidas as manifestações ocorridas no Brasil em 2013, que se propagaram durante o mês de junho até arrefecerem no decorrer do segundo semestre, certamente representaram um marco na democracia recente brasileira. Centenas de milhares de pessoas foram às ruas nas principais capitais e cidades do país, de uma maneira que não era vista desde as lutas pelas diretas já em 1984, e os cara-pintadas pelo Fora Collor de 1992 (BAVA, 2013; NAVARRO, BRASILINO e GODOY, 2013; CARVALHO, 2013).

Por certo tempo permanecerá o questionamento sobre a gênese e o significado dos acontecimentos de junho de 2013 (SINGER, 2013). Para manifestantes que vivenciaram as ruas, “junho esta sendo” (MORAES, et.al., 2014), como referência às redes de relações políticas que começaram a se formar naquele momento e permanecem se fortalecendo e produzindo efeitos. É possível, no entanto, reunir opiniões e vivências sobre os fatos ocorridos e suas repercussões na sociedade, na tentativa de estabelecer ligações com a conjuntura política e implicações sobre os direitos sociais, dentre eles, a saúde.

No primeiro trimestre de 2013, diversas cidades passaram por aumentos na tarifa do transporte coletivo, causando manifestações e desgostos por parte dos usuários dos transportes em vários pontos do país (CARVALHO, 2013). Esses pequenos levantes organizados ou espontâneos não tiveram nenhuma visibilidade na mídia tradicional, fortalecendo uma rede de mídias alternativas através da internet⁶ onde os grupos iam compartilhando informações e debatendo sobre o caos urbano instalado nas grandes cidades (MARICATO, 2013). O anúncio do aumento

⁵ A Flor e a Náusea. Carlos Drummond de Andrade em A Rosa do Povo, 1945.

⁶ Foram utilizadas como fontes, notas publicadas no perfil do Movimento Passe Livre no Facebook.

das tarifas de ônibus e metrô na capital paulista a partir de 01 de junho (PASSAGENS, 2013) poderia ser mais um desses momentos onde pequenas manifestações iniciaram em bairros da cidade principalmente próximos às escolas de ensino médio. Ao convocar o primeiro grande ato unificado contra o aumento da tarifa para o dia 06 de junho de 2013 (METRÔS, 2013), os integrantes do Movimento Passe Livre⁷ em São Paulo talvez não imaginassem que estariam espalhando a pólvora para o início de um novo tempo de lutas de massas no Brasil.

O período das manifestações pode ser dividido em três fases (SINGER, 2013, SOUSA e SOUZA, 2013; MORAES, et.al., 2014). Inicialmente, lutas contra o aumento das tarifas de transporte que ganharam visibilidade na imprensa criminalizando o movimento, seguido do período de grande apoio popular através das redes sociais e crescimento das manifestações predominando pautas progressistas e luta por direitos sociais. No terceiro momento, houve uma adesão em massa com apoio e tentativa de interferência da grande mídia, onde todos os tipos de pautas e campos políticos estiveram disputando as ruas, sem que nenhum deles pudesse assumir a direção. Ainda poderia acrescentar uma quarta fase de arrefecimento das grandes manifestações com atuação de grupos mais radicalizados nas ruas como os *black blocs*, ações da esquerda tradicional através do movimento sindical e plenária dos movimentos sociais, articulações institucionais na tentativa de apresentar respostas que não comprometessem os rumos das eleições de 2014.

Traçando um breve cronograma (CARVALHO, 2013; SINGER, 2013), dias 06, 07 e 11 de junho de 2013, ocorreram as primeiras manifestações em São Paulo, pautando a revogação do aumento das tarifas dos transportes coletivos. Reuniram cerca de 5 mil pessoas, cada, e foram duramente reprimidas pela Polícia Militar através de balas de borracha, bombas de gás lacrimogênio e confrontos diretos com manifestantes, resultando em prisões, tumultos e depredação do patrimônio público. A mídia convencional teve um importante papel na criminalização do movimento, nomeando de vândalos e baderneiros os que compareceram às manifestações

⁷ Movimento Passe Livre (MPL) é um movimento social horizontal, autônomo, independente e apartidário, mas não anti-partidário. Tem como perspectiva a mobilização dos jovens e trabalhadores pela expropriação do transporte coletivo, retirando-o da iniciativa privada, sem indenização, colocando-o sob o controle dos trabalhadores e da população. Foi batizado na Plenária Nacional pelo Passe Livre, em janeiro de 2005, no V Fórum Social Mundial em Porto Alegre/RS. (Carta de princípios do MPL disponível em: <http://saopaulo.mpl.org.br/apresentacao/carta-de-principios/> acesso em 11 fev/15)

(LEAL FILHO, 2013). Um exemplo, pode ser a afirmação de Arnaldo Jabor em sua coluna política veiculada no Jornal da Globo (exibido na Rede Globo no dia 12 de junho). Para ele, a onda de ódio não poderia ser por míseros vinte centavos, classificando a organização responsável pela convocação dos protestos (o MPL) como criminosa e de grande ignorância política já que não tinha uma causa real pela qual lutar. Apontava que a luta contra a corrupção na política e contra a PEC 37⁸ seria uma causa mais justa.

A grande maioria dos manifestantes são filhos de classe média, isso é visível. Ali não havia pobres que precisassem daqueles vinténs. Os mais pobres ali eram os policiais apedrejados, ameaçados com coquetéis molotov e que ganham muito mal⁹.

A criminalização das manifestações de rua e por consequência dos movimentos sociais, é uma prática comum no Brasil, herança do tempo de ditadura civil-militar onde organizações políticas eram consideradas subversivas e obrigadas a ficar na clandestinidade para impedir questionamentos ao regime. Apesar de ser incompatível com o exercício da democracia, essa prática se mantém como forma de impermeabilizar a democracia representativa das interferências do cidadão comum que deve cumprir o seu papel de eleitor. Para Maior (2013) não é aceitável, na atualidade, a utilização frente aos Movimentos Sociais de uma estrutura repressiva que se concretiza com a força policial, ataque midiático e fórmulas jurídicas. Afirma que certas leis, quando mal interpretadas e aplicadas, são usadas para impedir o questionamento das desigualdades que persistem no país.

No dia 13 de junho, diversas cidades aderiram aos protestos em solidariedade aos paulistanos, denunciando a crise urbana e dos serviços públicos existentes em seus territórios. Em São Paulo, os manifestantes enfrentaram por horas uma repressão policial pesada, que significou o ponto da virada (MORAES, et.al., 2014). Os coletivos de mídias alternativas, como o Mídia NINJA¹⁰, e manifestantes que

⁸ Refere-se à Proposta de Emenda Constitucional nº37/11 que atribuía exclusivamente às polícias federal e civil a competência de investigação criminal, excluído portanto, o ministério público desta atribuição. Durante as manifestações, o projeto foi rejeitado pela câmara e teve o seu texto arquivado.

⁹ Transcrição da fala de Arnaldo Jabor exibida no Jornal da Globo de 12/06/13 e disponível em <http://globotv.globo.com/rede-globo/jornal-da-globo/v/arnaldo-jabor-fala-sobre-onda-de-protestos-contr-aumento-nas-tarifas-de-onibus/2631566/>

¹⁰ Mídia NINJA - Narrativas Independentes, Jornalismo e Ação. Rede de comunicadores que produzem e distribuem informação em movimento, agindo e comunicando. Apostam na lógica colaborativa de criação e compartilhamento de conteúdos, característica da sociedade em rede, para realizar reportagens, documentários e investigações no Brasil e no mundo. “Nossa pauta está onde a luta social e a articulação das

fizeram fotos e gravações dos momentos de violência policial divulgaram através da internet suas versões que contradiziam a versão “oficial” até então veiculada, produzindo um efeito “viral” nas redes sociais. Uma imensa rede de solidariedade começou a se formar imediatamente, dentro e fora do país, através das redes sociais, em apoio às manifestações, com fotos e cartazes que diziam “Não é só por R\$0,20”, apontando os inúmeros motivos que brasileiras e brasileiros possuíam para ocupar as ruas.

Em estudo de PageOneX.com, citado por Moraes, et.al. (2014), o Brasil registrou, entre 13 e 17/06/13, um dos maiores volumes de tuítes da história em “uma explosão gigantesca, uma poderosa onda subjetiva e emocional nas chamadas mídias sociais”. A partir deste ponto, o cenário começou a se reconfigurar, com a adesão de vários setores às mobilizações e forte apoio popular. Não era apenas a questão da tarifa dos transportes, tratava-se da necessidade de avançar nas conquistas sociais e disputar as prioridades governamentais nas várias esferas federativas.

As manifestações de 17 de junho cresceram mais do que qualquer analista político poderia supor e tomaram conta das principais capitais brasileiras. “É tanta coisa errada que não cabe em um cartaz” poderia sintetizar o espírito dos manifestantes que cantavam “da copa eu abro mão, quero dinheiro pra saúde e educação”, “era um país muito engraçado, não tinha escola, só tinha estádio”, além de “Passe livre, Já!”, “hospital padrão-FIFA” dentre outras pautas que versavam sobre os direitos sociais e a ética na política (CHAUÍ, 2013; VEJA, 2013; VIANA, 2013). Apesar de toda a complexidade, as manifestações possuíam como ponto em comum o desejo da população por mais serviços públicos e de melhor qualidade através da atuação de um Estado social (MAIOR, 2013).

Numa forma de organização horizontal, sem líderes, nem bandeiras de organizações políticas ou partidárias, sem carros de som, que pudessem dirigir o conteúdo político dos atos e composto majoritariamente por pessoas que não tinham ligação com os movimentos sociais convencionais, as manifestações foram incorporando uma grande variedade de pautas que sintetizavam a luta por mais

direitos sociais, mais políticas públicas e melhor qualidade nos serviços prestados, avanços nas conquistas da constituição de 1988 e mais participação popular nas decisões políticas (CHAUÍ, 2013).

A Copa das Confederações, iniciada em 15 de junho no Brasil, materializava as contradições entre as prioridades do governo federal e as necessidades da população. O perímetro dos estádios¹¹ passou a ser o palco dos protestos e confrontos entre policiais e manifestantes. A Presidenta do Brasil e o Presidente da FIFA foram vaiados e agredidos verbalmente em seus discursos de abertura dos jogos (COSTA, 2013) o que evidenciava outra contradição, uma vez que as pessoas no interior do estádio Manoel Garrincha em Brasília pagaram caros ingressos para apreciar os jogos e certamente não eram contrários à realização dos mesmos. Apresentavam um recorte de classe mais elitizado e suas reivindicações não necessariamente eram as mesmas das pessoas que estavam do lado de fora dos estádios protestando contra a realização dos jogos.

Para os jovens que estavam nas ruas, uma vez que todos os olhares da imprensa internacional estavam voltados para o futebol, era o momento político propício para denunciar a situação do país que investia altos recursos para a realização de mega eventos esportivos e deixava de investir na infraestrutura urbana e na qualidade dos serviços públicos de saúde, educação e segurança. As pautas eram evidentemente progressistas e muitos movimentos de luta por moradia se juntaram neste momento denunciando as desapropriações e ordens de despejo em consequência das obras da copa nas cidades-sede. Neste momento, tiveram destaque os protestos ocorridos no Rio de Janeiro, em Belo Horizonte, Brasília, Salvador, Fortaleza e Recife.

Diante desta forte pressão popular questionando a confiabilidade da imprensa, a repercussão internacional por conta dos jogos e o desgaste que as manifestações pareciam provocar no governo federal, as opiniões dos principais veículos de comunicação começaram a se modificar, passando a apoiar os protestos. O próprio Arnaldo Jabor, em 17 de junho, veiculou um pedido de desculpas primeiramente em seu programa na rádio CBN e depois voltou às telas do

¹¹ Perímetro de 2km dos estádios, estabelecido pela FIFA, onde o acesso seria restrito a quem possuísse ingressos, isolando ruas e avenidas.

Jornal da Globo¹² para admitir o erro e ressaltar o papel da juventude no aperfeiçoamento da democracia e da república, em um período que caracterizou como “lindo e novo”. Foi evidente a tentativa de inserir uma agenda conservadora nas manifestações ao apontar que as reivindicações não deveriam ser abstratas ou genéricas e reforçar como questões mais importantes o fim da PEC 37, da corrupção e uma “nova forma de fazer política”. No dia seguinte, vários sites de notícias¹³ publicaram reportagens para esclarecer o que seria este projeto de emenda constitucional, que passou a fazer parte da pauta e seu arquivamento foi considerado uma das vitórias das manifestações.

Não por coincidência, no mesmo dia foi veiculado nas redes sociais um vídeo cuja autoria é atribuída ao grupo Anonymous Brasil¹⁴ chamado “as cinco causas” onde convocavam a população a se unificar em torno de causas que por serem de cunho moral e não levantarem polêmicas religiosas, ideológicas, nem estarem relacionadas a bandeiras partidárias ou subjetividades, seriam unanimemente aceitas. Seriam elas¹⁵: Não a PEC 37; saída imediata de Renan Calheiros da presidência do congresso nacional; imediata investigação e punição de irregularidades nas obras da copa, pela Polícia Federal e Ministério Público Federal; tipificação da corrupção como crime hediondo; fim do foro privilegiado para os políticos. O vídeo teve aproximadamente um milhão de acessos em 24 horas e provavelmente teve influência na caracterização das pautas que prevaleceram nas ruas na terceira fase das manifestações. Vale ressaltar a semelhança de termos utilizados nos discursos do vídeo e da mídia representada por Arnaldo Jabor, como “bandeiras de cunho moral”, “subjetividades” (em referência a projetos ideológicos), corrupção como foco prioritário, indicando uma ligação entre a filiação ideológica destes com interesses de forças conservadoras.

¹² Comentário de Arnaldo Jabor exibido no Jornal da Globo de 17/06/14, disponível em <http://globo.com/redes-sociais/jornal-da-globo/v/arnaldo-jabor-fala-sobre-novos-protestos-e-ressalta-forca-da-juventude/2640269/>

¹³ <http://veja.abril.com.br/noticia/brasil/o-que-e-a-pec-37/>; <http://g1.globo.com/politica/pec-37-o-que-e-platb/>.

¹⁴ Grupo que existe desde 2004, fundado nos Estados Unidos e se apresenta como uma ideia que não pode ser contida, perseguida, nem aprisionada. Não se definem como uma organização e não possuem líderes. Apesar de não lutarem todos por um mesmo objetivo, dentre as principais pautas de reivindicação estão o fim da corrupção, a liberdade de expressão e conquistas de direitos. Informações disponíveis em: <http://www.anonymousbrasil.com/sobre-anonymous/>

¹⁵ Realizada transcrição do vídeo As Cinco Causas- Anonymous Brasil, disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=v5iSn76l2xs>

O dia 20 de junho marcou o ponto alto das manifestações. Estima-se em 1,5 milhões de pessoas nas ruas em mais de 300 cidades (AS MANIFESTAÇÕES, 2013; EM DIA, 2013). O MPL já não seria responsável pela convocação, principalmente após a revogação do aumento das tarifas em São Paulo, Rio de Janeiro e outras capitais, anunciadas no dia anterior. O espontaneísmo das massas guiou milhares de pessoas que estiveram nas ruas cada uma com suas pautas, suas bandeiras e causas. Era possível visualizar bandeiras progressistas pautando mais intervenção estatal para a garantia de direitos sociais e efetividade das políticas públicas, junto a bandeiras como redução da carga tributária, e outras de cunho moral. Os militantes de movimentos sociais tradicionais que portavam bandeiras ou vestiam-se de vermelho foram hostilizados e em alguns casos agredidos pelos demais manifestantes. Havia um sentimento generalizado contra partidos políticos, independente de sua corrente ideológica, e contra as instituições políticas em geral, representando o descrédito na política e nas formas como ela é desenvolvida no país, simbolizada pela ocupação do espelho d'água e teto do congresso nacional em Brasília.

Marilena Chauí (2013), em reflexão sobre as manifestações em São Paulo, afirmou que se ergueram contra os efeitos do inferno urbano, guardando da tradição dos movimentos sociais e populares a horizontalidade. A convocação através das redes sociais as transformou em um movimento de massas, entretanto esses movimentos espontâneos podem incorrer no risco do esvaziamento ideológico se as ruas não apontarem a necessidade de organização social para a disputa política.

Trata-se de pensar que de alguma forma, sentimentos libertários como os que brotaram nos jovens turcos, espanhóis, na primavera árabe, no occupy *wall street* e outras manifestações de juventude que ocorreram entre 2011 e 2013 no mundo, passaram a fazer parte também dos jovens brasileiros incomodados com a situação do país e as medidas em resposta à crise econômica internacional. Não necessariamente guiados por uma identidade ideológica referenciada em projetos de direita ou esquerda, mas libertários em sua essência; consciências que podem ter começado a se forjar a partir das experiências concretas vividas naqueles dias.

Para Singer (2013), apesar de uma heterogeneidade na composição social dos jovens que ocuparam as ruas, é possível perceber uma maioria representante de uma “nova classe trabalhadora” que, segundo ele, teria sido beneficiada pelos

programas sociais dos governos petistas, adentrando as universidades através de programas de expansão do governo federal e ocupa postos de trabalho com baixas remunerações e alta rotatividade. Já Braga (2013) ao se referir a esta mesma fração da classe trabalhadora utiliza a expressão “precariado”, ao inferir sobre as condições de vida dessas pessoas, que após a conquista do mercado formal de trabalho, mesmo com maior escolaridade, recebem baixos salários e convivem com a caótica organização das cidades, especialmente nas periferias onde enfrentam a repressão policial.

Observando este cenário, é possível supor que chegou ao fim o pacto de conciliação de classes proposto pela frente neodesenvolvimentista¹⁶ (BOITO, 2012) onde o crescimento econômico ocorre associado às medidas distributivas de renda, sem incidir sobre o fosso existente entre as classes sociais. Este modelo de desenvolvimento que aposta na conformação de uma grande classe média ampliando o poder de consumo das classes mais baixas, esbarra na impossibilidade de atender a todos os interesses de classes em sua natureza antagônicas.

Nessa perspectiva, a insatisfação generalizada vista nas ruas, não estava restrita à má qualidade dos serviços públicos, era uma expressão da crítica ao modelo de desenvolvimento vigente. Dessa forma, as classes mais altas, também tinham as suas insatisfações quanto à perpetuação desse modelo no governo central.

A resposta governamental veio através do pronunciamento da Presidenta Dilma Rousseff, exibido na noite de 21 de junho em cadeia nacional. Neste, a presidenta afirmava estar atenta à voz das ruas, que demonstrava a força da democracia e o desejo da juventude de fazer o país avançar. Condenou o uso da violência e indicou que as bandeiras apresentadas haviam se tornado prioridade nacional.

Esta mensagem exige serviços públicos de mais qualidade. Ela quer escolas de qualidade; ela quer atendimento de saúde de qualidade; ela quer um transporte público melhor e a preço justo; ela quer mais segurança. Ela quer mais. E para dar mais, as instituições e os governos devem mudar.
[...]

¹⁶ Frente política que sustenta o modelo neodesenvolvimentista. Mobiliza setores da burguesia interna e frações da classe trabalhadora excluídas dos blocos de poder (baixa classe média, operariado, campesinato, massas marginais) que guardam entre si relações do tipo populista.

Primeiro, a elaboração do Plano Nacional de Mobilidade Urbana, que privilegie o transporte coletivo. Segundo, a destinação de cem por cento dos recursos do petróleo para a educação. Terceiro, **trazer de imediato milhares de médicos do exterior para ampliar o atendimento do Sistema Único de Saúde, o SUS.** [grifo nosso]

[...]

Quero contribuir para a construção de uma ampla e profunda reforma política, que amplie a participação popular.¹⁷

Na sequência, em reunião com os governadores e prefeitos das capitais apresentou “os Cinco Pactos em favor do Brasil”. O primeiro pacto se referia à responsabilidade fiscal; o segundo, a construção de uma ampla reforma política; o terceiro pacto estava relacionado à saúde, o quarto à mobilidade urbana e o quinto foi o pacto pela educação.

Especificamente sobre a saúde, a proposta solicitava que prefeitos e governadores acelerassem os investimentos já contratados em hospitais, unidades de pronto atendimento e unidades básicas de saúde, incluindo hospitais filantrópicos, propondo a troca de dívidas por prestação de serviços. Incentivava a ida de médicos para as cidades e regiões com maior necessidade de profissionais, e não havendo médicos brasileiros disponíveis, seria feita a contratação de médicos estrangeiros para atuar exclusivamente no Sistema Único de Saúde. Esta última foi a medida prioritária na área da saúde, já anunciada no pronunciamento anterior, responsável por grandes embates com a categoria médica dividindo opiniões. Tratou também do que chamou de maior programa de ampliação de cursos de medicina do país.

No próprio pronunciamento, a medida foi classificada como “uma ação emergencial, localizada” para resolver o problema específico da fixação de médicos nas áreas mais remotas do país ou nas zonas mais pobres das grandes cidades, devendo a saúde dos cidadãos prevalecer sobre qualquer outro interesse.

Sabemos mais que ninguém que não vamos melhorar a saúde pública apenas com a contratação de médicos, brasileiros e estrangeiros. Por isso, vamos tomar, juntamente com os senhores, uma série de medidas para melhorar as condições físicas da rede de atendimento e todo o ambiente de trabalho dos atuais e futuros profissionais.¹⁸

¹⁷ Transcrição dos trechos do pronunciamento em cadeia nacional de rádio e TV da Presidenta Dilma em 21/06/2013.

¹⁸ Trecho do discurso da Presidenta na reunião com os governadores e prefeitos das capitais em 25/06/2013. Disponível em <http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos/discursos-da->

O Programa Mais Médicos foi instituído através da Medida Provisória nº 621 de 08 de julho de 2013 (BRASIL, 2013a), com a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde. Seus objetivos compreendem diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, fortalecer a atenção básica, aprimorar a formação médica em relação às políticas de saúde e formas de organização do SUS, estimular pesquisas aplicadas ao SUS, educação permanente, integração ensino-serviço e trocas de experiências entre profissionais brasileiros e estrangeiros. A medida, convertida na lei 12.871 em 22 de outubro de 2013 (BRASIL, 2013b), prevê ainda a reordenação da oferta de cursos de medicina e vagas de residência médica, para atender as necessidades do Sistema de Saúde, além de estabelecer novos parâmetros para a formação médica no país. Entretanto o seu capítulo IV, que trata do “Projeto Mais Médicos para o Brasil”, que prevê a contratação de médicos intercambistas, foi o alvo de maiores questionamentos e polêmicas.

Importante distinguir o projeto instituído no âmbito do programa. Ele realiza a distribuição de médicos em municípios e territórios, incluindo os distritos de saúde indígenas, que atendam a perfis sócio-econômicos pré-estabelecidos e apresentem indicadores de saúde que atestem seu grau de vulnerabilidade. Podem participar do projeto médicos formados em instituições de ensino brasileiras ou estrangeiras que tenham se submetido à revalidação dos diplomas, prioritariamente, seguidos de médicos formados em instituições estrangeiras, por meio de intercâmbio médico internacional. A lei dispõe sobre a remuneração destes profissionais como bolsistas em um programa de aperfeiçoamento profissional, definindo suas competências e atividades a serem realizadas sob tutoria e supervisão, estabelecendo para os médicos estrangeiros a atuação exclusiva no âmbito do programa.

Padilha (2013), Ministro da Saúde à época, em coluna publicada na Folha de São Paulo, em maio, já argumentava que a população não podia esperar e que o país precisava de mais médicos, sendo a atração de médicos estrangeiros uma possibilidade que necessitava deixar de ser tratada com abordagens preconceituosas, visto que era uma experiência exitosa em países ditos desenvolvidos. No mesmo dia foi veiculada uma coluna com o presidente do

Conselho Federal de Medicina (D'AVILA, 2013) em contraposição às declarações do Ministro, onde afirmava que saúde não se fazia com “falácias”, sendo necessário o investimento em infraestrutura, insumos, apoio de equipes multidisciplinares e profissionais incentivados através de políticas específicas. O debate já intenso neste período aponta que a resposta governamental apresentada para a saúde era um projeto em andamento no governo, mas que enfrentava forte resistência principalmente das categorias médicas que se sentiram diretamente atingidas pela proposta.

Não se trata de discutir a legitimidade do programa que ao enfrentar as corporações médicas travou uma disputa pendente desde os primórdios do SUS, nem tampouco divergir em relação à contratação de médicos estrangeiros, em sua maioria cubanos, que possivelmente, por virem de um país socialista, protagonizaram episódios de racismo e xenofobia em uma batalha ideológica, que ainda persiste. Trata-se de problematizar a resposta minimalista apresentada para resolver problemas tão profundos na organização e oferta de serviços de saúde.

Este programa permitiu, para Costa, A. (2014), um aumento real no acesso das pessoas a atendimentos médicos ao trazer mais de dez mil intercambistas. Contudo, este cenário não pode ser visto acriticamente, já que não são garantidas equipes multiprofissionais e não resolve a questão da fixação dos profissionais em longo prazo através de carreiras de Estado estáveis. Afirma, ainda, que o programa cumpre um papel importante ao tocar na formação médica, mas deixa clara a preocupação pela maioria das vagas do projeto de expansão estar concentrada nas universidades privadas.

A ampliação do acesso ao atendimento médico, além dos elevados índices de aprovação da população (PESQUISA, 2014), fazem do Programa Mais Médicos uma alternativa interessante e polêmica que carece de estudos específicos que possam avaliar seus impactos sobre a saúde da população.

Neste período também, teve destaque o debate em torno da proposta de Cobertura Universal da Saúde. Esta proposta ao abordar a proteção contra risco financeiro apresenta a diversificação das estratégias de pagamento antecipado como, por exemplo, a combinação de impostos e outros encargos governamentais com seguros de saúde, ao passo que aponta a complementação do mercado como possibilidade para os países de baixa renda com pouca capacidade de captação de

recursos (OMS, 2013; TITELMAN, et al. 2015; FRENK, 2015; ANDRADE, et al. 2015). Ao colocar a questão financeira na centralidade, fragiliza o conceito de direito social e estratifica de acordo com o poder aquisitivo a destinação dos serviços de saúde, ficando a cargo do Estado somente a responsabilidade pela saúde dos segmentos mais vulneráveis, o que fortaleceria a iniquidade em saúde (CEBES, 2014a; 2014b).

Noronha (2013) chamava a atenção para esta mistura de conceitos, permitindo a confusão dos objetivos e abandono de princípios inerentes ao termo universalidade, ao abordar cobertura como possibilidade de acesso aos serviços de saúde sem a garantia da concretização deste acesso e da qualidade dos serviços oferecidos e sem aprofundar a questão das necessidades de saúde na destinação da oferta. Este assunto foi tema do congresso de Políticas de Saúde da ABRASCO em 2013 “Universalidade, Integralidade e Equidade em Saúde: um projeto possível”, assim como do Encontro promovido pela ALAMES e CEBES dentro do referido congresso “Cobertura Universal de Saúde: caminhos para a construção de sistemas de saúde universais e equitativos” que discutiram a variedade de interpretações para o termo Universalidade e como esse conceito tão caro para o MRSB vem sendo utilizado pelo mercado para justificar o avanço do setor privado no Brasil e demais países da América Latina.

4. A saúde na agenda política: análise das candidaturas à Presidência da República em 2014

As eleições costumam ser o momento em que os partidos políticos e candidatos discutem com a população suas plataformas de governo, na tentativa de convencer o eleitorado de que seu projeto político é o mais adequado àquela realidade e, em geral, são apresentadas proposições para os principais temas relacionados às políticas públicas. Neste sentido, as campanhas eleitorais foram se estruturando com fortes estratégias de marketing para apresentar aos eleitores respostas às suas demandas e problemas prioritários apontados através de pesquisas de opinião.

A elaboração de programas de governo pode sofrer influências e pressões de grupos de interesse, ou ainda apresentarem rótulos concebidos por profissionais de marketing para agradar o público sem necessariamente significar um compromisso com tais afirmações (BAHIA e SCHEFFER, 2014). O marketing pode contribuir ainda para alterar as demandas prioritárias dos eleitores de modo que fique mais fácil a aceitação do candidato como o mais capaz de resolver os problemas (ALMEIDA, 2004). Por conta de situações como estas, existe uma crença no imaginário popular que promessas de campanhas eleitorais são feitas para não serem cumpridas, ou são mentiras eleitoreiras.

No entanto, analisar os programas e propostas defendidas pelas coligações que disputam os pleitos eleitorais pode servir como um termômetro para perceber a penetração de temas na agenda política e observar a correlação de forças entre os diversos grupos que compõem a sociedade manifestada no seu poder de influenciar esta construção.

Em pesquisas de opinião (DATAFOLHA, 2014) do período em que eram iniciadas as formulações e pactuações políticas entre as coligações, a saúde era apontada como a principal preocupação para a população brasileira. Portanto, justifica-se analisar o lugar ocupado pela saúde na agenda política das três principais candidaturas à Presidência da República do Brasil nas eleições de 2014, verificando em que medida suas proposições se aproximam ou distanciam do projeto da Reforma Sanitária Brasileira, atendem às necessidades e demandas da

população e apresentam possibilidades concretas de superação dos desafios do Sistema Único de Saúde.

4.1 Análise do programa de governo e proposições de Dilma Rousseff

O Programa de Governo para a reeleição da presidente Dilma Rousseff (Partido dos Trabalhadores - PT)¹⁹ registrado no site do TSE em julho de 2014 apresentou em 25 páginas, as linhas gerais para um programa de governo a ser construído durante a campanha “num processo de ampla consulta aos movimentos sociais e partidos aliados (Prg DR p.01)”²⁰ através de grupos temáticos de trabalho. Durante o processo eleitoral, houve a incorporação de outras propostas, porém as versões de programa de governo divulgadas no site de campanha mantiveram o texto original com mudanças na formatação. Matéria veiculada pelo Jornal O Globo (GAMA, KRAKOVICS, 2014) teceu críticas à candidata por não apresentar uma versão completa de seu programa de governo, bem como ao candidato Aécio, por ter divulgado o seu tardiamente. A questão também foi tema dos debates entre os candidatos no final do primeiro turno.

Inicialmente, o texto traz uma análise dos 12 anos de governos petistas considerando este um período de “profundas transformações econômicas e sociais que tornaram o Brasil mais justo” (Prg DR p.01). As três gestões apresentadas como “comprometidas com a garantia do direito de cidadania a todos” teriam proporcionado “um salto inegável de melhoria nas condições de vida da população” (Prg DR p.01) através das políticas distributivas de renda, retirando um grande contingente de pessoas da miséria com ampliação do acesso à educação e saúde.

Afirmam, neste sentido, que “o PT e os partidos aliados fizeram uma revolução social pacífica, o mais amplo e vigoroso processo de mudança da história do país” (Prg DR p.01) e que seria preciso iniciar um novo ciclo de mudanças para “superar problemas estruturais e seculares que ainda impedem o desenvolvimento

¹⁹ Coligação Com a Força do Povo composta pelos partidos PT, PMDB, PSD, PP, PR, PROS, PDT, PCdoB e PRB

²⁰ Trechos em destaque e citações extraídos do programa de governo da Coligação “Com a força do povo” registrado em julho de 2014 junto ao TSE e disponível no site deste órgão em <http://divulgacand2014.tse.jus.br/divulga-cand-2014/proposta/eleicao/2014/idEleicao/143/UE/BR/candidato/280000000083/idarquivo/194> acessado em 13 jul/14. Identificado ao longo do texto como Prg DR.

pleno” (Prg DR p.01). Ciclo este que estaria alicerçado nos pilares da “solidez econômica”, “amplitude das políticas sociais” e no novo pilar da “competitividade produtiva”. Foi dado um destaque para a competitividade produtiva que, para os propositores, seria atingida através de investimentos em produção e consumo de massa, em infraestrutura social e econômica, redução da burocracia, produção de conhecimento (educação, ciência, tecnologia e inovação), que proporcionariam avanços nos serviços públicos, efetivação do crédito, qualidade do emprego e estímulo ao empreendedorismo, colocando “no centro da política econômica a questão da produtividade” (Prg DR p.02).

Foram expostas as realizações desses mencionados governos e, num segundo momento, apresentadas as proposições para as áreas de infraestrutura, indústria e comércio, agronegócio, energia, petróleo e gás, meio ambiente, mobilidade urbana e saneamento básico - como primeiro pilar de desenvolvimento – além das políticas de proteção e inclusão social - segundo pilar – contemplando as áreas de desenvolvimento social, segurança pública, habitação, educação e saúde.

As diretrizes abordaram, ainda, a necessidade de Reformas Política, Federativa e Urbana, como essenciais para ampliar a democracia, melhorar os serviços públicos e a qualidade de vida da população. Chama à atenção na leitura, a ausência de compromissos históricos do PT para as reformas estruturais, como a Reforma Agrária, Reforma Tributária e a democratização dos meios de comunicação, que constavam no documento intitulado *Um novo ciclo de mudanças. Dilma Rousseff presidente 2015-2018*²¹, produzido pelo PT para subsidiar a elaboração do programa de governo.

Outro aspecto relevante é a prioridade na política de relações internacionais para a América do Sul, América Latina e Caribe fortalecendo as organizações de livre comércio dentro dessas regiões e as relações com a África e países asiáticos através dos BRICS²².

²¹ Documento síntese do 14º Encontro Nacional do Partido dos Trabalhadores realizado nos dias 02 e 03 de maio de 2014, em São Paulo (SP). Disponível em: <http://www.pt.org.br/wp-content/uploads/2014/05/DIRETRIZES-PROGRAMA-DE-GOVERNO-DILMA-PRESIDENTE-20141.pdf> acessado em: 13/jul/14

²² BRICS – sigla para representar o bloco econômico formado por Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul (South Africa).

Voltando a análise sobre a questão da saúde, é possível observar a adoção de sua concepção ampliada ao considerar a determinação social do processo saúde-doença para trazer aspectos sobre a situação de saúde da população. Entretanto, a centralidade das propostas para a área não corroboram com esta compreensão.

A melhoria das condições de saúde do povo brasileiro, nos últimos anos, explica-se tanto pela expansão das ações e serviços garantidos pelo SUS como pelo crescimento econômico, pela implementação de políticas sociais de combate à pobreza e pelo aumento do acesso a esgoto e água tratada durante os Governos Lula e Dilma (Prg DR p.13).

Na abordagem do “projeto” desenvolvido, foi apontado o impacto positivo sobre indicadores de saúde, como a redução da mortalidade infantil, e destacados programas realizados em parceria com estados e municípios que teriam garantido “ampliação do acesso com qualidade” às ações e serviços de saúde:

Com o Mais Médicos, garantimos melhoria na atenção à saúde para 50 milhões de pessoas, em 3.800 municípios. O Programa Aqui Tem Farmácia Popular atende a mais de 6,8 milhões de pessoas/mês e o SAMU atende 73% da população brasileira. Atualmente, 80 milhões de pessoas têm acesso à atenção de saúde bucal pelo Programa Brasil Sorridente.

O governo federal tem apoiado os municípios para construir, ampliar e reformar equipamentos de saúde, como as mais de mil Unidades de Pronto Atendimento - UPA e os mais de 26 mil Postos de Saúde (Prg DR p.13).

Ao apresentar proposições para o setor, o foco é direcionado para promover melhorias na qualidade e amplitude dos serviços de saúde, implicando aprofundar programas já existentes, através de uma rediscussão federativa para aumentar a eficiência do planejamento e evitar a superposição de investimentos entre os entes federativos.

[...] expansão do Programa Mais Médicos; a ampliação da rede de Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) destinadas ao atendimento de emergências de baixa e média gravidade; a extensão das redes de atendimento especializado, com a qualificação dos serviços hospitalares; o fortalecimento e a universalização do SAMU e a ampliação do acesso da população a medicamentos [...]

Reafirmamos o nosso compromisso com seu [do SUS] contínuo fortalecimento e aprimoramento, necessário devido a seu tamanho, à extensão dos serviços envolvidos e às sobreposições de atribuições entre os entes federativos (Prg DR p.22).

Os termos atenção básica e atenção primária à saúde (que mereceram política específica em seu governo) não são mencionados, ficando subentendida a sua relação com o programa Mais Médicos, sem apresentar possíveis avanços em períodos anteriores, nem os desafios a serem superados. Também não são utilizadas noções como integralidade, promoção da saúde, intersetorialidade, políticas públicas saudáveis. A qualidade dos serviços de saúde é abordada de forma superficial, sem apontar indicadores que possam elucidar este aspecto. Prevalece no texto a lógica do acesso à saúde como consumo de serviços e procedimentos, do modelo de atenção hegemônico²³ centrado no profissional médico e nas práticas tradicionais de cura, no planejamento das ações voltadas para os quadros agudos e demanda espontânea, sem priorizar a qualidade de vida. Não é proposta a integração de ações de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, prevenção de riscos e agravos, tratamento e reabilitação através de uma intervenção organizada para resolver as necessidades de saúde da população, visando a integralidade²⁴.

Não são apresentados compromissos com a manutenção do direito à saúde e um SUS público alicerçado em seus princípios constitucionais, nem é debatida a questão do financiamento considerada por pesquisadores e gestores um nó crítico (PAIM, et. al, 2011) ao fortalecimento do sistema. O já referido documento produzido pelo PT para subsidiar o programa de governo apresentava uma formulação²⁵ mais alinhada com a Reforma Sanitária Brasileira, abandonada nesta versão oficial, possivelmente, por conta de acordos estabelecidos com aliados, ou ainda por interferência do marketing de campanha.

Ao longo da campanha foram apresentadas as principais ações desenvolvidas na saúde de 2010 a 2014, com grande ênfase para o Programa Mais Médicos. Novas propostas para a saúde foram incorporadas, como o Programa Mais Especialidades, apresentado no horário político eleitoral do dia 28 de agosto de

²³ Modelo médico assistencial hospitalocêntrico (TEIXEIRA e VILASBÔAS, 2014).

²⁴ Proposições referentes ao modelo de vigilância da saúde (TEIXEIRA e VILASBÔAS, 2014).

²⁵ Trechos do já referido documento do 14º Encontro Nacional do PT

“[...] defender e fortalecer o SUS como direito de todos e dever do Estado, um sistema público e gratuito, com mecanismos de gestão eficiente e de qualidade, alicerçado nos princípios da universalidade, integralidade, equidade e igualdade na atenção à saúde, comprometido com a defesa da vida.

[...] financiamento adequado e suficiente para o SUS, mobilizando a sociedade e os governos para garantir a aprovação pelo Congresso Nacional de projeto de lei que assegure o repasse efetivo e integral de 10% das receitas correntes brutas da União para a saúde pública (p. 11 e 12).”

2014, visando complementar o Programa Mais Médicos para facilitar o acesso a exames e consultas com especialistas.

A proposta previa como meta, a criação de uma rede de clínicas e serviços especializados em todas as regiões do país, integradas por unidades do Sistema Público já existentes ou que seriam construídas e por clínicas privadas ou instituições filantrópicas. Assim, seria possível realizar consultas, exames e tratamento sem demora, no mesmo lugar e no tempo certo²⁶.

Neste programa, apresentado no quinto dia de propaganda eleitoral gratuita na televisão e especificamente dedicado à saúde, a candidata fez uma avaliação dos investimentos na área, nos últimos anos, e apresentou os principais desafios²⁷:

- I. O Brasil é um dos poucos países do mundo com grande população que oferece saúde gratuita a todos os seus habitantes. O SUS é o maior sistema público de saúde do mundo. Não é fácil mover essa estrutura gigantesca.
- II. De 2002 pra cá, aumentamos o orçamento da saúde em 97% em termos reais. Garanti por lei que 25% dos recursos do petróleo sejam investidos dentro de pouco tempo na saúde. Criei o Mais Médicos que está resolvendo um problema que se arrastava há décadas.
- III. Com muito trabalho, já garantimos importantes avanços na saúde, mas ainda temos grandes desafios pela frente. São necessários muitos passos adiante para criarmos um sistema de saúde de qualidade no país. O mais urgente é combater a demora na realização de exames e consultas com especialistas. Temos problemas graves de acesso a médicos especializados em coração, em ortopedia, pulmão, em todas outras áreas e também para realizar exames laboratoriais e especializados. É aí que pretendo avançar como nunca nos próximos quatro anos e por isso, vou criar o Programa Mais Especialidades.

Ao enfatizar que o principal problema a ser resolvido no Sistema de saúde era o acesso a consultas especializadas e estabelecer tal programa como o sua principal proposta para os próximos 4 anos de governo, a candidata Dilma, mais uma vez, reduzia a compreensão de saúde ao acesso a exames, consultas e procedimentos, reforçando a defesa do modelo hegemônico médico assistencial privatista. É importante destacar elementos em seu discurso como a referência ao Sistema de Saúde ou Sistema Público de Saúde, citando o termo SUS apenas uma vez durante todo o programa, sem se referir ao mesmo em termos futuros.

²⁶ Baseada na transcrição da proposta apresentada pela primeira vez na propaganda eleitoral gratuita exibida na televisão em 28/08/14, e em banners de campanha que podem ser visualizados no Anexo I.

²⁷ Parágrafos transcritos do vídeo do programa a partir do min I - 3:08; II - 3:53; III - 9:26.

Outra questão, foi a inserção das clínicas e serviços privados e filantrópicos dentro da proposta de organização da rede de serviços do Mais Especialidades, evidenciando o seu compromisso com a incorporação do setor privado na organização dos serviços de saúde como parte fundamental e não apenas suplementar ao Sistema. Pode indicar uma incorporação das propostas apresentadas pelo *Livro Branco da Saúde*²⁸ (ANAHP, 2014) que previa entre as suas propostas “desenvolver redes assistenciais integradas entre os setores público e privado”, “estimular a coordenação e integração entre os setores público e privado” e “ampliar a participação do setor privado na formulação e implantação das Políticas Nacionais de Saúde”. Pode significar também, uma tentativa de reaproximação das entidades médicas e setores que romperam com o governo após o embate acerca dos Mais Médicos.

4.2. Análise do programa de governo e proposições de Aécio Neves

O Programa de Governo de Aécio Neves (PSDB – Coligação Muda Brasil²⁹) registrado no site do TSE em julho de 2014³⁰ teria sido elaborado através da interlocução de especialistas nas mais diversas áreas da política pública como um ponto de partida para um processo de amplos debates com a sociedade brasileira em seus diversos segmentos, nas variadas esferas que compõem a vida pública, propondo a participação popular inclusive através de mecanismos virtuais.

Apresentava como princípios fundamentais:

1. Descentralização, levando a solução do problema para perto de onde ocorre, mediante forte ação federativa, com reconhecimento do papel fundamental de Estados e Municípios.
2. Simplicidade, reduzindo as complicações burocráticas para pessoas, empresas, organizações e governos.
3. Confiança, de forma a tornar menos oneroso e mais ágil o processo produtivo, de relacionamento com o terceiro setor e o processo decisório no país.

²⁸ Livro apresentando as propostas da Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp) para a sustentabilidade do sistema de saúde e entregue aos candidatos à presidência da República.

²⁹ Coligação composta pelos partidos PSDB, PMN, SD, DEM, PEN, PTN, PTB, PTC, PTdoB.

³⁰ Programa de governo registrado no TSE em julho de 2014, disponível no site deste órgão em <http://divulgaand2014.tse.jus.br/divulga-cand-2014/proposta/eleicao/2014/idEleicao/143/UE/BR/candidato/280000000085/idarquivo/229?x=1404680555000280000000085> acessado em 13 jul/14. Identificado ao longo do texto como Prg AN.

4. Eficiência, como meio do Poder Público cumprir o seu papel de atuar para resolver os problemas da população.
5. Transparência, com efetivo acompanhamento da sociedade na execução das políticas públicas.
6. Inovação, de modo a aumentar a produtividade e a qualidade de vida das pessoas.
7. Participação popular, como pilar do processo de avanços a serem conquistados (Prg AN p.4 e 5).

Um dos objetivos iniciais de seu governo, se eleito, seria a “realização das reformas fundamentais, tão reclamadas por todo o Brasil” (Prg AN p. 5) – referindo-se possivelmente às manifestações populares. Estas englobariam a Reforma Política, Tributária, da Infraestrutura Nacional, da Segurança e dos Serviços Públicos, onde incluía saúde, educação e mobilidade urbana com o propósito de melhorar os serviços prestados. Desta forma, possibilitaria a criação das condições necessárias para o crescimento do país e desenvolvimento de políticas que pudessem superar a pobreza e ampliar a qualidade de vida da população.

As oito áreas contempladas no programa, em ordem alfabética, cidadania, economia, educação, Estado eficiente, relações exteriores e defesa nacional, saúde, segurança pública, sustentabilidade deveriam “se integrar de forma holística” como uma “soma positiva de ações governamentais que se aliam na consecução do bem comum” (Prg AN p. 6).

No debate sobre a Cidadania, o destaque foi para a assistência social e combate à pobreza, incentivo à agricultura familiar, habitação, políticas para as mulheres e juventude. Neste ponto, convidava a sociedade a dar um passo fundamental rumo à Nova Agenda Social para o Brasil, em uma alusão ao livro homônimo³¹, sem citá-lo como referência. Paim (2013) já apontava “a nova agenda social que propõe a reatualização e intensificação das reformas da era FHC” como possibilidade de projeto em disputa na sociedade brasileira.

O Direito do Consumidor foi incluído como parte da cidadania, partindo do pressuposto que é um “direito especialmente relevante em uma economia de mercado (Prg AN p. 15)”. Para a equipe de formulação do programa, “é importante

³¹Brasil: A Nova Agenda Social (2012), livro organizado por Edmar Bacha, economista que compôs a equipe econômica responsável pelo Plano Real e foi presidente do BNDES durante o primeiro Governo FHC, e Simon Schwartzman, doutor em ciência política e pesquisador na área de políticas públicas, ex-presidente do IGBE durante o mesmo período.

fortalecer, também, a defesa da concorrência para defender os interesses do cidadão e das famílias (Prg AN p. 15)”.

Algumas ações com impacto sobre a saúde foram pontuadas como uma política de proteção à primeira infância, de cuidadores de idosos e pessoas com deficiência, além de ações para a redução da mortalidade materna e infantil. A parceria público-privada, a criação de uma rede socioassistencial em articulação com o terceiro setor e a cultura do empreendedorismo nas comunidades são apontadas como alternativas para atingir o objetivo mais importante que seria a “real qualidade de cidadão para cada brasileiro no reconhecimento e exercício de seus direitos e deveres (Prg AN p. 7).” A mesma lógica foi utilizada para debater demais temas como Estado eficiente, segurança pública e sustentabilidade.

O capítulo dedicado à Economia tinha como subtópicos: ciência, tecnologia e informação; comércio exterior; desburocratização – simplificação; desenvolvimento regional; empreendedorismo; emprego e renda; infraestrutura e logística; política agrícola; política industrial; política macroeconômica; previdência social; reforma tributária e turismo. Nota-se que para esta coligação, ciência, tecnologia e informação – comumente ligadas às políticas de educação – e emprego, renda e previdência social – frequentemente tratados como direitos sociais de cidadania – são prioritariamente questões relacionadas à economia, sendo tratadas sob esta ótica.

O desenvolvimento econômico, considerado como um peso fundamental no desenvolvimento do país deveria ter um corte regional priorizando o desenvolvimento das regiões mais fragilizadas – para eles, Norte, Nordeste e Centro-Oeste – com autonomia para as entidades federadas, visando reduzir as disparidades nos indicadores socioeconômicos do país.

Para a política macroeconômica foi apresentado o “cumprimento inequívoco” dos compromissos do denominado tripé macro: inflação no centro da meta, superávit primário obtido sem artifícios contábeis (crítica explícita ao Governo Dilma) e câmbio flutuante. Este compromisso atingiria o objetivo de “criar no Brasil um ambiente de menos incerteza e maior segurança, compatível com taxas de juros real e nominal significativamente mais baixas que as atuais e compatíveis com a média histórica dos países mais avançados” (Prg AN p.44).

Outro aspecto importante a ser considerado é a observação a respeito da reforma tributária. Segundo a coligação, a quantidade de tributos no Brasil é muito elevada para os padrões de desenvolvimento do país, “assim, aumentar a carga tributária deixou de ser uma opção viável para o financiamento das políticas públicas” (Prg AN p.46), apontando a possibilidade de melhorar o sistema de tributação a partir da forte redução do número de impostos e contribuições, pois estes “aumentam muito a burocracia e o custo das empresas” (Prg AN p.46). Entretanto, não fica evidenciado no programa como esta ocorreria sem que houvesse impactos negativos sobre as políticas sociais.

A saúde foi abordada em um capítulo específico (as políticas que compõem o sistema de seguridade social foram debatidas separadamente em capítulos diversos). Inicialmente, o Sistema Único de Saúde foi enaltecido como uma grande política de inclusão social que teria sido viabilizada pelos governos de Fernando Henrique Cardoso (FHC).

O Sistema Único de Saúde-SUS, criado pela Constituição Federal de 1988, completou 25 anos e continua sendo uma das grandes políticas de inclusão social da história do Brasil.

Quando Gestor Federal, o PSDB viabilizou o SUS através de várias ações importantes, como a descentralização da gestão e financiamento dos recursos federais para os estados e municípios, iniciando as transferências financeiras "fundo a fundo", o Programa Saúde da Família, os medicamentos genéricos, a estruturação do controle social, mecanismos de controle e avaliação, entre outras (Prg AN p. 58).

Esta informação é questionada por autores que afirmam que as políticas neoliberais nos governos FHC foram responsáveis pela implementação de um SUS distante do constitucional, bem como a redução do conceito de cidadania aplicado às políticas sociais (FLEURY, 2008; MACHADO, 2013; MAURIEL, 2011; PAIM, 2008).

O programa indicava que a baixa remuneração dos procedimentos realizados pelas redes pública, filantrópica ou privada complementar, assim como a destinação do orçamento federal insuficiente nos últimos 12 anos, seriam responsáveis pela ineficiência e baixa qualidade dos serviços de saúde. Nesse aspecto, trouxeram dados que confrontaram os apresentados pela campanha da presidenta Dilma à reeleição e se somaram às críticas sobre o baixo financiamento para a saúde que vem sendo explicitada por pesquisadores (PAIM, et. al. 2011), gestores

(CONASEMS, 2014) e articulações da sociedade como o Movimento Saúde Mais Dez.

A área da saúde, nos últimos 12 anos, foi a que recebeu menor atenção no orçamento da seguridade social, passando de R\$20,3 bilhões no ano 2000 para R\$78,6 bilhões em 2012 (variação de 209%). Para cumprir os preceitos da Constituição de 1988 relacionados à saúde, seria necessário muito mais do que o Governo Federal vem dedicando ao setor (Prg AN p. 58).

O Brasil destinou apenas 4,1%. Se fosse gastar o mesmo percentual do PIB que a média mundial, o gasto público per-capita anual com saúde dos brasileiros passaria de US\$ 466 para US\$ 621 em 2010 (Prg AN p. 58).

Para resolver a questão do financiamento, a proposta apresentada foi uma tentativa de diálogo com o Movimento Saúde Mais Dez e entidades da Reforma Sanitária, porém o texto deixa dúvida a possibilidade de cumprimento da proposta popular:

Apoio e implementação dos preceitos da Emenda Constitucional 29, nos percentuais dos pisos mínimos estabelecidos por lei para estados e municípios, e a proposta popular dos 10% da Receita Corrente Bruta da União para o setor saúde, ou política similar que garanta um crescimento progressivo de financiamento para o setor (Prg AN p.60).

Além disso, considerando a proposta de reforma tributária apresentada, permanece em aberto quais seriam as fontes utilizadas para ampliação do financiamento para a saúde.

“O fortalecimento do SUS será a permanente prioridade do governo na área da saúde (Prg AN p. 58).” O compromisso com o fortalecimento do SUS, entretanto, não deixa explícito o que se espera para o seu funcionamento. Vale ressaltar, que o “Livro Branco da Saúde” (ANAHP, 2014) também aponta como sua primeira proposta, a necessidade de fortalecimento do SUS estimulando a coordenação e a integração entre os setores públicos e privados.

O texto do programa não reafirma princípios constitucionais como a Universalidade. Algumas das 36 diretrizes apresentadas para a saúde podem trazer implícitas a concepção de SUS para os mais pobres e planos ou seguros de saúde para os que podem pagar, assimilando a lógica de Cobertura Universal (FRENK, 2015; NORONHA, 2013; TITELMAN, et al. 2015)

Diretriz 1: a instituição do Cartão-Cidadão da Saúde, em articulação com o cadastro nacional único³², já aqui previsto, dará a garantia de acesso a qualquer brasileiro à uma rede de saúde pública ou privada (Prg AN p. 59).

[...]

Diretriz 14: Integração do sistema de saúde suplementar com o SUS, para identificar oportunidades de colaboração investimento e desenvolvimento de parcerias público-privadas.

Diretriz 15: aumento da equidade na saúde, reduzindo, através das redes assistenciais integradas, a disparidade nos níveis de atenção entre os que detêm planos de saúde e os usuários do SUS (Prg AN p. 60)

Médici (2012)³³ já afirmava que para garantir o acesso universal “obviamente seria mais justo utilizar os escassos recursos públicos para atender os grupos mais pobres (p.70)”. Caberiam ao Estado as funções de regulação e de financiamento “para grupos sem capacidade de pagamento” e que “somente em condições especiais, tais como epidemias ou catástrofes naturais, se deveria considerar a provisão de serviços pelo Estado (p.25).” Para o autor, serviços de saúde, mesmo quando financiados por recursos públicos tem sido oferecidos com sucesso por instituições privadas, sob regulação do Estado, em muitos países. Citava o modelo de gestão das Organizações Sociais de Saúde nos hospitais públicos de São Paulo (desenvolvido pelos governos do PSDB) como uma experiência exitosa com “grandes repercussões na melhoria da qualidade desses hospitais (p.31)”.

A terceira diretriz “o novo modelo de gestão da saúde se baseará na criação de redes assistenciais integradas de saúde, que permitirão o melhor uso possível dos recursos de saúde – públicos, privados e filantrópicos – ao nível de cada região (Prg AN p. 59).” Se assemelha à proposta do “Mais Especialidades” da candidata petista, de construir redes regionalizadas que possibilitem o acesso à média e alta complexidade envolvendo os diversos serviços existentes e reafirmando a necessidade de aproximação entre os setores públicos e privados, assim como proposto pela ANAHP e outras organizações do setor. Propostas de modernização da gestão pública através de ferramentas, indicadores e práticas característicos do setor privado, podem reforçar essa ideia.

³² Refere-se ao Cadastro Único de Assistência Social que agrega as famílias em situação de vulnerabilidade social, apresentado no capítulo sobre cidadania.

³³ André Médici é economista sênior de saúde do Banco Mundial em Washington, com vasta produção sobre a América Latina. Assina capítulo sobre Saúde no livro A Nova agenda Social (BACHA e SCHWARTZMAN, 2011) onde apresenta propostas para melhorar cobertura, eficiência e qualidade no setor.

A proposta de redes de atenção integradas e regionalizadas é conceitualmente próxima à proposta de redes de atenção à saúde (MENDES, 2011) utilizada para embasar as redes temáticas em andamento no Ministério da Saúde (Port. GM/MS 4279/2010) como a Rede Cegonha, Rede de atenção psicossocial, Rede de cuidados à pessoa com deficiência, Rede de urgência e emergência.

É possível observar nas formulações, a incorporação de termos adotados pelo SUS, como novo modelo assistencial com cuidado longitudinal; promoção da saúde e hábitos saudáveis de vida; ações intersetoriais; desospitalização; fortalecimento da Saúde da Família como porta de entrada do Sistema; fortalecimento do controle social; além da utilização de dados epidemiológicos para propor ações em saúde para grupos específicos. No entanto, estes termos são contrapostos em seus significados pelas expressões mutirões de cirurgias eletivas; eficiência; padrões de qualidade e processos otimizados para controle interno; autonomia de gestão; parceria público-privada e com terceiro setor.

Foi proposto o aprimoramento de ações que estão em curso no governo atual como as redes assistenciais integradas e o fortalecimento de ações iniciadas nos governos do PSDB na década de 1990, como o incentivo à produção de medicamentos genéricos, o fortalecimento da Agência Nacional de Saúde Suplementar para garantir os direitos e reduzir as reclamações de usuários de planos privados de saúde.

A criação de uma carreira nacional para médicos foi proposta, possivelmente atendendo às reivindicações das entidades médicas rompidas com o governo do PT após o lançamento do Programa Mais Médicos. No entanto, o tema não foi aprofundado e inicialmente não considerava a necessidade de instituir uma carreira nacional para todos os profissionais de saúde. Para os demais profissionais foi proposto programas de valorização, apoio e qualificação. Ainda dialogando com a categoria médica, propuseram a realização de cursos preparatórios para que médicos estrangeiros pudessem ser submetidos ao exame de revalidação de diploma e o aprimoramento do Programa Mais Médicos com padronização da remuneração.

Durante a campanha, como esperado, outras propostas foram processualmente debatidas e apresentadas. Uma nova versão do programa de governo, denominada “Brasil: O novo jeito de Governar. Plano de Governo de Aécio

Neves e Aloysio Nunes 2015-2018”³⁴ foi disponibilizada no site de campanha com vários recursos que permitiam ao eleitor navegar pelas diversas temáticas apresentadas.

Dentre as principais mudanças estava a estruturação do plano de governo em 4 grandes áreas: Cidadania plena: Direitos do cidadão e da sociedade; Desenvolvimento para todos; Estado Democrático, soberano, solidário e eficiente; Sustentabilidade: semeando o presente para colher o futuro. Nesta nova versão, saúde, educação, cultura, defesa da vida, esporte, habitação, parcerias com o terceiro setor, proteção com desenvolvimento social, segurança, trabalho e renda, Previdência Social, foram abordados no eixo Cidadania, possivelmente em atenção a críticas recebidas pela abordagem anterior.

Em defesa da vida foram abordados temas relacionados aos direitos humanos, defesa da diversidade, promoção da igualdade, proteção à infância, políticas para mulheres, idosos e juventude que incluem ações articuladas entre assistência social, saúde e educação.

O texto sobre saúde iniciava afirmando que a mesma era a maior preocupação dos brasileiros segundo pesquisas de opinião e que, portanto, “a organização e qualificação do sistema de saúde devem ser agenda central de todas as esferas governamentais e da sociedade civil organizada” (Prg AN2 p. 109) associadas ao investimento consistente em saneamento, considerado o setor mais carente da infraestrutura social. Criticava as medidas do governo Dilma para o setor adjetivando-as de “improvisos”, “paliativos”, “presididas pelo marketing” justificando que a sua principal marca “se resumiu a importação de médicos estrangeiros (...) desprezou [o programa] os médicos brasileiros e a certificação da qualidade do atendimento à população” (Prg AN2 p. 111).

O termo SUS para se referir ao sistema de saúde brasileiro foi utilizado em todo o texto mantendo a definição de conquista social, referenciando nesta versão, os seus princípios constitucionais como pode ser demonstrado no trecho abaixo:

Os constituintes, em nome da sociedade brasileira, fizeram uma aposta generosa e ousada. Migrar de um modelo excludente,

³⁴ Trechos em destaque e citações extraídos do Plano de Governo de Aécio Neves e Aloysio Nunes disponíveis em http://campanha2014.aecioneves.com.br/downloads/plano-de-governo/plano_governo.pdf acessado em 15/out/2014. Identificado ao longo do texto como Prg AN2.

centralizador, autoritário e hospitalocêntrico, para a construção de cidadania plena na saúde para todos os brasileiros, por meio de um sistema de acesso universal e cobertura integral, inclusivo, descentralizado, com grande integração federativa e forte participação social, focado na primazia da atenção primária como polo articulador do sistema, com ênfase na prevenção e na promoção da saúde. O acesso ao sistema público deixaria de ser um privilégio dos possuidores de carteira de trabalho para abranger todos os brasileiros sem nenhuma distinção, como direito do cidadão e dever do Estado (Prg AN2 p. 110).

Como alternativa para superar os atuais impasses do SUS foi defendida uma forte liderança para conduzir um “choque de gestão”, mais recursos, mudança do modelo de atenção e eficiente regulação da incorporação tecnológica. Outra mudança a ser considerada foi a utilização do termo carreira nacional do SUS, para todos os profissionais de saúde, em substituição à proposta anterior de carreira nacional para médicos. Esta seria construída a partir de diálogo com estados, municípios e entidades representativas das categorias profissionais visando superar a precarização do trabalho e a instabilidade do mercado de trabalho em saúde. Também foi incluída a proposta que objetivava a profissionalização da gestão das entidades ligadas ao Ministério da Saúde, ANVISA e ANS, priorizando a eficiência, a meritocracia, sem arranjos partidários considerados patrimonialistas e clientelistas.

Em diversos compromissos apresentados foi reforçada a necessidade de mudança do modelo de atenção para a superação de um modelo curativo, que sofre pressão de incorporações tecnológicas encarecendo o sistema, para um modelo voltado para as necessidades de saúde da população, priorizando a prevenção de doenças e a promoção da saúde. No entanto, das propostas apresentadas, uma das mais difundidas nas propagandas eleitorais de TV e redes sociais foi a criação de consultórios populares de saúde. Nesta proposta, o governo federal ofereceria financiamento através do BNDES para que médicos especialistas pudessem abrir consultórios particulares cobrando preços menores para a população em regiões mais pobres e atendendo um número pré-determinado de pacientes pelos SUS encaminhados pelas Unidades Básicas de Saúde. Esta proposta contrapõe a ideia de redes assistenciais integradas e continuidade do cuidado, remontando a fragmentação deste.

Durante as propagandas de TV, debates e entrevistas, as propostas para a saúde foram associadas aos feitos do candidato em Minas Gerais, onde foi governador no período de 2003 a 2010 e estado que representa no congresso

nacional como senador desde 2011. Segundo dados apresentados em campanha³⁵, a saúde de Minas foi considerada a melhor do Sudeste de acordo com o IDSUS 2012, tendo o governo de Aécio Neves contribuído para a redução da mortalidade infantil, da taxa de propagação da AIDS e aumento da expectativa de vida, ampliação da distribuição de medicamentos gratuitos, criação de centros integrados de saúde, aumento de 294% dos recursos investidos em saúde.³⁶

No programa de TV especialmente dedicado à saúde no primeiro turno, (exibido em 02/09/14) além de apresentar suas realizações em Minas Gerais, Aécio se comprometeu com a criação de “500 centros integrados de saúde chamados Saúde de Uma Vez, para agilizar o atendimento à saúde em todas as regiões do Brasil³⁷”.

Outras propostas bastante propagandeadas foram referentes à distribuição de medicamentos e ampliação do Programa de Saúde da Família. As imagens comumente utilizadas nos materiais visuais apresentavam objetos classicamente associados à saúde pela maioria da população como remédios, seringas, estetoscópios, ambulâncias, hospitais e cruzeiros vermelhos reforçando o modelo assistencial vigente e criticado pelo seu programa.

4.3. De Eduardo Campos à Marina Silva: análise do programa de governo e proposições da coligação Unidos pelo Brasil.

A Coligação “*Unidos pelo Brasil*”, composta pelos partidos PHS, PRP, PPS, PPL, PSB e PSL, tinha em sua liderança o ex-governador de Pernambuco Eduardo Campos e como vice Marina Silva, ambos do PSB. A ex-senadora e candidata a presidência em 2010 veio para o partido, após a aliança programática construída quando a Rede Sustentabilidade teve o seu pedido de registro eleitoral indeferido. O programa de governo registrado no TSE em julho de 2014 destinava-se às instituições, empresas, organizações civis, cidadãos, com o intuito de formar uma ampla aliança em torno de “uma agenda de mudanças profundas na forma de fazer

³⁵ Informação colhida de programas exibidos na TV e banner de campanha em redes sociais que pode ser visualizado no Anexo II.

³⁶ Vale ressaltar, que o candidato a governo estadual pelo PSDB foi derrotado no primeiro turno pelo candidato do PT e Aécio Neves foi derrotado nas urnas em seu estado no primeiro e segundo turnos.

³⁷ Transcrição do programa eleitoral exibido em 02/09/14 a partir do min 2:38.

política e no modelo de desenvolvimento social e econômico em nosso país” (Prg EC p.01).³⁸ Estava estruturado em cinco eixos estratégicos: Estado e a democracia de alta intensidade; economia para o desenvolvimento sustentável; educação, cultura e inovação; políticas sociais e qualidade de vida; novo urbanismo e pacto pela vida.

Como método de construção do programa, referiam um processo colaborativo e aberto à sociedade através da realização de seminários programáticos nas cinco regiões do país; oficinas temáticas com especialistas em temas estratégicos como Economia, Política Energética e Meio Ambiente; incorporação de contribuições da indústria, educação, setor agrário, movimentos populares, sindicais, de mulheres, negros, LGBT e juventude; sugestões e comentários através do site registrado para este fim.

Uma vez que grande parte do grupo que compunha a coligação fez parte da base aliada dos governos petistas até setembro de 2013, inclusive assumindo ministérios e postos estratégicos, o programa iniciava com uma avaliação dos períodos anteriores:

Nas duas últimas décadas, o Brasil evoluiu positivamente no fortalecimento da sociedade civil. Debelamos um processo inflacionário arrasador, a moeda se tornou estável e a economia menos vulnerável. Milhões de pessoas saíram da condição de pobreza, mas as desigualdades sociais ainda marcam nossa sociedade. Somos a sexta economia do mundo, mas não conseguimos dar educação de qualidade e garantir bom atendimento de saúde para todos (Prg EC p.01).

Propunha enfrentar os desafios existentes a partir de “um modelo de desenvolvimento profundamente comprometido com a democracia e com a sustentabilidade” (Prg EC p.01) apregoando valores como justiça e solidariedade com o planeta e futuras gerações, e se comprometia a planejar uma transição estratégica para este desenvolvimento de novo tipo. Compunha parte de seus objetivos “manter as conquistas das últimas décadas e fazê-las avançar” (Prg EC

³⁸ Trechos em destaque e citações extraídos do programa de governo da Coligação “Unidos pelo Brasil” registrado em julho de 2014 junto ao TSE e disponível no site deste órgão em <http://divulgacand2014.tse.jus.br/divulga-cand-2014/proposta/eleicao/2014/idEleicao/143/UE/BR/candidato/280000000063/idarquivo/108?x=1409866177000280000000063> Acessado em 13/jul/14. Identificado ao longo do texto como Prg EC.

p.09) realizando as devidas críticas ao processo. Elencava a grande biodiversidade, riquezas hídricas e minerais, a diversidade étnica e cultural do povo brasileiro como potencial para um desenvolvimento centrado na educação e capaz de sustentar uma economia que pudesse promover o crescimento, a redução das desigualdades sociais e a melhoria da qualidade de vida, considerando a pluralidade de pensamentos e expressão dos vários segmentos da população.

Neste sentido, “socialistas e sustentabilistas” (Prg EC p.09) criticavam as instituições políticas atuais, a cultura partidária considerada como pragmática, sem utopias e sonhos, responsável por uma paralisia do sistema político e uma baixa intensidade da democracia no Brasil. Propunham “democratizar a Democracia” (Prg EC p.09) e assumiam o compromisso de contribuir para melhorar a representação política e ampliar a participação social.

O realinhamento político deve estar associado a uma forte contribuição da sociedade, com a mobilização e participação de seus diversos setores, especialmente aqueles historicamente excluídos das decisões e empurrados para as bordas do sistema.

[...]

Ajudar a expressar suas [da sociedade brasileira] legítimas demandas, melhorar a qualidade da representação política, ampliar os espaços de participação e cidadania e produzir uma forte transformação nas estruturas convencionais da política (Prg EC p.03).

Essa proposição pode ser uma tentativa de resposta às manifestações contra partidos políticos, descrença nas instituições públicas, denúncias de corrupção, apelos por reforma política, evidenciadas nas ruas durante as jornadas de junho/julho de 2013.

É preciso ouvir o grito das ruas e ser conseqüente com os anseios da imensa borda de desfavorecidos que almejam inclusão verdadeira e cidadania plena. Integrar os novos atores da Democracia brasileira, recuperando o verdadeiro sentido da res-publica. Estabelecer uma relação honesta, olho no olho, com as dinâmicas mobilizadoras e criadoras de novas energias que estão sendo continuamente propostas pela juventude de todas as tribos e segmentos sociais (Prg EC p. 10).

Das três principais candidaturas, apenas esta coligação compreende a saúde como parte do sistema de seguridade social, trazendo as propostas para esta área no eixo destinado às políticas sociais. “O sistema de seguridade social é uma das mais importantes conquistas do período democrático e tem um papel fundamental na melhoria da qualidade de vida de nossa população (prg EC p.44).” Esta inserção,

traz uma compreensão diferenciada de saúde como parte das políticas de inclusão social, cidadania e felicidade, não apenas como um setor produtivo, ou como oferta de serviços e procedimentos.

O SUS foi apresentado como uma vitória de mobilizações da sociedade, conquistado através da constituição cidadã de 1988. Valorizado em sua concepção original, não foram utilizados termos substitutivos para se referir ao mesmo. Seus princípios constitucionais surgiram em diversos momentos do texto sem variação de sentido. Universalidade, por exemplo, pode ser compreendido como SUS para todos os brasileiros; a integralidade foi colocada como meta da articulação de ações e serviços de promoção e atenção à saúde, além de prevenção.

O SUS é algo quase único em termos de cobertura no mundo e implica uma noção de cidadania e direito humano que emerge de gerações de lutas populares. Apesar de sua concepção revolucionária e da universalização do serviço de saúde que pretende promover, o SUS precisa ser aperfeiçoado no sentido de considerar o redirecionamento para um sistema que seja mais humano, personalizado, rápido e que ofereça respostas às demandas de todos os brasileiros (Prg EC p. 44).

Para a sustentabilidade do SUS foram apresentadas como propostas o aperfeiçoamento dos serviços de saúde e seu adequado financiamento, onde previa “aumentar os gastos federais com ações e serviços públicos de saúde tendo como base a Receita Corrente Bruta (RCB) da União (Prg EC p. 44).” Apesar de utilizar o termo Receita Corrente Bruta, não se comprometia explicitamente com a proposta de 10% da RCB para a saúde apresentada através do projeto de lei de iniciativa popular PLP 321/2013³⁹ e não fixava em quanto deveria ser o financiamento para a saúde em seu governo, caso vitorioso. Criticava os gastos em saúde do governo federal trazendo informes que apontavam uma redução do investimento em saúde de 2000 a 2011 em termos proporcionais aos que foi investido por estados e municípios, contradizendo os dados apresentados pela candidata à reeleição quando afirmava que houve crescimento de investimentos no setor.

Outras propostas como a regulação de serviços de níveis distintos de complexidade, a pactuação entre níveis de governo, as relações com os serviços

³⁹ Projeto de Lei de Iniciativa Popular apresentado ao congresso em agosto de 2013 pelo Movimento Saúde Mais 10 que arrecadou 2,2 milhões de assinaturas em torno da proposta de 10% das Receitas Correntes Brutas da União para a saúde.

suplementares de saúde (iniciativa privada) e com os profissionais de saúde, também foram apresentadas sem especificar como poderiam ser viabilizadas.

A relação com o setor privado foi apresentada de forma crítica quanto à incorporação pelos serviços públicos de práticas de saúde e formas de organização. Porém não ficam evidenciadas as propostas para a regulação e utilização desses serviços, se de forma complementar ou como parte da rede de serviços de saúde.

Há uma tendência de reprodução no setor público da realidade hoje verificada no setor privado, em que predomina o polinômio especialização, procedimentos de média e alta tecnologia, alto custo de intervenção. Essa configuração, independentemente de sua qualidade técnica, não atende aos preceitos de uma saúde que pretende a universalização (Prg EC p. 44).

Para a Atenção Básica foi prevista a efetiva universalização para que possa ser a porta de entrada e eixo estruturante da organização e articulação de ações. Para isto pensavam aprimorar e fortalecer o Programa de Saúde da Família (PSF), promover a formação de profissionais de saúde, priorizando médicos generalistas, enfermeiros, assistentes sociais e agentes comunitários, promover a alimentação saudável e inserir atividades físicas e práticas corporais como parte da assistência à saúde.

Outra parte fundamental das propostas apresentadas foram ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, que evidenciavam uma concepção mais ampliada de saúde para além de ofertar serviços de saúde.

Reorientar e integrar políticas setoriais capazes de promover a saúde e a melhoria da qualidade de vida, visando criar ambientes saudáveis, proteger as pessoas contra ameaças à saúde e possibilitar aos indivíduos, famílias e comunidades a expansão de suas liberdades, capacidades e oportunidades (Prg EC p. 44 e 45).

Apareceram no decorrer do texto, termos como vigilância epidemiológica, humanização do cuidado, reorientação da formação profissional, abordagem multidisciplinar, política de drogas com atenção integral ao usuário, que aproximam o programa do discurso do SUS e das entidades da Reforma Sanitária Brasileira.

Antes que a campanha eleitoral ganhasse corpo e chegasse às propagandas de TV, um trágico acidente, em 13 de agosto de 2014, interrompeu o percurso desta coligação, levando a óbito o seu representante majoritário Eduardo Campos e parte dos seus assessores. Esse acontecimento gerou grande comoção pública e

provocou uma reviravolta no cenário político como afirmaram jornais do período⁴⁰: “A morte de Eduardo Campos embaralha as eleições brasileiras (manchete em El País Brasil)”; “Morte de Eduardo Campos muda o cenário da Eleição Presidencial (manchete da Gazeta do Povo)”; “Como o acidente que matou Eduardo Campos alterou o cenário eleitoral (notícia do Zero Hora)”; “Acidente mata Eduardo Campos: rivais preveem Marina candidata (Capa da Folha de São Paulo em 14/08/14)”.

Trecho de sua entrevista ao Jornal Nacional no dia anterior à sua morte “Não vamos desistir do Brasil” passou a ser o grande mote de campanha da nova chapa configurada com Marina Silva como candidata a presidência, acompanhada por Beto Albuquerque (PSB-RS). O programa de governo da nova chapa registrado no TSE⁴¹ foi basicamente o mesmo, visto que foi construído como uma aliança programática entre os partidos que compunham a coligação que manteve o mesmo nome e a mesma composição. Os trechos dedicados à saúde permaneceram inalterados.

Entretanto, as declarações da candidata em debates e programas eleitorais geraram polêmicas principalmente sobre a sua política econômica e sobre a viabilidade de cumprir um programa de governo alicerçado em outros valores caso fosse eleita. Também ocorreram polêmicas quanto a pautas como união homoafetiva, política de drogas e descriminalização do aborto, em consequência de suas posições anteriores consideradas conservadoras neste sentido.

Em resposta, logo em seguida, foi divulgado em seu site de campanha, um novo programa de governo denominado Plano de Ação para Mudar o Brasil⁴². Neste documento, mais bem elaborado, com maior número de páginas e informações, novas propostas são apresentadas incluindo o novo eixo: “Cidadania e identidades”, com políticas específicas para direitos humanos e cidadania, juventudes, mulheres, LGBT, pessoas com deficiência, povos e comunidades tradicionais, população negra, idosos, movimentos sociais e populares, movimento sindical. As políticas

⁴⁰ Notícias disponíveis em http://brasil.elpais.com/brasil/2014/08/13/opinion/1407953973_915943.html ; <http://www.gazetadopovo.com.br/vida-publica/eleicoes/2014/morte-de-campos-muda-o-cenario-da-eleicao-presidencial-ec3wxfkd4lob72y0mdzs1w8cu> ; <http://zh.clicrbs.com.br/rs/noticias/noticia/2014/08/como-o-acidente-que-matou-eduardo-campos-alterou-o-cenario-eleitoral-4579785.html>

⁴¹ Programa de governo da Coligação “Unidos pelo Brasil” registrado em agosto de 2014 junto ao TSE e disponível no site deste órgão em <http://divulgacand2014.tse.jus.br/divulga-cand-2014/proposta/eleicao/2014/idEleicao/143/UE/BR/candidato/280000000121/idarquivo/363?x=1414180049000280000000121> acessado em 15/jul/14.

⁴² Programa de governo da Coligação “Unidos pelo Brasil” divulgado no site de campanha, disponível em <http://campanha.marinasilva.org.br/programa/#/> acessado em 30/set/14. Identificado ao longo do texto como Prg MS. Banners de campanha podem ser visualizados no Anexo III.

para as mulheres apontavam para a promoção dos direitos sexuais e reprodutivos, acesso aos métodos contraceptivos e consolidação no SUS dos serviços de interrupção da gestação de acordo com a legislação em vigor. Para a população LGBT, previa a garantia dos direitos oriundos da união civil entre pessoas do mesmo sexo, o reconhecimento da identidade de gênero das pessoas trans e políticas de combate à homofobia. Sobre as drogas, reforçava a necessidade de uma política nacional de drogas na perspectiva dos direitos humanos que compreendesse o fenômeno social, não criminalizando o usuário e combatendo o tráfico.

Como importante resposta às Manifestações de junho/julho 2013, foi incorporado neste programa um conjunto de propostas referentes à mobilidade urbana e também o “passe livre” para estudantes. “Criar um programa federal para financiar os custos de deslocamentos de todos os estudantes brasileiros e implementar a proposta do “passe livre” gradualmente” (Prg MS p. 188).

A saúde, incluída no título do eixo 4 que passou a se chamar “Políticas sociais, saúde e qualidade de vida” foi mantida no conjunto das políticas de seguridade social. O trecho dedicado ao tema apresentava uma explicação do que vem a ser o sistema de seguridade social, representando um avanço por possibilitar o acesso a todo cidadão e cidadã brasileira independente do nível de contribuição. Além disso, criticava a forma como o sistema de saúde é organizado atualmente que não consegue responder aos anseios da população.

O atendimento à saúde é a primeira das queixas e das aspirações dos brasileiros. O atendimento médico-hospitalar não satisfaz, e o trabalho de controle de doenças e de redução de indicadores de mortalidade – que o Sistema Único de Saúde (SUS) tem contribuído para mudar para melhor – não é notado quando exitoso, apenas quando falha. A percepção do cidadão sobre o sistema público de saúde é pautada pela visão de uma medicina de alta tecnologia e de caráter hospitalar – à qual ele, efetivamente, tem dificuldade de acesso (Prg MS p. 155).

O texto manteve os elementos do programa anterior, aprofundando as informações trazidas através de dados, indicadores e gráficos. Apresentava o SUS com um breve histórico da sua implementação, pontuando como princípios fundamentais as diretrizes do sistema (hierarquização, descentralização, regionalização, participação e controle social) e afirmando que “saúde é um direito da população e um dever do Estado” (Prg. MS p. 156).

Foi feita uma avaliação detalhada dos gastos em saúde desde a década de 1980 através de gráficos comparativos de investimentos da união, estados e municípios e foram apresentados indicadores de saúde como a redução da mortalidade infantil e materna, resultados do PSF e quantitativo de ações e procedimentos realizados. Estes dados pareciam revelar o intuito de contribuir para a valorização do SUS como uma política exitosa, ainda que não consiga atender plenamente aos seus objetivos. “Apesar de seus problemas, o SUS contribuiu para elevar o IDH [Índice de Desenvolvimento Humano] do Brasil de 0,493 (muito baixo) para 0,727 (alto) em duas décadas” (Prg. MS p. 157).

Sobre o financiamento, diferentemente do programa apresentado inicialmente, este se comprometia em atender à reivindicação do Movimento Saúde Mais Dez e “implementar gradualmente, ao longo de quatro anos, a proposta do projeto de lei de iniciativa popular de vincular 10% da Receita Corrente Bruta da União ao financiamento das ações de saúde” (Prg. MS p. 157). Além disso, propunha “rejeitar qualquer Desvinculação de Receitas da União para assegurar a manutenção das fontes orçamentárias da Seguridade Social (Prg. MS p. 157)” e “aumentar os investimentos na Atenção Básica para, no mínimo, 30% do orçamento da saúde” (Prg. MS p. 161).

Além da universalização da Atenção Básica, já abordada, este novo programa previa “um ambicioso programa de ampliação da rede hospitalar e da oferta de leitos, de maternidades e de policlínicas” (Prg. MS p. 159). Para isso previa investimentos nas estruturas já existentes, construção e custeio de novas; convênios com a rede prestadora de serviços seriam realizados com rigorosos critérios de qualidade para reincorporar leitos perdidos pelo SUS. Também era abordada a construção de centrais de regulação, reformulação do atual modelo de gestão e atenção hospitalar, ampliação do SAMU, revisão da tabela de remuneração de procedimentos e a criação de parâmetros para atendimentos às demandas individuais de procedimentos e medicamentos de alto custo via poder judiciário.

O texto reforçava a Universalização a partir da garantia do acesso a sistemas universais de saúde – “Combater as desigualdades no acesso aos serviços. Reorganizar o atendimento básico. Oferecer mais leitos. Enfrentar a grande tarefa de fazer do SUS um modelo de universalização da saúde” (Prg. MS p. 158) – em contraposição ao projeto de Cobertura Universal da Saúde que tenta ser

implementado nos países da América Latina por recomendação da OMS e suas parceiras (CEBES, 2014a; 2014b), descaracterizando os sistemas universais e os modelos de seguridade social através da incorporação no conceito de universalidade, dos seguros e planos privados de saúde para estratos da população que podem pagá-los.

Numa observação sobre o Programa Mais Médicos, foi considerado uma medida emergencial, embora passível de críticas. Reconheciam a escassez de profissionais com perfil generalista e interesse em trabalhar com comunidades pobres das periferias das grandes cidades e afastadas dos centros urbanos e acreditavam que investir na formação de novos profissionais de acordo com as necessidades do país e não segundo as regras de mercado é essencial para enfrentar este desafio e consolidar um novo modelo de atenção à saúde, que não demanda só por médicos, mas por profissionais de saúde em geral.

O Programa Mais Médicos foi a solução encontrada pelo atual governo para equacionar todas essas questões, mas não passa de uma resposta emergencial e inconsistente ao problema – especialmente em razão do convênio firmado com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) para trazer médicos de Cuba para o país (Prg. MS p. 163).

Para enfrentar estes desafios são apresentadas as seguintes propostas:

Liderar a construção de um pacto nacional em torno de uma política de desenvolvimento de recursos humanos para o SUS;

Assegurar a fixação dos profissionais da saúde [...];

Apoiar (técnica e financeiramente) a elaboração de planos de cargos e salários a fim de estruturar carreiras de Estado para profissionais de saúde, com salários dignos, progressão e prestígio profissional (Prg. MS p. 163).

Com isso, respondiam às demandas de entidades médicas que criticavam o Mais Médicos, através da proposição de estratégias de fixação que não previam a contratação de médicos estrangeiros e dialogavam com os demais profissionais ao propor a valorização da carreira em saúde.

O programa de Marina Silva foi o mais completo em suas formulações, apresentando propostas para cada campo em específico, assentadas em dados, indicadores e apontando as estratégias que precisariam ser adotadas para viabilizá-las. No que diz respeito à saúde, foi dentre os programas analisados, o que mais se

aproximou dos valores e concepções do Sistema Único de Saúde defendidos pela Reforma Sanitária Brasileira.

Entretanto, ao tentar contemplar os mais diversos setores (empresários, mercado financeiro, indústria, ambientalistas, movimentos sociais) apresentava contradições evidentes que dificultariam a sua real implementação. A política econômica, por exemplo, durante a campanha foi apresentando inclinações ao neoliberalismo – a exemplo da polêmica em torno da independência do Banco Central. Esta lógica política e ideológica parece incoerente com um modelo de crescimento econômico e desenvolvimento centrado na sustentabilidade, solidariedade e garantia de direitos sociais apresentados neste programa. O apoio da coligação ao candidato Aécio Neves no segundo turno, pode corroborar com esta interpretação.

4.4. Interseções e descompassos entre os projetos políticos

Ao contrário do que se imaginava, após as manifestações de junho de 2013 e da saúde ser apontada como a principal preocupação da população, esta não foi prioridade nas campanhas à presidência da república. A pauta apareceu de forma pontual durante os meses de campanha, juntamente com as propostas para outros setores como educação, assistência social e segurança pública. Foram destacados alguns programas eleitorais de TV e materiais visuais específicos para o tema, onde as propostas apresentadas nos programas de governo puderam ser melhor publicizadas. Nos debates, não foi o tema dos momentos de maior destaque, nem ficaram expostos antagonismos entre os projetos. Esses momentos foram protagonizados por questões relativas à corrupção e política macroeconômica.

Os programas registrados no TSE trazem como característica a síntese, apresentando as diretrizes gerais pactuadas entre os partidos aliados na conformação da coligação. Como objetivam o diálogo entre partidos e apoiadores, trazem maior carga ideológica, mais elementos políticos e podem revelar mais facilmente as reais intenções dos candidatos. Os programas divulgados ao longo do processo nos sites de campanha dos candidatos objetivam estabelecer diálogo com o eleitorado, principalmente os eleitores de maior nível de escolaridade. Passam pela importante intervenção dos “marqueteiros” e coordenadores de campanha,

trazendo propostas mais objetivas para resolução de problemas concretos, destinadas a cativar públicos específicos, seguindo as tendências apontadas pelos eleitores e pesquisas de opinião em consequência da movimentação da campanha. Mais bem elaborados textualmente, tendem a apresentar opacidade nas questões polêmicas ou que não são prioritárias para aquela candidatura, assim como mantêm nas entrelinhas debates ideológicos e disputas políticas.

Bahia e Scheffer (2014) afirmam que um dos efeitos simbólicos das manifestações de junho de 2013 nos programas de governo à presidência é a retomada do termo SUS à cena política, praticamente desaparecido nas eleições de 2010. Porém atribuem que o seu efeito positivo é um falso consenso, uma vez que não são apresentados conteúdos programáticos para enfrentar as reais necessidades e demandas numa evidente desconexão entre a saúde e o sistema de saúde, reduzindo o SUS a processos administrativos. Além disso, nenhuma candidatura discutiu a participação social como componente essencial para a preservação do direito à saúde.

As posições quanto ao financiamento do SUS não foram unânimes, com incongruências entre os dados apresentados pelas três candidaturas, talvez pela utilização de memórias de cálculos diferenciadas. Os candidatos da oposição reafirmam o financiamento insuficiente e se comprometem com as pautas populares numa tentativa de confrontar a candidata à reeleição. Entretanto, nenhuma candidatura definiu objetivamente quais serão as novas fontes de recursos, uma delas, inclusive, apontava a redução de tributos para as políticas sociais, como apresentado. Dados semelhantes foram encontrados por Bahia e Scheffer (2014) em seu estudo, que acrescentam que a relação entre as políticas macroeconômicas e sociais não era apresentada claramente, nem propostas visando refazer as contas do setor quanto às renúncias fiscais e isenções tributárias responsáveis por repasses de dinheiro público para financiar o setor privado.

A necessidade de reformulação dos pactos federativos para definição das atribuições da União, estados e municípios foi apontada pelas três candidaturas, porém não ocorreu aprofundamento das propostas e o assunto foi pouco retomado nas propagandas eleitorais de TV e debates.

Outra semelhança entre as campanhas foi a aproximação com o setor privado na saúde, seja através da proposição de parcerias público-privadas, na incorporação

de serviços privados e filantrópicos á estrutura das redes assistenciais de saúde, na inclusão de planos e seguros de saúde nos indicadores de cobertura, ou ainda pela utilização de suas estratégias de gestão e lógica de organização de serviços, embora a candidatura de Marina Silva tenha sido a mais sutil em expor esta relação. A aproximação com o setor privado evidencia a compreensão de coexistência entre dois sistemas de saúde no Brasil, o público e o privado, caracterizando a saúde como um setor da economia passível de exploração, inclusive sob financiamento do Estado.

Uma evidência deste fato é a assimilação pelas candidaturas, da agenda dos empresários da saúde materializada através do “Livro Branco” (ANAHP, 2014), enquanto que a agenda das entidades da Reforma Sanitária apresentada através do manifesto “Por um SUS de todos os brasileiros”,⁴³ (ABRASCO; ABRES; AMPASA e outras, 2014) assinado por oito entidades comprometidas com a construção da política de saúde no Brasil há décadas, teve pouca influência nas formulações. Temas como revisão da Lei de Responsabilidade Fiscal em relação ao limite da despesa de pessoal com saúde; extinção dos subsídios diretos ao setor privado, ressarcimento do SUS, considerados importantes pelo manifesto, não foram mencionados pelas candidaturas.

Os demais temas escolhidos e a forma como foram abordados pelas campanhas estão sintetizados no *quadro 1* envolvendo os programas de governo apresentados ao TSE, os planos de governo divulgados no processo, propostas apresentadas nos programas eleitorais, sites e redes sociais, comentários realizados em entrevistas e debates.

⁴³ Manifesto assinado por ABRASCO (Associação Brasileira de Saúde Coletiva); ABRES (Associação Brasileira de Economia em Saúde); AMPASA (Associação de Membros do Ministério Público em Defesa da Saúde); APSP (associação Paulista de Saúde Pública); CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde); IDISA (Instituto de Direito Sanitário Aplicado); Rede Unida; SBB (Sociedade Brasileira de Bioética), em Vitória - ES, em 03 de junho de 2014, em reunião realizada por ocasião do XXX Congresso do CONASEMS.

Quadro 1: Síntese das propostas apresentadas para a saúde pelas três principais candidaturas à Presidência da República em 2014

Categoria / Coligação	“Com a Força do Povo” Dilma Rousseff	“Muda Brasil” Aécio Neves	“Unidos pelo Brasil” Eduardo Campos / Marina Silva
Prioridade dos programas	Desenvolvimento, Crescimento econômico e Educação	Política Macroeconômica, “choque de gestão”	Desenvolvimento Sustentável e Reforma Política/ Democracia
Propostas prioritárias para a Saúde	Criação do Programa Mais Especialidades e expansão do Programa Mais Médicos	Aumento do Financiamento, construção de centros integrados de saúde e incentivo a abertura de consultórios populares	Aumento do Financiamento, atenção integral à saúde e qualidade de vida
Compreensão de Saúde predominante	Acesso a serviços, consultas, exames e procedimentos	Acesso a serviços, consultas, exames e procedimentos	Articulação entre políticas públicas saudáveis e acesso a serviços de saúde
Modelo de Atenção à Saúde	Hegemônico: médico assistencial	Hegemônicos: médico assistencial e sanitário	Integração de ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação
Promoção da Saúde	Não foi abordada diretamente. Melhoria das condições de vida, urbanização e saneamento	Promoção de hábitos saudáveis; urbanização e saneamento	Políticas públicas intersetoriais e promoção de hábitos saudáveis
Atenção Primária à Saúde	Expansão do Programa Mais Médicos; construção e reestruturação de Unidades Básicas	Porta de entrada no sistema; expansão do PSF nas regiões mais pobres	Porta de entrada e eixo estruturante do sistema; universalização efetiva do PSF; destinação de 30% do orçamento da saúde
Atenção Especializada	Prioridade. Rede de clínicas e serviços especializados; expansão do atendimento a urgências e emergências e política de medicamentos	Redes de atenção integradas, centros integrados de saúde e consultórios populares; acesso a medicamentos	Ampliação da rede hospitalar e oferta de leitos, construção de maternidades e policlínicas
Desafios na gestão e organização dos serviços	Pacto interfederativo, fortalecimento de programas existentes	Pacto interfederativo; eficiência, metas, protocolos padronizados, ações programáticas em saúde, controle de gastos desnecessários	Pacto interfederativo
Financiamento	Aumentado em 97%, em termos reais, desde 2002. 25% dos royalties do pré-sal para a saúde; não se compromete com aumento ou outras fontes de financiamento	Insuficiente. 10% das RCB ou proposta similar de aumento progressivo; reestruturação do modelo de pagamento por tabela de procedimentos	Insuficiente. 10% das RCB gradualmente em 4 anos; rejeição da DRU no orçamento da seguridade social
Relação com o setor privado	Parte da Rede de serviços articulada e integrada ao SUS	Parceiros na prestação e gestão indireta dos serviços; fortalece o papel de regulação do Estado	Convênios com prestadores de serviço para a contratação de leitos com rigoroso critério de qualidade
Política de recursos humanos em saúde	Aborda superficialmente através do programa Mais Médicos a formação de médicos generalistas, ampliação do número de vagas em Medicina priorizando regiões onde existem vazios assistenciais	Carreira nacional do SUS; política de formação com ênfase em especialidades mais necessárias; incentivos para a fixação de profissionais; profissionalização da gestão federal	Pacto nacional para política de desenvolvimento de RH para o SUS; apoio para elaboração de planos de carreira; Formação de profissionais generalistas; serviço civil solidário em saúde

5. A Reeleição de Dilma Rousseff, O Congresso Nacional e a Política de Saúde

As eleições de 2014 foram as mais disputadas da democracia recente brasileira. As contradições foram acirradas, principalmente no segundo turno, e pode-se perceber uma polarização ideológica, para além dos malabarismos dos marqueteiros de ambos os candidatos.

O debate eleitoral repercutiu nos mais variados setores da sociedade fazendo parte do cotidiano de brasileiros e brasileiras. Tornaram-se corriqueiros os debates inflamados nos almoços familiares, corredores de trabalho e divergências políticas explícitas através das redes sociais.

Dilma Rousseff do Partido dos Trabalhadores foi reeleita, no segundo turno, com 51,64% dos votos concentrados, prioritariamente, nos estados do Norte e Nordeste do país, chamando a atenção sua vitória em estados do Sudeste como Minas Gerais e Rio de Janeiro. Enquanto que o seu opositor, Aécio Neves, obteve uma expressiva votação nos estados do Sul, Centro-oeste e Sudeste, especialmente no estado de São Paulo, maior colégio eleitoral com aproximadamente 22% do eleitorado brasileiro (TSE, 2014).

Considerando este cenário eleitoral, um desafio grande desenhou-se para a presidenta reeleita na condução do país à unidade em tempos de crise econômica, com necessidade de retomada do crescimento e hostilidade do mercado financeiro às suas propostas de campanha, além dos escândalos de corrupção. Em seu discurso após a vitória, assim como em seu discurso de posse, frisou a necessidade de diálogo, construção da unidade e reafirmou o seu compromisso no combate à corrupção e com a Reforma Política através de uma constituinte exclusiva referendada por um plebiscito. Garantiu ainda, que os direitos conquistados pelos trabalhadores e trabalhadoras não seriam modificados e que não seriam estes os responsáveis por pagar a conta dos tempos de crise.

Assim como provamos que é possível crescer e distribuir renda, vamos provar que se pode fazer ajustes na economia, sem revogar direitos conquistados ou trair compromissos sociais assumidos.

Mais que ninguém, sei que o Brasil precisa voltar a crescer. Faremos isso com o menor sacrifício possível para a população, em especial para os mais necessitados.⁴⁴

A educação foi escolhida como prioridade política para o país através do lema Brasil: Pátria Educadora. “O Brasil será a verdadeira pátria educadora e os brasileiros terão acesso a educação de qualidade, da creche à pós graduação”⁴⁵. No entanto, a indicação para este ministério fez parte da política de divisão de cargos entre a base aliada, e não foi indicado inicialmente para a pasta um especialista com trajetória na área. Após embates importantes entre o Ministro Cid Gomes (PROS) e o Presidente da Câmara Eduardo Cunha (PMDB), o ministro pediu demissão, assumindo em seu lugar, o filósofo e professor universitário, Renato Janine Ribeiro.

Mesmo sendo apontada em pesquisas de opinião como o principal problema do país, a saúde não foi pautada como prioridade. No Ministério da Saúde, manteve-se o ministro Arthur Chioro⁴⁶ que assumiu a pasta em fevereiro de 2014 quando Alexandre Padilha saiu para disputar as eleições majoritárias para o estado de São Paulo. Não foram anunciadas grandes mudanças nas ações de saúde em curso e até o período de coleta deste estudo não haviam sido apresentadas as estratégias para viabilizar a principal proposta de governo, o programa Mais Especialidades.

Em suas primeiras medidas após a eleição, a presidenta reeleita deu indícios de que deixaria elementos fundamentais do seu programa de governo para atender às necessidades de um período de ajustes na economia. A indicação de Joaquim Levy e Nelson Barbosa⁴⁷ para os Ministérios da Fazenda e do Planejamento, respectivamente, foi apontada como uma guinada na política econômica para um modelo mais ortodoxo (COSTA, O. 2014) agradando ao mercado financeiro, uma

⁴⁴ Trecho do Discurso de Posse da Presidenta Dilma no Congresso Nacional em 01/01/15.

⁴⁵ Trecho do Discurso de Posse da Presidenta Dilma no Parlatório do Palácio do Planalto em 01/01/15

⁴⁶ Médico Sanitarista, doutor em Saúde Coletiva, professor universitário com trajetória de luta pela Reforma Sanitária desde o movimento estudantil. Foi Diretor do Depto de Atenção Especializada no Ministério da Saúde de 2003 a 2005, consultor da ANS pela OPAS, Secretário de Saúde em São Vicente e em São Bernardo do Campo presidindo o CONASEMS por duas oportunidades. (Fonte: discurso de posse e site Ministério da Saúde: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/ministro>)

⁴⁷ Joaquim Levy, PhD em Economia pela Universidade de Chicago, já compôs a equipe do FMI, Banco Central Europeu, ocupou cargos no Ministério da Fazenda e Planejamento nas gestões FHC, no Tesouro Nacional no primeiro Governo Lula, foi vice-presidente no BIRD e recentemente era estrategista-chefe do grupo Bradesco. (Fonte: site Ministério da Fazenda <http://www.fazenda.gov.br/divulgacao/noticias/2015/janeiro/toma-posse-novo-ministro-da-fazenda-joaquim-levy>)

Nelson Barbosa, economista com doutorado em Nova York, professor universitário, tendo ensinado em universidades brasileiras e norte-americanas. Foi analista do Banco Central no primeiro governo FHC e ocupou diversos cargos no Ministério da Fazenda e do Planejamento em gestões petistas, além de assessorar a presidência do BNDES e integrar os conselhos de administração do Banco do Brasil e Vale. (Fonte: site Ministério do Planejamento <http://www.planejamento.gov.br/editoria.asp?p=editoria&index=70&ler=t11922>)

vez que a trajetória de ambos está ligada a este setor. A revista *Veja* dedicou sua capa (edição 2402) ao novo ministro com o título “caiu a ficha” afirmando que sua indicação poderia representar uma nova chance para a economia trazendo uma perspectiva de mudança radical na política em curso, previsão de controle nos gastos públicos e combate à inflação (GASPAR, 2014). Colunistas que possuíam uma clara afinidade ideológica com os setores empresariais e rentistas acenaram positivamente para estas indicações apontando os desafios que teriam ao enfrentar oposições dentro do próprio governo (NÓBREGA, 2014, AZEVEDO 2014). Esta movimentação repercutiu positivamente nos índices da BOVESPA (Bolsa de valores de São Paulo) maior do Brasil, sugerindo um aumento da confiabilidade dos investidores na política econômica.

Neste mesmo período, foram anunciadas mudanças nas regras para concessão de pensões, aposentadorias e seguro desemprego, muito questionadas pelas centrais sindicais que organizaram protestos pela revogação das medidas. É possível, mais uma vez, perceber o contraste entre as medidas apresentadas e o discurso da presidenta durante a campanha quando afirmou que não mexeria nos direitos dos trabalhadores “nem que a vaca tussa”, com o seu discurso de posse no congresso nacional onde declarou: “Reafirmo meu profundo compromisso com a manutenção de todos os direitos trabalhistas e previdenciários”.

O aumento nas contas de energia elétrica, do preço da gasolina, alta inflação onerando os alimentos, redução dos subsídios às empresas e indústrias, como o retorno do imposto sobre produtos industrializados (IPI) e fim da política de desoneração das folhas de pagamento, foram ações que desagradaram empresas e consumidores, revertendo políticas anteriores de estímulo ao consumo e aumento de empregos.

Como indicado por Singer (2014a) em sua coluna na Folha de São Paulo, no sábado seguinte ao segundo turno das eleições, “a presidente parece não ter percebido que os dizeres contam e que o preço de afirmar uma coisa e fazer outra é muito maior do que parece” referindo-se às primeiras informações de que escolheria um ministro da Fazenda ligado ao mercado financeiro e ao aumento da taxa de juros anunciado pelo Banco Central, opostamente às suas principais declarações de campanha atribuindo tais medidas aos seus opositores. Para o formulador da tese do “Lulismo”, em outro artigo da coluna, dias depois, as classes beneficiadas por sua

evolução, poderiam não ter paciência para um ciclo de juros altos com redução de renda dos trabalhadores, desemprego, cortes de gastos públicos, depois que Dilma “escolheu o credo do capital financeiro, relegando aos arquivos universitários a linguagem de esquerda utilizada na eleição” (SINGER, 2014b).

Em sua coluna, Reinaldo Azevedo (2014), colunista de Veja e Folha de São Paulo, bastante acessado em seu blog, escreveu artigo intitulado: “Que bom que Dilma Perdeu” ao afirmar que o governo esperou o desligamento das urnas para elevar a taxa de juros, corrigir a tarifa da energia e aumentar o preço dos combustíveis, supondo que se essas medidas tivessem sido tomadas antes das eleições, certamente a candidata à reeleição perderia o pleito.

Para a saúde, as medidas adotadas pelo governo e mais fortemente pelo Congresso nacional, foram igualmente polêmicas e contraditórias. Em 17 de dezembro de 2014 foi aprovada na Câmara dos Deputados o texto da Medida Provisória 656/2014 (BRASIL, 2014) publicada no diário oficial da união em 08 de outubro de 2014. A medida propunha a alteração da lei 8.080 de 1990 (BRASIL, 1990), conhecida como lei orgânica da saúde, permitindo a entrada do capital estrangeiro na oferta de serviços assistenciais à saúde, anteriormente vedada. A emenda apresentada pelo deputado Manoel Júnior do PMDB foi aprovada na Câmara, Senado e apesar da mobilização das entidades da Reforma Sanitária pedindo o veto da Presidenta Dilma, foi sancionada através da lei 13.097 de 19 de janeiro de 2015:

Art. 142. A Lei nº 8. 080, de 19 de setembro de 1990, passa a vigorar com as seguintes alterações:

Art. 23. É permitida a participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde nos seguintes casos:

[...]

II - Pessoas jurídicas destinadas a instalar, operacionalizar ou explorar:

- a) hospital geral, inclusive filantrópico, hospital especializado, policlínica, clínica geral e clínica especializada; e
- b) ações e pesquisas de planejamento familiar;

[...]

IV - Demais casos previstos em legislação específica. (NR)

Art. 53-A. Na qualidade de ações e serviços de saúde, as atividades de apoio à assistência à saúde são aquelas desenvolvidas pelos laboratórios de genética humana, produção e fornecimento de medicamentos e produtos para saúde, laboratórios de análises clínicas, anatomia patológica e de diagnóstico por imagem e são livres à participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros (BRASIL, 2015).

Vale ressaltar que o texto constitucional, em seu artigo 199, parágrafo 3º diz: “É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei” (BRASIL, 1988). A mudança na lei 8080/90 extingue ainda a obrigatoriedade de estas entidades internacionais estarem submetidas à autorização e controle do órgão de direção nacional do SUS para exercerem suas atividades.

Para o deputado proponente da emenda, a entrada do capital estrangeiro é benéfico para o país e sua proibição para o setor saúde não se justifica, já que a vinda de recursos externos pode impulsionar a expansão da rede hospitalar contribuindo com a sua infraestrutura e qualidade dos serviços prestados através do investimento em tecnologia, inovações, melhor governança e práticas (CÂMARA, 2014).

A crítica apresentada por especialistas na área (SANTOS, 2014; DAVID, 2014; SANTOS, 2015) é justamente por esta medida permitir que a saúde perca o seu caráter de direito de cidadania e passe a ser tratada como um mero setor da economia onde a centralidade são os lucros e investimentos financeiros. Ao permitir a expansão e fortalecimento da rede privada de saúde, são dados passos contrários à consolidação do Sistema Único de Saúde, reforçando a lógica de que se tratam de serviços destinados às pessoas com baixos níveis de renda e portanto que não possuem mecanismos próprios de custeio para procedimentos.

Esse é o caminho que atende aos interesses do grande capital internacional, que voltou seus olhos à possibilidade de ampliar seus lucros inicialmente com a venda de planos e seguros baratos, mas com uma cobertura de serviços extremamente limitada, que não garante o direito à saúde e agora se aproveita para se apropriar de fundos públicos. Não foi isso que o povo brasileiro aspirou em seu texto constitucional de 1988, nem o que aspira hoje. É desejo nacional que a saúde permaneça como direito de e para todos, com qualidade. A que interessa a abertura do capital estrangeiro na saúde brasileira? Àqueles que não querem que o SUS dê certo. São os que têm medo do sucesso do SUS, impedindo-o de todas as maneiras de ser um sistema de justiça social (ABRASCO, ABRES, AMPASA e outras, 2015).

Antes da medida, o capital estrangeiro estava restrito às operadoras e seguradoras de planos privados de saúde e a indústria farmacêutica. Porém, o Ministro da Saúde justificou o texto da nova lei como necessário à regulação de uma prática que já ocorria no país sem legislação específica. Em matéria do Jornal Estadão sobre suas declarações na Reunião do Conselho Nacional de Saúde, são atribuídas as falas: “o jogo já estava aberto”; “a abertura de capital já havia

acontecido, e de forma assimétrica”; “a regra corrige uma distorção já existente no mercado, melhora a concorrência e está longe de significar uma ameaça para o SUS”; “princípios de universalidade, equidade e integralidade, em nenhum momento foram colocados em discussão” (FORMENTI, 2015).

Em contraposição, o presidente da ABRASCO declarou:

É preciso entender que a Constituição Federal veda a participação do capital estrangeiro na saúde porque a construção de um sistema universal – baseado na ideia da saúde como direito de cidadania – só é viável em um contexto em que se exerce a soberania. E como não existe um governo mundial, nem um sistema internacional de saúde, a cidadania só é assegurada no espaço nacional. A sociedade brasileira optou por tratar a saúde como um direito, não como uma mercadoria. O avanço da mercantilização da saúde, com a entrada do capital estrangeiro na assistência à saúde, representa a negação desse direito (SOUZA, 2015).

Outra aprovação que gerou polêmica no Congresso Nacional foi a PEC do orçamento impositivo (PEC 358/13⁴⁸), aprovado no dia 10 de fevereiro de 2014. A proposta estabelece a execução obrigatória das emendas parlamentares até o limite de 1,2% da receita corrente líquida do ano anterior, sendo que 50% deste recurso necessita ser investido na saúde, inclusive no custeio do SUS.

Art. 1º - Os artigos 165 e 166 da Constituição Federal passam a vigorar com as seguintes alterações:

[...]

§ 9º As emendas individuais ao projeto de lei orçamentária serão aprovadas no limite de um inteiro e dois décimos por cento da receita corrente líquida prevista no projeto encaminhado pelo Poder Executivo, sendo que a metade deste percentual será destinada a ações e serviços públicos de saúde.

Estas emendas individuais são os recursos previstos no orçamento a que os deputados têm direito para executar investimentos, obras de infraestrutura, construção de postos de saúde e escolas, normalmente aplicados em suas bases eleitorais. Ao destinar 50% deste recurso para o investimento em saúde, este valor pode ser deduzido do orçamento do governo federal destinado ao Ministério da Saúde para a aplicação em políticas e programas de saúde. Além disso, não é permitido que o recurso proveniente das emendas parlamentares seja utilizado para pagamento de profissionais ou encargos sociais.

Para o presidente da Câmara, a aprovação da Proposta de Emenda Constitucional, resolve uma prática desenvolvida por todos os governos de

⁴⁸ Texto da PEC acessado através do site da câmara no ítem acompanhar projetos em tramitação disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=602633> . Após o período de coleta desta estudo a PEC foi sancionada através da EC 86/2015.

condicionar a liberação dos recursos das emendas parlamentares individuais à aprovação de matérias de interesse do governo (CUNHA, 2015).

O problema mais contundente desta PEC, entretanto, é a alteração na forma de calcular os investimentos em saúde, destinando 15% das receitas correntes líquidas da União para a Saúde até 2018.

Art. 2º O disposto no inciso I do § 2º do art. 198 da Constituição Federal será cumprido progressivamente, garantido, no mínimo:

I – treze inteiros e dois décimos por cento da receita corrente líquida no primeiro exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional;

II – treze inteiros e sete décimos por cento da receita corrente líquida no segundo exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional;

III – quatorze inteiros e um décimo por cento da receita corrente líquida no terceiro exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional;

IV – quatorze inteiros e cinco décimos por cento da receita corrente líquida no quarto exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional;

V – quinze por cento da receita corrente líquida no quinto exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional.

Art. 3º As despesas com ações e serviços públicos de saúde custeados com a parcela da União oriunda da participação no resultado ou da compensação financeira pela exploração de petróleo e gás natural, de que trata o § 1º do art. 20 da Constituição Federal, serão computadas para fins de cumprimento do disposto no inciso I do § 2º do art. 198 da Constituição Federal. (PEC 358/13)

O Conselho Nacional de Saúde, em suas projeções preliminares baseadas no crescimento do PIB, aponta no cenário mais otimista a perda de 7 bilhões e no mais realista de 10 bilhões de reais em 2015. Afirma que em 2014, o gasto do governo federal em saúde foi de 14,3% das receitas correntes líquidas, porém na PEC 358/13, o gasto previsto para 2015 é de 13,2%, ferindo o princípio de não retrocesso das políticas e das conquistas sociais.

O CNS convoca toda a sociedade brasileira e os Conselhos de Saúde em todas as esferas para juntos defender e disputar no interior do governo federal, no Congresso Nacional e na sociedade o direito à saúde, por um SUS universal e de qualidade (...) na defesa intransigente do SUS de modo a garantir o seu financiamento adequado e estável, resgatando a mobilização social que resultou no apoio de 2,2 milhões de assinaturas a favor do Projeto “Saúde+10”. (CNS, 2015)

Em nota, o Conselho Federal de Medicina manifestou repúdio às novas regras para o financiamento da saúde incluídas no bojo da PEC do orçamento impositivo atribuindo à crise histórica do financiamento da saúde no Brasil a dificuldade de acesso aos serviços e uma assistência de má qualidade à população,

contribuindo para a desvalorização do trabalho de médicos e demais profissionais (CFM, 2015)

Na proposta do Movimento Saúde + 10, de aplicar 10% das receitas correntes brutas, o recurso seria em torno de 18,7% das receitas correntes líquidas situando a diferença no valor de aproximadamente 193,3 bilhões investidos ao final de cinco anos (PIOLA, 2015). Nesta proposta de iniciativa popular não estavam previstos que recursos provenientes de outras fontes fossem incluídos neste valor mínimo, como foi definido a aplicação de 25% dos royalties do pré-sal para a saúde. Ações como esta deveriam entrar como complementares a fim de aumentar o teto dos investimentos e não para compor o piso destes.

Em dezembro de 2013, as entidades que compõem o Movimento Saúde +10 já haviam denunciado a tentativa de neutralizar a proposta oriunda da forte mobilização popular e emplacar um orçamento impositivo restrito para a saúde com possibilidade de redução nos valores já investidos (SAÚDE MAIS 10, 2013). Em agosto de 2013, o Projeto de Lei de Iniciativa Popular (PLP 321/2013)⁴⁹ que propunha a destinação de 10% das receitas correntes brutas da União para a saúde foi apresentado ao Congresso Nacional. Acompanhando a movimentação do PLP no congresso, é possível perceber que após passar por 3 comissões (de seguridade social e família, de finanças e tributação, de constituição e justiça e de cidadania) e ser apensado a outros de mesma matéria, o projeto foi arquivado sem nenhuma aprovação.

Enquanto todos se debruçavam sobre o debate da entrada do capital estrangeiro na saúde e a votação do orçamento impositivo, foi apresentada outra Proposta de Emenda Constitucional que ameaça o direito constitucional à saúde, a PEC 451/14⁵⁰, às vésperas dos festejos de fim de ano, em 22 de dezembro de 2014. Este projeto, de autoria do atual presidente da Câmara, Eduardo Cunha (PMDB), pretende inserir um inciso e alterar o parágrafo único do artigo 7 da Constituição Federal e assim, incluir como garantia fundamental plano de assistência à saúde, oferecido pelo empregador em decorrência de vínculo empregatício, na utilização dos serviços de assistência médica.

⁴⁹ Texto do PLP e informações disponíveis no site da Câmara, setor de acompanhamento de processos disponível em <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=589775>

⁵⁰ Texto da PEC disponível no site da Câmara, setor de acompanhamento de processos disponível em <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=861000>

Essa proposta, se aprovada, significará um retrocesso aos moldes desenvolvidos antes da constitucionalização da saúde como direito de cidadania, quando a mesma estava resumida ao acesso a serviços de saúde condicionados ao trabalho com vínculo formal, reduzindo a responsabilidade do Estado com as atividades de assistência à saúde.

A aproximação com o setor privado e a formulação de estratégias para o crescimento da saúde suplementar vem sendo apontada como uma alternativa para a sustentabilidade do Sistema de Saúde Brasileiro, em conformidade com a proposta de Cobertura Universal de Saúde orquestrada pela Organização Mundial da Saúde e Banco Mundial em conjunto com fundações “parceiras” como Fundação Rockefeller e Save The Children (CEBES, 2014a; CEBES, 2014b).

Durante o 20º Encontro de Líderes do Mercado Segurador realizado em fevereiro de 2015, pela CNseg (Confederação Nacional das Empresas de Seguros), o Ministro Chioro declarou⁵¹ que as operadoras de saúde, ao lado do SUS, tem um papel estratégico na construção de um modelo mais qualificado de prestação de serviços médicos. “Não sou o ministro do SUS, sou o Ministro da Saúde”, afirmou considerando um equívoco a ideia de dois subsistemas apartados, uma vez que ele e o atual governo têm uma visão mais ampla do significado de um “Sistema Nacional de Saúde”. Seguiu apontando a necessidade de repensar a sustentabilidade dos planos individuais para que a sua venda possa voltar a ser estimulada.

Ao utilizar constantemente o termo Sistema Nacional de Saúde, como em sua entrevista após a posse da presidenta Dilma, o ministro retoma a nomenclatura da Lei 6.229/1975 (BRASIL, 1975) revogada pela lei 8.080/1990 (BRASIL, 1990) que institui o Sistema Único de Saúde. A substituição de nomenclaturas aparentemente sinônimas pode esconder um debate fundamental para a manutenção do SUS como um sistema universal de saúde.

Posicionamentos como estes são contraditórios com o seu discurso na 67ª Assembleia Mundial de Saúde (EM GENEBRA, 2014), em que defendeu os sistemas universais de saúde e reafirmou o compromisso do governo brasileiro em

⁵¹ Declarações veiculadas no site da CNseg em matéria sobre o encontro disponível em: <http://www.cnseg.org.br/fenasaude/servicos-apoio/noticias/chioro-quer-discutir-sustentabilidade-da-saude.htm> acessado em 09/03/15.

manter a universalidade do seu sistema. Assim como com seu discurso de posse em fevereiro de 2014, quando definiu sua trajetória comprometida com o SUS.

A minha trajetória profissional, como médico, gestor público e professor, sempre esteve fortemente relacionada com a construção da política pública de saúde, implementando o SUS, que concebo como um projeto ético-político civilizatório, que vai além de uma mera organização burocrática de organizações e sistemas de saúde.⁵²

As práticas de *lobby* dos grupos de interesse no sistema político brasileiro podem ajudar a compreender políticas públicas voltadas aos planos privados de saúde. Estudo recente (BAHIA e SCHEFFER, 2015) verificou que as empresas de planos de saúde doaram 54,9 milhões de reais para as campanhas de 131 candidatos nas eleições de 2014, em todos os cargos pleiteados. A maior beneficiada foi a presidenta reeleita que recebeu R\$11 milhões da Amil e Qualicorp (maior seguradora do país, vendida recentemente ao grupo norte-americano United Health, e a maior administradora de benefícios de saúde suplementar do Brasil, respectivamente). Aécio Neves e Marina Silva também receberam doações, embora em valores mais modestos. Outros políticos influentes como o presidente da Câmara Eduardo Cunha (recebeu R\$250 mil do Bradesco Saúde) e partidos com grande número de projetos relacionados à saúde versam a lista dos maiores beneficiados.

No mesmo estudo, foi possível observar que as doações são direcionadas para os mais variados partidos e candidaturas, independente de sua filiação ideológica, com tendência a maiores concentrações destinarem-se aos candidatos com melhor desempenho nas pesquisas eleitorais. Acreditam que o objetivo das empresas doadoras é influenciar as decisões de políticas públicas que favoreçam os seus interesses.

O grande número de denúncias sobre corrupção e favorecimento de empresas em processos licitatórios, nos diversos setores tem ampliado o debate sobre a presença de financiamento privado nas campanhas eleitorais. Este, dentre outros temas, são apontados como prioritários para a Reforma Política. Cerca de 500 organizações da Sociedade Civil realizaram em setembro de 2014 um plebiscito popular que arrecadou cerca de 8 milhões de votos a favor da realização de uma constituinte exclusiva e soberana para a Reforma do Sistema Político. Mesmo com a

⁵² Trecho do discurso de posse do Ministro Arthur Chioro disponível no site do Ministério da Saúde em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/fevereiro/03/DISCURSO-DE-POSSE-CHIRO.pdf>

expressiva participação popular, a ação não teve notoriedade nos meios de comunicação. Em nota⁵³, as organizações afirmavam que o resultado da votação apresentou o acúmulo de um trabalho pedagógico realizado durante meses, como resposta à sociedade que almeja mudanças estruturais que não são possíveis neste sistema de representatividade.

O CEBES em seus documentos (CEBES, 2013; CEBES, 2014c; CEBES, 2015) tem abordado constantemente a necessidade de uma Reforma Política que deve propiciar a radicalização da democracia com a participação efetiva dos cidadãos. Para a entidade, o financiamento empresarial das campanhas é um mecanismo de captura da política pelo poder econômico. Pesquisadores e demais entidades da Reforma Sanitária ratificaram esta compreensão ao abordarem a necessidade da Reforma Política para o avanço das políticas sociais, dentre elas, a saúde (ABRASCO, ABRES, AMPASA e outras, 2014; OCKÉ-REIS, 2015).

Em março de 2015, as ruas voltaram a ser o cenário prioritário da luta política. Dado o clima de instabilidade política, manifestações a favor e contra a Presidenta Dilma tomaram conta das principais capitais e grande cidades brasileiras. Em 13 de março, a onda vermelha ocupou 23 estados e o Distrito Federal, em ato convocado pelas centrais sindicais, movimentos sociais e militantes de esquerda com destaque para a Central Única dos Trabalhadores (CUT), Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) e União Nacional dos Estudantes (UNE). Pautava a defesa da Petrobrás, dos direitos dos trabalhadores, da democracia e da reforma política. Para o presidente da CUT, existe uma saída para a política econômica que priorize o fortalecimento e crescimento do Estado, sem penalizar os trabalhadores (CEM MIL, 2015; COMO FORAM, 2015; MANIFESTO, 2015).

No dia 15 de março, uma multidão verde e amarela se dirigiu às ruas em todos os estados, tendo como principais pautas o impeachment de Dilma Rousseff, contra o PT e o combate à corrupção. Os protestos em oposição ao governo tiveram um número mais expressivo de pessoas, foram convocados pelas redes sociais por organizações como o “Vem pra Rua”, “Movimento Brasil Livre”, “Basta”, “Revoltados Online” e tiveram grande divulgação e repercussão na mídia. Também esteve

⁵³Nota divulgada pelas organizações que compuseram a campanha pela constituinte exclusiva e soberana do sistema político disponível em: <http://www.plebiscitoconstituente.org.br/noticia/com-cerca-de-8-milh%C3%B5es-de-votos-sociedade-pede-constituente-do-sistema-pol%C3%ADtico>

presente o grupo “SOS Forças Armadas” apoiado por inúmeras pessoas que carregavam cartazes pedindo a intervenção militar (LIMA, MELLO, VETORAZO, 2015; PROTESTOS, 2015). Diferente das jornadas de junho, essas manifestações tinham lideranças definidas, carros de som direcionando as palavras de ordem e certa unicidade ideológica, ocorreram de forma “pacífica” sem confrontos com a polícia.

O Congresso Nacional eleito em 2014 teve sua composição considerada a mais conservadora desde a redemocratização (QUEIROZ, 2014). A eleição de Eduardo Cunha (PMDB) para a presidência da Câmara foi considerada uma derrota para o governo já que sua principal plataforma foi a independência da casa em relação aos demais poderes: “Câmara independente, democracia forte”⁵⁴. As divergências de Cunha em relação ao governo já eram conhecidas desde o período em que atuou como líder da bancada do PMDB e em seus primeiros meses de gestão tem se empenhado em aprovar pautas à revelia das sugestões do governo, buscando uma maior direção política do seu partido na política nacional. A repercussão de suas ações tem tido destaque na mídia nacional e internacional que reconhecem o poder de pressão exercido pelo parlamentar. O periódico espanhol El País, em sua sessão sobre política brasileira (BENITES, 2015), divulgou que na semana marcada por protestos, Cunha havia demitido o Ministro da Educação e atuado como primeiro ministro do Brasil. A matéria critica o “presidencialismo de coalisão” como uma das razões para o enfraquecimento de Dilma, além da crise econômica e política.

Na semana seguinte aos protestos contra o governo, no qual o seu partido ocupa a vice-presidência, Cunha foi o entrevistado no Programa Roda Viva da TV Cultura, do programa Diálogos do canal fechado Globo News e capa da Revista Veja (edição 2418) com o título “A súbita força de Eduardo Cunha”. Nas entrevistas, fez questão de reafirmar seu posicionamento independente em relação ao poder executivo, embora não pretendesse exercer um papel de oposição e aproveitou para defender um sistema parlamentarista no Brasil. Na reportagem (CEOLIN, 2015), a Revista Veja trouxe aspectos de sua trajetória como político evangélico, com posicionamentos conservadores a respeito de questões como aborto,

⁵⁴ Informações veiculadas no site de Eduardo Cunha, disponível em: <http://www.portaleduardocunha.com.br/%E2%80%98nao-abriremos-mao-da-independencia%E2%80%99/11/1621.html>

homossexualidade e política de drogas e que definido por seus amigos e aliados como ambicioso e ágil, chegou ao poder rapidamente utilizando métodos poucos convencionais e alianças contraditórias. Apesar disso e de também estar envolvido nas investigações da Operação Lava-jato, tem ocupado o vácuo aberto pela crise política. A reportagem concluía com a afirmação de que apesar de não ser um monumento à ética, como mostra o seu passado, há esperança, para eles, desde que o seu compromisso seja com a saúde institucional, a constituição e a democracia.

No momento em que as gestões petistas apresentam o maior índice de reprovação, entre 62% e 64% (DATAFOLHA, 2015; IBOPE, 2015), são inúmeras as críticas sobre a forma do poder executivo manejar a crise política. Além do crescimento da influência de Eduardo Cunha, também é apontado o protagonismo do Ministro da Fazenda na condução da política econômica deixando a presidenta refém (BARROCAL, 2015). O modelo de governabilidade através da cooptação de uma parte da classe política tem o PMDB como o grande gestor da fisiologia política. Nobre (2013) já havia definido o “Pemedebismo” como essa cultura política que blindou o sistema político contra as forças sociais de transformação e não está restrita à prática de um único partido.

Esse protagonismo do Congresso, incomum no presidencialismo brasileiro habituado à concentração de poder na chefia do executivo, as políticas macroeconômicas de ajuste fiscal, a dificuldade do governo em apresentar respostas concretas às manifestações das ruas e uma penetração da ideologia liberal em vários setores da sociedade sugerem a possibilidade de alterações na correlação de forças que podem trazer impactos sobre as políticas de saúde, sendo fundamental a investigação permanente da conjuntura.

6. Discussão e convite à reflexão

Quero a utopia, quero tudo e mais
 Quero a felicidade nos olhos de um pai
 Quero a alegria muita gente feliz
 Quero que a justiça reine em meu país
 Quero a liberdade, quero o vinho e o pão
 Quero ser amizade, quero amor, prazer
 Quero nossa cidade sempre ensolarada
 As meninas e o povo no poder, eu quero ver⁵⁵

O presente estudo contemplou uma conjuntura na qual o processo eleitoral, seus resultados e desdobramentos iniciais parecem reiterar contradições não resolvidas na formação social brasileira, sugerindo certo aguçamento das lutas de classes, ainda que através de manifestações fenomênicas diversas. O acesso à terra, trabalho, moradia, educação, saúde, saneamento básico, a erradicação da pobreza e a minimização das desigualdades sociais consideradas tarefas essenciais para um Estado democrático no desenvolvimento do capitalismo, com a intenção de reduzir tensões sociais, ainda persistem como dívida para parcela significativa da população brasileira.

A grande maioria dos países de origem colonial, como o Brasil, sofreu um desenvolvimento capitalista “deformado e perverso” (FERNANDES, 2012), ficando à margem das vantagens de sua evolução enquanto nações dependentes com o desenvolvimento “controlado de fora e voltado para fora”. Neste cenário de subdesenvolvimento, tiveram enormes parcelas de sua riqueza nacional transferidas para o exterior e por isso a revolução burguesa não se tornou uma possibilidade para esses países. A burguesia interna brasileira não possuía uma identidade nacional, nem um projeto de nação desatrelado dos interesses do capital internacional; era uma burguesia compradora ou demasiadamente fraca para arcar com o peso econômico, social e os riscos inerentes a uma revolução no modo de vida. Por outro lado, uma grande classe trabalhadora, despossuída de direitos e marcada acentuadamente pela pobreza sustenta o modelo de produção e distribuição de riquezas desde o período escravocrata até os dias atuais.

O Brasil experimentou um processo de modernização capitalista, sem passar por uma revolução democrático-burguesa ou de libertação nacional. Gradualmente e

⁵⁵ Trecho da Música Coração Civil de Milton Nascimento e Fernando Brant.

“pelo alto” a grande propriedade latifundiária transformou-se em empresa capitalista agrária e a industrialização ocorreu a partir da internacionalização do mercado interno com participação do capital estrangeiro e com papel crucial do Estado (COUTINHO, 1988). A transformação capitalista resultou de acordos entre as frações de classes economicamente dominantes excluindo as forças populares e, portanto, se desobrigando de proporcionar transformações que lhe garantissem melhores condições de vida. Mesmo os esforços desenvolvimentistas iniciados na década de trinta e ampliados na segunda metade do século vinte ligavam-se a um processo de “fuga para frente” (FIORI, 1995), no qual o enfrentamento das questões estruturais era procrastinado pelas classes dirigentes.

Nessa perspectiva, o conceito gramsciano de Revolução Passiva, aplicado para a compreensão da realidade brasileira por Coutinho (1988) e Viana (2004) foi utilizado por Paim (2008) no intuito de compreender o processo da Reforma Sanitária Brasileira. Para este autor, a RSB é uma reforma social inconclusa onde prevaleceram as forças que direcionavam para o seu componente setorial, em consequência dos movimentos inerentes à sociedade brasileira, com a marca da inércia, em contraposição àquelas que, apoiadas numa concepção ampliada da saúde, defendiam uma reforma geral ou uma revolução no modo de vida. A resultante desse processo poderia ser explicada pelas “formas de as classes dominantes atuarem em relação ao Estado e às classes subalternas no Brasil, favorecendo o transformismo, inclusive de seus intelectuais (PAIM, 2008 p. 304)”. Dessa forma, a utilização do conceito de Revolução Passiva ajudaria a compreender, também, o “conservar-mudando” da RSB. Os acontecimentos e fatos recentes da conjuntura investigada servem para reforçar esta tese, bem como os impasses da sociedade e do Estado no Brasil, já ressaltados por diversos autores (FERNANDES, 2012; COUTINHO, 1988; FIORI, 1995; VIANA, 2004).

As jornadas de junho de 2013 trouxeram voz ao povo brasileiro por mais Estado, mais direitos sociais e uma democracia mais profunda e participativa. Uma juventude que não viveu as mazelas da ditadura, nem conheceu os tempos duros de inflação e desvalorização da moeda nacional, nem tão pouco conviveu com epidemias de cólera e uma legião de analfabetos que migravam para os grandes centros em busca de uma vida melhor, tende a não se contentar com o já

conquistado e foi às ruas para cobrar do Estado medidas mais profundas e transformações sociais possíveis na sétima maior economia do mundo⁵⁶.

Entretanto, apesar de afirmações do poder público de que as vozes das ruas haviam se tornado prioridade nacional, não foi esta a realidade observada nas campanhas eleitorais à presidência da república. O estudo realizado evidenciou uma agenda política conformada com maior influência dos setores econômicos, meios de comunicação e ação de marqueteiros. Todas as candidaturas analisadas citaram as manifestações de 2013 em seus programas de governo, propagandas eleitorais, debates e materiais de campanha – cada uma com suas interpretações do que seriam as vozes das ruas – no sentido de referendar seus projetos e não de necessariamente apresentarem respostas às demandas sociais.

Para a política de saúde, supostamente, dois projetos estariam em disputa (PAIM, 2013) um com marcas neoliberais: a nova agenda social (BACHA, 2011) e outro, alicerçado no neodesenvolvimentismo com base nas prospecções estratégicas para o Brasil em 2030 (FIOCRUZ, 2012). No entanto, não ficaram tão explícitas no processo eleitoral as divergências de projetos no que dizia respeito à saúde nos três polos de disputa com maior viabilidade eleitoral. Foi perceptível nas três candidaturas um mix de propostas com a utilização de informações sobre o SUS, dados epidemiológicos e tendências demográficas pertinentes ao documento editado pela Fiocruz, com estratégias de gestão das políticas sociais e definição de prioridades à luz da nova agenda social, além da marcante influência das contribuições dos empresários do setor no Livro Branco da Saúde (ANAHP, 2014).

Costa e Sestelo (2015) também encontraram relação entre o Livro Branco da Saúde e as propostas apresentadas no processo eleitoral não apenas nas candidaturas dos presidentiáveis, supondo tratar-se de uma estratégia articulada entre agentes estrangeiros interessados na venda de serviços de saúde, apoiados por parlamentares brasileiros, imprensa e agentes públicos com função de governo. Sobre o programa da presidenta eleita para a área da saúde, afirmavam que “omissões e silêncios” não evidenciavam um projeto mais comprometido com os direitos sociais em detrimento dos interesses de acumulação privada do “mercado”.

⁵⁶ De acordo com dados do Fundo Monetário Internacional divulgados em janeiro de 2015 e disponibilizados em matéria na folha de São Paulo <http://www1.folha.uol.com.br/mercado/2015/01/1569589-brasil-deve-perder-para-a-india-o-7-lugar-entre-as-maiores-economias.shtml>

Para os autores, este processo vem sendo gestado há tempos no interior do governo, uma vez que a presidenta se reuniu com os empresários do setor em diversos momentos, e não abriu as portas ao movimento sanitário que sucessivamente tem sido desqualificado em debates com representantes do governo.

Apesar de os principais partidos que disputaram o poder executivo em 2014 terem experiências de gestão acumuladas nos três níveis de governo, não apresentaram em seus programas de saúde uma leitura crítica de suas gestões e abdicaram, em alguns casos, do conhecimento produzido pelas universidades no campo da Saúde Coletiva, demonstrando “certo grau de arrogância e surdez” diante dos clamores populares que apontam na direção de um sistema de saúde universal e de qualidade (BAHIA e SCHEFFER, 2014).

Ocké-Reis (2015) acredita que está em curso um “processo de americanização” do sistema de saúde brasileiro e se a capacidade de pressão do bloco progressista for insuficiente para alterar a correlação de forças na sociedade e no governo, o cenário mais plausível será de expansão do mercado de serviços de saúde e subsídios alinhados com o modelo norte-americano e as propostas de cobertura universal dos organismos internacionais.

Outros autores que compõem o campo da RSB afirmam que historicamente nem a sociedade nem o Estado brasileiro tem optado pelo SUS como política prioritária para a Saúde, sendo boicotado sucessivamente (COSTA A., 2014; FAGNANI, 2014; PAIM, 2015). Para Fagnani (2015) diante da atual conjuntura as perspectivas para as políticas sociais são sombrias.

Gramsci utilizou o termo “transformismo” para caracterizar a cooptação dos intelectuais e líderes das classes subalternas para a concretização do projeto das classes dominantes, muito comum nas democracias modernas (SCHLESENER, 2009). A partir desta definição, torna-se inteligível que sanitaristas com trajetória ligada à reforma sanitária e ocupando cargos estratégicos no Ministério da Saúde em governos tidos como progressistas, tenham contribuído para o avanço do capitalismo na saúde, seja através da abertura do capital estrangeiro para a exploração dos serviços de saúde (com apoio do empresariado nacional), seja pela incorporação das estratégias de cobertura universal (TITELMAN, et al. 2015; FRENK,

2015; ANDRADE, et al. 2015) em substituição ao princípio da universalização do direito à saúde, tal como assegurado na Constituição de 1988.

Podemos ver essa combinação entre conservação e mudança não só no setor saúde, mas no direcionamento das políticas sociais no Brasil. Referindo-se ao “Lulismo” (que pode ser estendido para os governos petistas), Singer (2012) afirma que desenvolveu um “reformismo fraco” sustentado por um “pacto conservador” que não se propôs a romper as estruturas políticas e econômicas da conformação social brasileira: “mesmo tendo havido redução da desigualdade no governo Lula, ela foi insuficiente para tirar o país do quadrante em que estão as nações mais desiguais do mundo (SINGER, 2012, p. 185)”.

Ao articular uma base de sustentação do seu modelo neodesenvolvimentista, como já afirmado, o PT unificou setores da burguesia interna, principalmente empresários com capital concentrado no país, e frações da classe trabalhadora historicamente excluídas dos espaços de poder (BOITO, 2012). Em consequência desse processo histórico de exclusão, essas frações da classe trabalhadora mais pauperizadas não dispõem da organização política necessária para construir contra-hegemonia e disputar a direção do bloco. A aliança com partidos como o PMDB, PSD⁵⁷ e PR⁵⁸ que representam interesses do empresariado e capital rentista, a escolha para cargos estratégicos de representantes do agronegócio, indústria, mercado financeiro e de antigas oligarquias, podem reafirmar esta análise. A classe dominante permaneceu a classe dirigente no bloco histórico do “lulismo”, ainda que governada pelo PT e seus satélites, configurando uma situação denominada de “hegemonia às avessas” (OLIVEIRA, 2010).

Nos últimos doze anos, os governos Lula e Dilma cumpriram, parcialmente, o papel de conduzir certas tarefas democráticas de uma revolução burguesa inconclusa no Brasil. Através de um projeto de mudanças sociais sem incidir sobre a concentração de riquezas e sem romper com as estruturas do capital, nacional e internacional, colaborou para manter o estado de dominação econômica e cultural. Ao proporcionar o crescimento da economia baseado nos padrões de consumo, sem

⁵⁷ PSD – Partido Social Democrático fundado em 2011 pelo atual Ministro das Cidades, Gilberto Kassab, reunindo dissidentes do Democratas (DEM), Partido Progressista (PP) e Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB) tradicionais opositores dos governos petistas.

⁵⁸ PR – Partido da República, fundado em 2006 através da fusão do Partido Liberal do na época vice-presidente José Alencar e o partido de Reedificação da Ordem Nacional (PRONA) partido tradicionalmente de direita.

alterar valores da ideologia dominante como individualismo, concorrência e competitividade, contribuiu para a formação de uma geração ostentação⁵⁹, perdendo o tempo histórico de construir uma contra-hegemonia capaz de tecer uma sociedade mais solidária, fraterna e com justiça social.

Em estudo sobre os programas de TV do PT no primeiro mandato de Lula, Almeida (2007) já apontava um discurso articulado com os interesses do grande capital e utilização intensa do marketing político, sem a pretensão de construir uma nova hegemonia política no país e sim um rearranjo no bloco de poder.

No momento em que este modelo começa a dar sinais de esgotamento, esta frente neodesenvolvimentista parece não atender mais os interesses de frações da classe dominante. São tempos difíceis onde frações dessa classe se apresentam como uma elite enfurecida com a perda de privilégios que destila seu ódio de classe. A classe média, historicamente, identifica-se com o topo da pirâmide e sustenta ideologicamente o seu projeto de dominação, enquanto uma “nova classe C” ou “nova classe trabalhadora” almeja um padrão de consumo cada vez mais alto, difícil de ser sustentado pelo capitalismo em crise e por um governo que perde legitimidade e bases de sustentação política. A desregulação econômica comandada pelos Estados Unidos nas últimas décadas reforçou a hegemonia do capital financeiro na economia mundial na sua modalidade especulativa, o que gera instabilidade mesmo nos países centrais do capitalismo, com ameaças constantes de fugas de capitais (SADER, 2005). E a crise de 2008, considerada uma “marolinha” pelo presidente Lula, alcançou a economia brasileira criando dificuldades expressivas para os governos Dilma.

A conjuntura política pode ser caracterizada como o momento atual da disputa entre forças sociais opostas em uma formação social ou sistema de formações sociais, representando a síntese das contradições existentes num determinado período de desenvolvimento (HARNECK, 1983). O novo protagonismo desenvolvido pelo Congresso prevalecendo o conservadorismo em sua composição, o fortalecimento de grupos auto-identificados como liberais exercendo poder de

⁵⁹ Em referência aos movimentos culturais das periferias das grandes cidades como o funk ostentação, que também se manifesta através de outros ritmos musicais, em músicas que versam sobre um padrão de vida luxuoso repleto de carrões, joias, apartamentos de luxo, viagens e mulheres bonitas como objetos de conquista <http://www.cartacapital.com.br/cultura/sem-critica-social-funk-de-ostentacao-cai-no-gosto-da-classe-media-1321.html>; <http://jpress.jornalismojunior.com.br/2014/06/funk-ostentacao-melodia-consumo/>

convocatória e mobilização da Sociedade Civil e a crise política instalada com ameaças à democracia, podem indicar o fortalecimento da influência das classes dominantes neste momento da luta de classes.

Neste sentido, forças conservadoras, aliadas aos interesses do capital, e forças progressistas comprometidas com o povo brasileiro disputam a direção dos rumos da política de saúde no Brasil. Nesta correlação de forças, as forças conservadoras que inicialmente se opunham à criação do SUS se reconfiguraram, uma vez que perderam a disputa inicial diante dos inegáveis avanços alcançados. Hoje, porém, essas forças compreendem o SUS como um “balcão de negócios” onde podem obter lucros com a prestação de serviços, terceirizações, parcerias público-privadas, de modo que já não se opõem ao “SUS real” (PAIM, 2014), pois se beneficiam dele. A luta por saúde como direito de cidadania, então, é essencialmente uma luta anticapitalista.

A desassistência e barreiras de acesso ainda presentes no sistema público de saúde apoiadas pela ideologia da ascensão social através do consumo, colaboram para que os produtos vendidos pelas empresas operadoras de planos privados de saúde façam parte do desejo das classes populares como sinônimo de melhoria de vida. Não se trata, porém, de um mero ‘sonho de consumo’, posto que as condições objetivas atuais de parte expressiva dos estabelecimentos e serviços de saúde do SUS, determinadas pelo subfinanciamento e partidarização da gestão pública, terminam por comprometer o “SUS democrático”, concebido pela Reforma Sanitária Brasileira, e subverter o “SUS formal”, assegurado pela Constituição e legislação, embotando a sua consciência crítica e favorecendo a sua rejeição ao SUS. Dessa forma, com o subfinanciamento público e a subregulação do sistema privado, o projeto da classe dominante tem sido o projeto prevalente nas políticas de saúde.

Com base na análise de conjuntura empreendida neste estudo, é possível concluir que as forças progressistas, comprometidas com a Reforma Sanitária em curso, necessitam se realinhar na construção de força social para outro projeto de sociedade, onde a saúde faça parte de um conjunto de transformações sociais que revolucionem o modo de vida. Para isso é importante “dessetorializar” o debate da saúde, construindo unidade com os setores populares, organizações sindicais,

movimentos sociais, movimentos de juventude, saindo dos gabinetes para ocupar as ruas, fazendo parte desse novo tempo de retomada das lutas sociais.

A 15ª Conferência Nacional de Saúde a ser realizada neste ano, pode ser um espaço catalisador desse sentimento de transformações. Resta o desafio de avançar na politização de sua construção criando as condições para que as forças progressistas possam disputar a direção deste processo assim como fizeram na histórica 8ª Conferência de 1986.

REFERÊNCIAS

ABRASCO; ABRES; AMPASA e outras. **Por um SUS de todos os brasileiros:** Propostas do Movimento da Reforma Sanitária para o debate nacional. Vitória: 3 jun 2014. Disponível em: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/05/Por-um-SUS-de-todos-os-brasileiros2.pdf>> acesso em 04 jun 2014.

ABRASCO; ABRES; AMPASA e outras. **Porque somos contrários ao capital estrangeiro na atenção à saúde:** Veta Presidenta Dilma! Manifesto das entidades da Reforma Sanitária em 09 jan 2015. Disponível em:< <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2015/01/Por-que-somos-contr%C3%A1rios-ao-capital-estrangeiro-na-aten%C3%A7%C3%A3o-%C3%A0-sa%C3%BAde1.pdf> > acesso em 15 jan 2015

ALMEIDA, J. O PT no governo e na TV: uma análise dos programas de 2004.1 e 2005.1. Logos 27: **Mídia e democracia**. V.14. 2007. Disponível em: <http://www.logos.uerj.br/PDFS/27/06_JORGE_ALMEIDA.pdf> acesso em 15 jan 2015

ALMEIDA, J. O marketing político-eleitoral. In. ALBINO. A.; RUBIM. C. (org). **Comunicação e política:** conceitos e abordagens. Salvador: EDUFBA, 2004. disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ufba/134/1/Comunicacao%20e%20politica.pdf> > acesso em 15 jan 2015.

ANDRADE, L.O.M; et al. Social determinants of health, universal health coverage, and sustainable development: case studies from Latin American countries. **The Lancet**. V. 385, 1343-51, abr. 2015.

ANAHP. **Livro Branco:** Brasil Saúde 2015. A sustentabilidade do Sistema de Saúde brasileiro. Caderno de Propostas. Disponível em: <<http://anahp.com.br/a-anahp/publica%C3%A7%C3%B5es-anahp/livro-branco-brasil-sa%C3%BAde-2015-caderno-de-propostas>> acessado em 23/set/2014.

AS MANIFESTAÇÕES pelo Brasil em 20 de junho. **Carta Capital**, São Paulo, Ed Confiança, 20 jun 2013, seção sociedade. Disponível em: <<http://www.cartacapital.com.br/sociedade/as-manifestacoes-pelo-brasil-em-20-de-junho-4066.html>> acesso em 11 fev 2014.

AZEVEDO, R. Que bom que Dilma perdeu. **Folha de São Paulo**. São Paulo, 14 nov. 2014, seção colunas. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/colunas/reinaldoazevedo/2014/11/1547975-que-bom-que-dilma-perdeu.shtml>> acesso em 16 nov 2014.

BACHA, E.L.; SCHWARTZMAN, S. (org.) **Brasil: A nova agenda social**. Rio de Janeiro: LTC, 2011.

BAHIA, L. A Saúde em banho-maria. In: **Os anos Lula. Contribuições para um balanço crítico 2003-2010**. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

BAHIA, L. O prazo de validade do SUS. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, out. 2013; 1940-42.

BAHIA, L.; SCHEFFER, M. **A saúde nos programas de governo dos candidatos a Presidente da República do Brasil nas eleições de 2014**: notas preliminares para o debate. Relatório de pesquisa disponível em: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/07/proposta-sa%C3%BAde-presidenciaves-2014.pdf>> acesso em 31 jul 2014.

BAHIA, L.; SCHEFFER, M. **Representações políticas e interesses particulares na saúde**. A participação de empresas de planos de saúde no financiamento de campanhas eleitorais em 2014. Relatório de Pesquisa divulgado em 25 fev. 2015, disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2015/02/Planos-de-Saude-e-Eleicoes-FEV-2015-1.pdf>> acesso em 27 fev. 2015.

BANCO MUNDIAL. **Informe sobre el desarrollo mundial 1993**. Invertir em salud. Washington DC: Banco Mundial, 1993.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 1977.

BARROCAL, A. Um ministro no comando. **Carta Capital**, São Paulo, v.21, n. 844, reportagem de capa. 8 abr. 2015

BAVA, S.C. Para onde vai o governo? **Le Monde Diplomatique Brasil**, São Paulo, v. 6, n. 72, seção editorial, jul. 2013.

BENITES, A. A semana em que Eduardo Cunha foi o primeiro-ministro do Brasil. **El País**, 20 mar 2015, seção política Brasil. Disponível em: http://brasil.elpais.com/brasil/2015/03/20/politica/1426891213_012573.html acesso em 20 mar 2015.

BOITO, A. **As bases políticas do neodesenvolvimentismo**. Trabalho apresentado na edição 2012 do Fórum Econômico da FGV/São Paulo. Disponível em: <<http://eesp.fgv.br/sites/eesp.fgv.br/files/file/Painel%203%20-%20Novo%20Desenv%20BR%20-%20Boito%20-%20Bases%20Pol%20Neodesenv%20-%20PAPER.pdf>> acesso em 23 abr. 2014.

BRAGA, R. Sob a sombra do precariado. In. VAINER, C. et. al. **Cidades Rebeldes**: passe livre e as manifestações que tomaram as ruas do Brasil. São Paulo: Carta Maior, Bomtempo, 2013.

BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil**. Título VIII Da Ordem Social; Capítulo II Da Seguridade Social; Seção II Da Saúde. Art. 199; § 3º. Brasília, 1988. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/constituicao/artigoBd.asp?item=1831>> acesso em 10 jan 2015

BRASIL, Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. **Portaria 4.279 de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Brasília, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html> acesso em 17 mar 2015.

BRASIL, Presidência da República, Casa Civil. **Medida Provisória nº 621 de 08 de julho de 2013**. Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências. Brasília, 2013a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/mpv/mpv621.htm> acesso em 22 set 2014.

BRASIL, Presidência da República, Casa Civil. **Medida Provisória nº 656 de 08 de outubro de 2014**. Reduz a zero as alíquotas da contribuição PIS/PASEP [...] altera a lei 8.080/90 [...] e dá outras providências. Brasília, 2014. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/Mpv/mpv656.htm > acesso em 10 jan 2015.

BRASIL, Presidência da República, Casa Civil. **Lei 12.871 de 22 de outubro de 2013**. Institui o Programa Mais Médicos, altera as leis 8.745/93 e 6.932/81 e dá outras providências. Brasília, 2013b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm> acesso em 22 set 2014.

BRASIL, Presidência da República, Casa Civil. **Lei 13.097 de 19 de janeiro de 2015**. Reduz a zero as alíquotas da contribuição PIS/PASEP [...] altera a lei 8.080/90 [...] e dá outras providências. Brasília, 2015. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13097.htm> acesso em 24 jan 2015.

BRASIL, Presidência da República, Casa Civil. **Lei 6.229 de 17 de julho de 1975**. Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde. Brasília, 1975. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6229.htm> acesso em 25 mar 2015.

BRASIL, Presidência da República, Casa Civil. **Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm#art55> acesso em 25 mar 2015.

CÂMARA vai votar abertura do setor hospitalar para o capital externo. **Câmara Notícias**. Brasília, 15 dez 2014. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/SAUDE/479458-CAMARA-VAI-VOTAR-ABERTURA-DO-SETOR-HOSPITALAR-PARA-CAPITAL-EXTERNO.html>> acesso em 15 jan 2015.

CARR, E.H. **O que é história**. 8. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002

CARVALHO, I. Uma cronologia das manifestações. **Revista Fórum**, São Paulo: Publisher Brasil, v. 12, n. 124, jul 2013. edição especial.

CEBES. Editorial. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38. n. 103, 675-678, out-dez 2014c.

CEBES. **Manifesto em defesa do direito universal à saúde**. Saúde é direito e não negócio. Rio de Janeiro, 18 jul 2014a. Disponível em <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/09/Manifesto_Cebes_Sa%C3%BAde_%C3%A9_direito_e_n%C3%A3o_neg%C3%B3cio.pdf> acesso em 19 jul 2014

CEBES. **Novas vozes, novos rumos:** por mais democracia, mais direitos e mais saúde. Tese para o biênio 2014-2015. Rio de Janeiro, Nov. 2013. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/02/TesedoCEBES2014-Web-22.pdf> acesso em 26 fev 2014.

CEBES. **Por que defender o Sistema Único de Saúde?** Diferenças entre direito universal e cobertura universal. Cartilha digitalizada. Rio de Janeiro, 18 jul 2014b. Disponível em <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/07/layout-7-para-internet.pdf>> acesso em 19 jul 2014

CEBES. **Saúde não é negócio, nem mercadoria, é direito de cidadania.** Tese para a 15ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 02 abr. 2015. Disponível em: <<http://cebes.org.br/2015/04/tese-do-cebes-para-a-15a-conferencia-nacional-de-saude/>> acesso em 02 abr. 2015.

CEOLIN, A. O poderoso Cunha. **Revista Veja**, São Paulo: Editora Abril, ed. 2418 v. 48, n. 12, 25 mar 2015.

CEM MIL exigem mudança nos rumos da política, mas sem golpe à democracia. **CUT Nacional**, 13 mar 2015, seção notícias. Disponível em: <<http://cut.org.br/noticias/100-mil-exigem-mudanca-nos-rumos-da-politica-mas-sem-golpe-a-democracia-05d3/>> acesso em 13 mar 2015.

CHAUÍ, M. As manifestações de junho de 2013 na cidade de São Paulo. **Teoria e Debate** edição 113, jun. 13. Disponível em: <<http://www.teoriaedebate.org.br/materias/nacional/manifestacoes-de-junho-de-2013-na-cidade-de-sao-paulo>> acesso em 11 fev. 2014.

COHN, A. A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, Jul. 2009.

COMO FORAM os protestos de 13 de março pelo Brasil. **Carta Capital**, 13 mar 2013, seção política; parlatório. Disponível em: <<http://www.cartacapital.com.br/blogs/parlatorio/acompanhe-os-protestos-de-13-de-marco-em-todo-o-brasil-401.html>> acesso em 13 mar 2015.

CONASEMS, **Carta de Serra.** XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Serra, 2014. Disponível em: <http://www.conasems.org.br/images/carta_de_serra.pdf> acesso em 07 out 2014

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Sem alterações, PEC do orçamento impositivo pode prejudicar à saúde. Nota à sociedade.** CFM, 09 fev 2015.

Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=25323:2015-02-09-13-51-40&catid=3> acesso em 12 fev 2015.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **CNS rejeita votação do Congresso Nacional contra o SUS.** Plenário do Conselho Nacional de Saúde, 266ª reunião extraordinária. Brasília, 11 fev 2015. Manifesto disponível em: <<http://cebes.org.br/2015/02/cns-rejeita-votacao-do-congresso-nacional-contra-o-sus/>> acesso em 12 fev 2015.

COSTA, A. M. O Brasil como sociedade e Estado, não tem optado pelo SUS. **Plataforma Social**. 16 jul. 2014, entrevista. Disponível em: <<http://plataformapoliticasocial.com.br/o-brasil-como-sociedade-e-estado-nao-tem-optado-pelo-sus/>> acesso em 09 out 2014.

COSTA, A.M.; SESTELO, A.J. A vaca tosse vai para o brejo e pode atolar o SUS. **Viomundo**. 10 fev 2015, seção denúncia. Disponível em: <http://www.viomundo.com.br/denuncias/ana-costa-e-antonio-sestelo-vaca-tosse-vai-para-o-brejo-e-deixa-o-sus-atolado.html?fb_action_ids=796856673696099&fb_action_types=og.likes> acesso em 12 fev 2015.

COSTA, B. Dilma é vaiada na abertura da Copa das Confederações. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 15 jun. 2013, seção folha na copa. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/esporte/folhanacopa/2013/06/1295825-presidente-dilma-rousseff-e-vaiada-na-abertura-da-copa-das-confederacoes.shtml>> acesso em 11 fev 2014.

COSTA, O. A transição de Dilma. **Brasil Econômico**, 28 nov 2014, seção Brasil, coluna Ponto Final. Disponível em <<http://brasileconomico.ig.com.br/brasil/ponto-final/2014-11-28/a-transicao-de-dilma.html>> acesso em 30 nov 2014

COUTINHO, C.N. As categorias de Gramsci e a relidade brasileira. In: COUTINHO, C.N. e NOGUEIRA, M.A. **Gramsci e a América Latina**. Rio de Janeiro: Paz e terra, 1988.

CUNHA diz que orçamento impositivo já está em prática. **Câmara Notícias**. Brasília, 11 fev 2015. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/POLITICA/481694-CUNHA-DIZ-QUE-ORCAMENTO-IMPOSITIVO-JA-ESTA-EM-PRATICA.html>> acesso em 13 fev 2015.

DATAFOLHA aponta saúde como principal problema dos brasileiros. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 29 mar. 2014, seção seminários Folha. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/seminariosfolha/2014/03/1432478-datafolha-aponta-saude-como-principal-problema-dos-brasileiros.shtml>> acesso em 31 mar. 2014.

DATAFOLHA. **Reprovação ao governo Dilma atinge 62 %**. Pesquisa de opinião divulgada em 18 mar. 2015. Disponível em: <<http://datafolha.folha.uol.com.br/opiniaopublica/2015/03/1604505-reprovacao-ao-governo-dilma-atinge-62-e-e-mais-alta-desde-collor.shtml>> acesso em 19 mar. 2015.

DAVID, G. C. O capital estrangeiro na saúde brasileira e o risco ao direito à saúde. **Site CEBES**. Rio de Janeiro, 23 dez 2014, Notícias, seção opinião. Disponível em: <<http://cebes.org.br/2014/12/grazielle-custodio-david-o-capital-estrangeiro-na-saude-brasileiro-e-o-risco-ao-direito-a-saude/>> acesso em 16 jan 2015.

D'AVILA, R.L. Não se faz boa saúde com falácias. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 18 mai 2013, seção opinião. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/opiniao/2013/05/1280804-roberto-luiz-davila---nao-se-faz-boa-saude-com-falacias.shtml>> acesso em 22 nov. 2014.

DURKHEIM, E. **As regras do método sociológico**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

EM DIA de maior mobilização, protestos levam mais de 1 milhão de pessoas às ruas no Brasil. **Uol notícias**, 20 jun. 2013, seção cotidiano. Disponível em: <<http://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2013/06/20/em-dia-de-maior-mobilizacao-protestos-levam-centenas-de-milhares-as-ruas-no-brasil.htm>> acesso em 11 fev 2014.

EM GENEBRA, o ministro da saúde discursa em defesa dos sistemas universais. **Site CEBES**, Rio de Janeiro, 21 mai 2014, seção notícias. Disponível em: <<http://cebes.org.br/2014/05/em-genebra-o-ministro-da-saude-discursa-em-defesa-dos-sistemas-universais/>> acesso em 21 mai 2014.

FAGNANI, E. Crescimento e inclusão social. **Le Monde Diplomatique Brasil**, São Paulo, v. 8, n. 90, jan. 2015.

FAGNANI, E. O Brasil do futuro e o desafio de universalizar a cidadania. **Região e Redes**. Entrevista. 07 out 2014. Disponível em: <<http://www.resbr.net.br/o-brasil-do-futuro-e-o-desafio-de-universalizar-a-cidadania/>> acesso em 15 jan 2015.

FERNANDES, F. O que é Revolução. In: PRADO JUNIOR, C.; FERNANDES, F. **Clássicos sobre a revolução brasileira**. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2012.

FIOCRUZ. **Saúde no Brasil em 2030**: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/IPEA/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012.

FIORI, J.L. Para uma economia política do Estado brasileiro. In: **Em busca do dissenso perdido**: ensaios críticos sobre a festejada crise do Estado. Rio de Janeiro: Insight, 1995.

FLEURY, S. Reforma do Estado, Seguridade Social e Saúde no Brasil. In: MATTA, G.C 7 LIMA, J.C.F. **Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde**: Contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

FORMENTI, L. Ministro da Saúde defende abertura de capital na saúde. **Jornal Estado de São Paulo**, São Paulo, 27 jan 2015. Seção saúde. Disponível em: <<http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,ministro-da-saude-defende-abertura-de-capital-na-saude,1625684>> acesso em 27 jan 2015.

FRANK, J. Leading the way towards universal health coverage: a call to action. **The Lancet**. V. 385, 1352-58, abr. 2015.

GAMA, J.; KRAKOVICS, F. Ausência do programa de Dilma e atraso no de Aécio são criticados por especialistas. **O Globo**. Rio de Janeiro, 01 out. 2014. Seção Brasil. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/brasil/ausencia-do-programa-de-dilma-atraso-no-de-aecio-sao-criticados-por-especialistas-14100511>> acesso em 06 out 2014

GASPAR, M. Uma nova chance para a economia. **Revista Veja**, São Paulo: Editora Abril, ed. 2402 v. 47, n. 49, 3 dez 2014.

GRAMSCI, A. **Maquiavel, a Política e o Estado Moderno**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1980.

GRAMSCI, A. Análise de Situações. Relações de Força. In: SADER, E. (org.) **Gramsci: Poder, Política e Partido**. 2.ed. São Paulo: Expressão Popular, 2012.

HARNECK, M. **Conceitos elementares do materialismo histórico**. 2. ed. São Paulo: Global Editora, 1983.

HOCHMAN, G. Saudades do futuro ou um sistema de saúde em tempos democráticos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, Oct. 2013; 1949.

IBOPE. **Pesquisa de opinião pública realizada em parceria com a Confederação Nacional da Indústria**. 01 abr. 2015. Disponível em <<http://politica.estadao.com.br/noticias/geral,taxa-de-reprovacao-do-governo-dilma-se-igual-a-do-pior-momento-de-sarney,1662130>> acesso em 01 abr. 2015.

LEAL FILHO, L. As ruas e o vai e vem da mídia. **Le Monde Diplomatique Brasil**, São Paulo, v. 6, n. 72, jul. 2013.

LIMA, D. MELLO, P. C. VETORAZO, L. Grupos contra Dilma esperam levar 100 mil às ruas no dia 15. **Folha de São Paulo**. São Paulo, 09 mar 2015, seção política, poder. Disponível em: < <http://www1.folha.uol.com.br/poder/2015/03/1600036-grupos-contradilma-esperam-levar-100-mil-as-ruas-no-dia-15.shtml> > acesso em 15 mar 2015.

MACHADO, C.V. Sobre os rumos das políticas sociais e de saúde no Brasil pós 1988. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, Oct. 2013. 1950-51

MACHADO, C.V.; BAPTISTA, T.W.F.; LIMA, L.D. (org.) **Política de Saúde no Brasil, continuidades e mudanças**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

MAIOR, J. L. S. A vez do direito social e da descriminalização dos Movimentos Sociais. In. VAINER. C. et. al. **Cidades Rebeldes: passe livre e as manifestações que tomaram as ruas do Brasil**. São Paulo: Carta Maior, Bomtempo, 2013.

MANIFESTO dos Movimentos Sociais sobre o dia 13 de março. **CUT Nacional**, 04 mar 2013. Disponível em: <<http://www.cut.org.br/noticias/manifesto-dos-movimentos-sociais-sobre-o-dia-13-de-marco-4d30/>>acesso em 13 mar 2013.

MARICATO, E. É a questão urbana, estúpido! In. VAINER. C. et. al. **Cidades Rebeldes: passe livre e as manifestações que tomaram as ruas do Brasil**. São Paulo: Carta Maior, Bomtempo, 2013.

MAURIEL, A.P.O. **Capitalismo, políticas sociais e combate à pobreza**. Ijuí: Editora Unijuí, 2011.

MÉDICI, A. Propostas para melhorar a cobertura, eficiência e a qualidade no setor saúde. In: BACHA, E.L.; SCHWARTZMAN, S. (org.) **Brasil: A nova agenda social**. Rio de Janeiro: LTC, 2011.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: OPAS, 2011.

METRÔS trens e ônibus terão tarifas reajustadas no dia 2 de junho. **Brasil de Fato**. São Paulo, 23 mai 2013. Disponível em <<http://www.brasildefato.com.br/node/13015>> acesso em 11 fev 2014.

MORAES, A. et. al. (org.). **Junho: potencia das ruas e das redes**. São Paulo: Friedrich Ebert Stiftung Brasil, 2014. E-book, disponível em <<http://library.fes.de/pdf-files/bueros/brasilien/11177-20150226.pdf>> acesso em 17 mar. 2014.

NAVARRO, C. ; BRASILINO, L.; GODOY, R. O junho de 2013. **Le Monde Diplomatique Brasil**, São Paulo, v. 6, n. 72, jul. 2013.

NOBRE, M. **Imobilismo em movimento**: da redemocratização ao governo Dilma. São Paulo: Companhia das Letras, 2013

NÓBREGA, M. Novo mandato, nova equipe, mesmas dúvidas. **Revista Veja**, São Paulo: Editora Abril, ed. 2403 v. 47, n. 50, 10 dez 2014.

NORONHA, 2013. Cobertura Universal de Saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 05, mai. 2013; 847-49.

OCKÉ-REIS, C. Política de saúde: entre o ajuste fiscal e o programa democrático e popular. **Plataforma Social**. Artigo. 05 abr 2015. Disponível em: <<http://plataformapoliticasocial.com.br/politica-de-saude-entre-o-ajuste-fiscal-e-o-programa-democratico-popular/>> acesso em 05 abr 2015.

OLIVEIRA, F.; BRAGA, R.; RIZEK, C. (org). **Hegemonia às avessas**. São Paulo: Boitempo, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial da saúde 2013**: pesquisa para a cobertura universal de saúde. OMS: Genebra, 2013.

PADILHA, A. Mais médicos, o cidadão não pode esperar. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 18 mai 2013, seção opinião. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/opiniaio/2013/05/1280802-alexandre-padilha---mais-medicos-o-cidadao-nao-pode-esperar.shtml>> acesso em: 22 set 2014

PAIM, J.S. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, Oct. 2013; 1927-36; 52-53.

PAIM, J.S. A saúde não cabe em uma caixa. **Região e Redes**. Entrevista. 20 mar 15. Disponível em <<http://www.resbr.net.br/a-saude-nao-cabe-em-uma-caixa/>> acesso em 25 mar 2015.

PAIM J.S. **Reforma Sanitária Brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.

PAIM, J.S.; ALMEIDA-FILHO, N. Reforma Sanitária Brasileira em perspectiva e o SUS. In: _____ **Saúde Coletiva**: Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Medbook, 2014.

PAIM J.S., TRAVASSOS C., ALMEIDA C., BAHIA L., MACINKO J. O Sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet, Saúde no Brasil**. 2011; 377:1778-97.

PASSAGENS de metrô, ônibus e trens de SP terão reajustes a partir de 1º de junho. **Folha de São Paulo**. São Paulo, 17 mai. 2013. Seção cotidiano. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2013/05/1280252-passagens-de-metro-onibus-e-trens-terao-reajuste-a-partir-de-1-de-junho.shtml>> acesso em 11 fev 2014.

PESQUISA avalia atendimento pelo Programa Mais Médicos. **Blog da Saúde**, Brasília, Ministério da Saúde, 10 set 2014. Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/index.php/570-destaques/34395-infografico-pacientes-aprovam-programa-de-expansao-do-atendimento-medico-revela-ufmg>> acesso em 22 set 2014.

PIOLA, S. A PEC 358/13 e a falta que o Gilson de Carvalho nos faz. **Site ABRASCO**, seção opinião. 12 fev 2015. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/site/2015/02/pec-3582013-e-a-falta-que-o-gilson-de-carvalho-nos-faz-por-sergio-piola/> acesso em 15 fev 2015

PORTANTIERO. J.C. Gramsci y el análisis de coyuntura (algunas notas). In: _____. **Los usos de Gramsci**. México: Folio ediciones, 1983.

PORTELLI, H. **Gramsci e o bloco histórico**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

PROTESTOS contra o governo reúnem quase 1 milhão pelo país. **Folha de São Paulo**. São Paulo, 15 mar 2015, seção política, poder. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/poder/2015/03/1603286-protestos-contr-o-governo-reune-quase-1-milhao-pelo-pais.shtml>> acesso em 15 mar 2015.

QUEIROZ, A.A. O Congresso mais conservador desde a redemocratização. **Le Monde Diplomatique Brasil**, São Paulo, v. 7, n. 88, nov. 2014.

REFLEXÕES iniciais sobre o xadrez eleitoral de 2014. **Brasil de Fato**, São Paulo, 08 abr. 2014, seção Editorial, edição n. 580. Disponível em: <<http://www.brasildefato.com.br/node/28494>> acesso em 10 abr. 2014.

SADER, E. Hegemonia e Contra-hegemonia. In: CECEÑA, A.E. (org). **Hegemonias e emancipações no século XXI**. Buenos Aires: CLACSO, 2005.

SANTOS, I.S. Porque todos nós precisamos do SUS e sem a abertura do capital estrangeiro na saúde. **Site CEBES**. Rio de Janeiro, 29 jan 2015, Notícias, seção opinião. Disponível em: <<http://cebes.org.br/2015/01/ate-quando-aceitaremos-isso-cara-palida/>> acesso em 29 jan 2015.

SANTOS, L. Abertura ao capital estrangeiro na oferta de serviços de saúde. **Site CEBES**. Rio de Janeiro, 26 dez 2014, Notícias, seção opinião. Disponível em: <<http://cebes.org.br/2014/12/lenir-santos-abertura-ao-capital-estrangeiro-na-oferta-de-servicos-de-saude/>> acesso em 15 jan 2015.

SAÚDE MAIS DEZ. **Congresso nacional ignora demanda do povo por mais saúde**. Manifesto editado pelo movimento em dezembro de 2013. Disponível em: <<http://www.saudemaisdez.org.br/index.php/2012-10-10-19-31-44/91-congresso-nacional-ignora-demanda-do-povo-por-mais-saude>> acesso em 13 mar. 2014.

SCHAFF, A. **História e verdade**. 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1995.

SCHLESENER, A. H. Intelectuais e Política: observações acerca do transformismo nos escritos de Antonio Gramsci. **Revista Outubro**. n. 18, 201-222. 2009. Disponível em: <<http://outubrorevista.com.br/wp-content/uploads/2015/02/Revista-Outubro-Edic%CC%A7a%CC%83o-18-Artigo-08.pdf>> acesso em 23 jun 2014.

SINGER, A. Beijando a cruz parte 2. **Folha de São Paulo**. São Paulo, 15 nov. 2014b, seção colunas. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/colunas/andresinger/2014/11/1555178-beijando-a-cruz-parte-2.shtml>> acesso em 16 nov 2014.

SINGER, A. Brasil, junho de 2013. classes e ideologias cruzadas. In: Dossiê mobilizações, protestos e revoluções. **Novos Estudos**. CEBRAP, São Paulo, n.97, nov. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-33002013000300003&script=sci_arttext&tlng=p> acesso em 23 jun 2014.

SINGER, A. **Os sentidos do Lulismo**: reforma gradual e pacto conservador. São Paulo: Cia. das Letras, 2012.

SINGER, A. Sinais trocados. **Folha de São Paulo**. São Paulo, 01 nov. 2014a, seção colunas. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/colunas/andresinger/2014/11/1541738-sinais-trocados.shtml>> acesso em 16 nov 2014.

SOUSA, C.M.; SOUZA, A.A. (org) **Jornadas de Junho**: repercussões e leituras. Campina Grande: Eduepb, 2013

SOUZA, H.J. **Como se faz análise de conjuntura**. 3 ed. Petrópolis: Vozes, 1985.

SOUZA, L.E.P.F Capital estrangeiro faz mal à saúde. **Site ABRASCO**, seção opinião. 23 fev 2015. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/site/2015/02/capital-estrangeiro-faz-mal-a-saude/>> acesso em: 24 fev 2015.

TEIXEIRA, C.F.; PAIM, J.S. A Política de Saúde no governo Lula e a dialética do menos pior. **Rev. Saúde em debate**, 29(31): 268-283, 2005.

TEIXEIRA, C.F.; VILASBÔAS, A.L. Modelos de Atenção à Saúde no SUS: transformação, mudança ou conservação? In: PAIM, J.S.; ALMEIDA-FILHO, N. **Saúde Coletiva**: Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Medbook, 2014

TESTA, M. **Pensamento estratégico e lógica de programação**. O caso da saúde. Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 1995.

TITELMAN, et al. Universal Health Coverage in Latin American Countries: how to improve solidarity-based schemes. **The Lancet**. V. 385, 1359-63, abr. 2015.

TRIBUNAL SUPERIOR ELEITORAL. **Resultado das eleições de 2014**. Disponível em: <<http://www.tse.jus.br/eleicoes/estatisticas/estatisticas-eleitorais-2014-resultado>> acesso em 06 nov 2014.

VEJA as reivindicações levadas às ruas durante manifestações. **Folha de São Paulo**. São Paulo, 20 fev. 2013, seção cotidiano. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2013/06/1298127-veja-as-reivindicacoes-levadas-as-ruas-durante-manifestacoes.shtml>>acesso em 11 fev 2014.

VIANA, A.L.D. Longos dias tem cem anos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 29, n. 10, Oct. 2013; 1942-44.

VIANA, L. W. **A revolução passiva**: iberismo e americanismo no Brasil. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Renavan, 2004.

ANEXOS

ANEXO 1

Saúde: Ilustrações e materiais de campanha utilizados por Dilma Rousseff.

Disponível em: www.mudamais.com.br e www.dilma.com.br.

Quem já mudou a **SAÚDE**

- ✓ UMA DAS MAIORES REDUÇÕES DA MORTALIDADE INFANTIL DO MUNDO
- ✓ MAIS MÉDICOS PARA **50 MILHÕES** DE PESSOAS
- ✓ FARMÁCIA POPULAR: **6,8 MILHÕES** DE PESSOAS POR MÊS
- ✓ **SAMU: 73%** DA POPULAÇÃO ATENDIDA
- ✓ **BRASIL SORRIDENTE: 80 MILHÕES DE SORRISOS**
- ✓ MAIS DE MIL UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO (UPAS)

Vai MUDAR **MAIS**

- ✓ AMPLIAÇÃO DO MAIS MÉDICOS
- ✓ MAIS UPAS
- ✓ UNIVERSALIZAÇÃO DO SAMU
- ✓ EXTENSÃO DAS REDES DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO
- ✓ AMPLIAÇÃO DO ACESSO A MEDICAMENTOS

MUDA
MAIS

“

COM O MAIS ESPECIALIDADES,
O PACIENTE VAI PODER FAZER
EXAMES, CONSULTAS E TRATAMENTO
SEM BUROCRACIA E SEM DEMORA.
OU SEJA, NINGUÉM VAI PRECISAR
FICAR PENANDO DIAS E DIAS”

Dilma ★ 13
PRESIDENTA DO BRASIL

DILMA.COM.BR/TV





• É ISSO •
• QUE EU •
• DEFENDO •

14,5 MIL

PROFISSIONAIS

AMPLIARAM O ATENDIMENTO MÉDICO
PARA MAIS 50 MILHÕES DE PESSOAS

Dilma



Dilma

RECURSOS PARA 24.911 POSTOS DE SAÚDE E 465 UPAS

ANEXO 2

Saúde: Ilustrações e materiais de campanha utilizados por Aécio Neves. Disponível em: www.campanha2014.aecioneves.com.br

PROPOSTA DE **Aécio** ✓ :

SAÚDE



Aécio defende aumentar os investimentos em saúde para 10% do Orçamento, revisar a tabela do SUS e ampliar a rede pública com 500 clínicas especializadas

www.AecioNeves.com.br

PROPOSTA DE **Aécio** ✓ :

CONSULTÓRIOS POPULARES DE SAÚDE



O programa vai estimular que médicos especialistas abram consultórios em áreas carentes e atendam pacientes pelo SUS

www.AecioNeves.com.br




“

“Não permitirei discriminação em relação os médicos cubanos. **Os médicos estrangeiros são bem-vindos.** No nosso governo, o Brasil vai criar cursos de qualificação desses médicos para que eles se submetam ao Revalida e vai garantir que eles recebam a mesma remuneração que recebem os médicos de outros países”



Aécio Neves

Saúde de qualidade para todo o Brasil!



CONHEÇA ALGUMAS DAS PROPOSTAS DE AÉCIO:

#ELVOTOAÉCIO45
PARA MUDAR O BRASIL
26

-  Implantar o Programa Remédio em Casa, para pacientes com doenças crônicas.
-  Incentivar a criação de consultórios populares de saúde, em parceria com o BNDES.
-  Criar o Canal Brasil Saúde para qualificar e treinar equipe de saúde da família.
-  Promover ações de combate à obesidade, ao tabagismo, às drogas e ao consumo de álcool.

Aécio 45

Mais saúde para o Brasil!



CONHEÇA ALGUMAS DAS PROPOSTAS DE AÉCIO:

-  Garantir 10% da receita corrente bruta da União para a área de saúde.
-  Reforçar as ações de prevenção.
-  Melhorar a gestão e os serviços de saúde.
-  Aprimorar o atendimento e acabar com a espera para consultas e exames.
-  Investir em estruturas adequadas e modernas.

#ELVOTOAÉCIO45
PARA MUDAR O BRASIL
26

Aécio 45

Muito mais saúde para o Brasil!



CONHEÇA ALGUMAS DAS PROPOSTAS DE AÉCIO:

-  Ampliar o Programa Saúde da Família.
-  Aprimorar o Mais Médicos.
-  Criar o Cartão Cidadão Saúde, com prontuário eletrônico.
-  Estruturar as carreiras nacionais dos profissionais de saúde.

#ELVOTOAÉCIO45
PARA MUDAR O BRASIL
26

Aécio 45

Anexo III

Saúde: Ilustrações e materiais de campanha utilizados por Marina Silva. Disponível em: <http://campanha.marinasilva.org.br/>



**#40RAZÕES
PARA VOTAR EM
MARINA**

27

DÁ PRIORIDADE À SAÚDE

Marina sabe que a saúde de qualidade é a principal demanda da população brasileira. É por isso que o programa de governo garante o repasse de 10% das receitas brutas da União para essa área.

WWW.MARINASILVA.ORG.BR/40RAZOES

“ **DEBATE CNBB**

LIDAR COM A QUESTÃO DO SANEAMENTO É ATENDER A POPULAÇÃO NO NÍVEL DA QUALIDADE DE VIDA, DA GERAÇÃO DE EMPREGO E DA MELHORIA DA VIDA NAS CIDADES.

”

M
PRESIDENTE
MARINA 40
CE BETO ALBUQUERQUE

marinasilva.org.br