



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

**ANÁLISE POLÍTICA EM SAÚDE: PRODUÇÃO CIENTÍFICA BRASILEIRA E
ATUAÇÃO DO CEBES**

JAMILLI SILVA SANTOS

Salvador – Bahia
2016

JAMILLI SILVA SANTOS

**ANÁLISE POLÍTICA EM SAÚDE: PRODUÇÃO CIENTÍFICA BRASILEIRA E
ATUAÇÃO DO CEBES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação do Instituto de Saúde Coletiva, da Universidade Federal da Bahia, área de concentração em Planificação e Gestão em Saúde, para obtenção do título de Mestre em Saúde Comunitária.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Carmen Fontes Teixeira

Salvador – Bahia
2016

Ficha Catalográfica
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

S237a Santos, Jamilli Silva.

Análise política em saúde: produção científica brasileira e atuação do CEBES / Jamilli Silva Santos. -- Salvador: J.S. Santos, 2016.

143f.

Orientador(a): Profa. Dra. Carmen Fontes Teixeira.

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

1. Reforma dos Serviços de Saúde. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Políticas Públicas. I. Título.

CDU 614.2



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

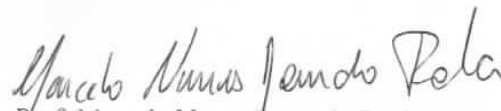
JAMILLI SILVA SANTOS


*Análise Política em Saúde: contribuição para o debate sobre a
Reforma Sanitária Brasileira.*

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

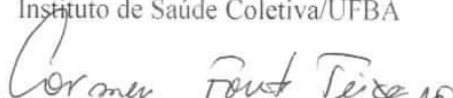
Data de defesa: 28 de abril de 2016.

Banca Examinadora:


Prof. Marcelo Nunes Dourado Rocha
Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton/UFBA


Prof. Ana Luíza Quiróz Vilasbôas
Instituto de Saúde Coletiva/UFBA


Prof. Jairnilson Silva Paim
Instituto de Saúde Coletiva/UFBA


Prof. Carmen Fontes Teixeira – Orientadora
Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton/UFBA

Salvador
2016

AGRADECIMENTOS

A Carmen pelo aprendizado e orientação ao longo desse árduo processo, sem você esse trabalho não existiria. Além dele você me ensinou o verdadeiro significado das palavras professora, intelectual e militante.

A Jairnilson pela inspiração e aprendizado indescritíveis.

Ao Grupo de Pesquisa Análise Política em Saúde pelas enriquecedoras experiências.

Aos colegas e amigos de turma, disciplinas e trabalhos pelos conhecimentos compartilhados.

Ao ISC e todos os seus professores/funcionários que direta e indiretamente contribuíram para o meu crescimento, construindo esse espaço privilegiado de estudo da Saúde Coletiva.

Aos colegas de trabalho pela colaboração e torcida.

Aos familiares e amigos pelo estímulo, ajuda e paciência ao longo dessa jornada.

(...) “Um espaço de resistência contra a inércia e o desencanto, um estímulo ao pensamento crítico e um aceno à necessária criatividade política e cultural que necessitamos exercitar cada vez mais (...)”.

(trecho do texto “Sempre em movimento: reflexões sobre a crise atual”, Carmen Fontes
Teixeira) In:
([http://www.analisepoliticaemsaude.org/up/oaps/pensamentos/pdf/246b3213001481af5972e2d
bedf4b85e.pdf](http://www.analisepoliticaemsaude.org/up/oaps/pensamentos/pdf/246b3213001481af5972e2dbedf4b85e.pdf)).

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

12ª CNS – Décima segunda Conferência Nacional de Saúde

13ª CNS – Décima terceira Conferência Nacional de Saúde

14ª CNS – Décima quarta Conferência Nacional de Saúde

8ª CNS – Oitava Conferência Nacional de Saúde

ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva

ABRES – Associação Brasileira de Economia da Saúde

AMPASA - Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde

APS – Atenção Primária em Saúde

APSP – Associação Paulista de Saúde Pública

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos em Saúde

CF – Constituição Federal

CFM – Conselho Federal de Medicina

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CONASS - Conselho Nacional dos Secretários de Saúde

CUS – Cobertura Universal de Saúde

DN – Diretoria Nacional

LGBT - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis

MRS – Movimento da Reforma Sanitária

MS - Ministério da Saúde

OAPS – Observatório de Análise Política em Saúde

OPS – Organização Pan-Americana de Saúde

OS - Organizações Sociais

OSCIP - Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público

PPGS - Política, Planejamento e Gestão em Saúde

PT - Partido dos Trabalhadores

REDE UNIDA - Associação Brasileira Rede Unida

RSB - Reforma Sanitária Brasileira

RSD – Revista Saúde em Debate

SAMS - Sistema de Assistência Médica Suplementar

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SBMFC - Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

SUS – Sistema Único de Saúde

APRESENTAÇÃO

Este volume compõe-se dos estudos desenvolvidos ao longo do curso de Mestrado em Saúde Comunitária do ISC-UFBA, durante o período 2014-2016, como parte dos projetos desenvolvidos no Eixo Temático 1 do Observatório de Análise Política em Saúde, sobre Análise do processo da Reforma Sanitária Brasileira coordenado pelo professor Jairnilson Silva Paim.

Ao longo do primeiro ano do curso, durante a elaboração do projeto de pesquisa, decidimos investigar o posicionamento do CEBES, sujeito histórico e político da RSB, durante a conjuntura 2003-2014. A idéia inicial era desenvolver dois artigos, um abrangendo a revisão bibliográfica na base Scielo sobre Políticas de Saúde no Brasil no período pós-Constituinte, com o objetivo de caracterizar o debate sobre a RSB nesse período. O segundo artigo, por sua vez, apresentaria os resultados do estudo de caso sobre o Cebes.

A execução desse projeto resultou na elaboração de artigo de revisão, encaminhado, em maio de 2015, para apreciação do Conselho Editorial da Revista Saúde em Debate, em resposta à chamada para a produção de um número especial sobre Política, Planejamento e Gestão em Saúde. Tendo sido aprovado, em novembro do mesmo ano, este artigo foi publicado no número 108 da revista correspondente à Edição Jan/Mar de 2016. Uma vez finalizado este primeiro produto, surgiu a idéia de complementar a análise da distribuição quantitativa dos trabalhos selecionados com uma análise de conteúdo dos artigos que tratavam especificamente do processo de RSB, o que veio a compor um capítulo do livro da coletânea atualmente em processo de editoração pelo OAPS.

Paralelamente, tratamos de avançar no estudo específico sobre o posicionamento do CEBES, processo que gerou a elaboração de uma dissertação cujo tamanho excedeu o número de páginas normalmente aceito para publicação sob a forma de artigos. Desse modo, optou-se por apresentar este produto para a defesa no formato de dissertação, preservando-se todos os achados, com vistas a posterior formatação em artigos científicos para publicação.

Assim, conforme o sumário que segue, esse volume compõe-se de uma introdução geral ao trabalho, seguida pela explicitação dos pressupostos básicos que nortearam a investigação, bem como pelas questões e proposta metodológica geral.

Posteriormente são apresentados os produtos propriamente ditos, isto é, o artigo “Produção científica sobre políticas de saúde no Brasil, 1988-2014”, o capítulo “Produção científica sobre política de saúde no Brasil (1988-2014): contribuição ao debate sobre a Reforma Sanitária Brasileira” e a dissertação “Análise do posicionamento do CEBES no processo político em saúde na conjuntura 2003-2014”.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
PRESSUPOSTOS BÁSICOS	16
QUESTÕES E PROPOSTA DE INVESTIGAÇÃO	18
ARTIGO - POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: PRODUÇÃO CIENTÍFICA 1988-2014	19
RESUMO	20
ABSTRACT	20
INTRODUÇÃO	20
Estratégia metodológica.....	22
Resultados e discussão	23
a) Distribuição dos estudos de análise política em saúde por subárea temática	24
b) Distribuição dos estudos sobre o SUS segundo os componentes do sistema	25
c) Distribuição dos estudos sobre políticas específicas do Ministério da Saúde	26
Considerações finais	30
Referências	32
CAPÍTULO - PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL (1988-2014): CONTRIBUIÇÃO AO DEBATE SOBRE A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA	35
Introdução	36
Aspectos Teórico-Methodológicos	38
Características e tendências da produção científica sobre Política de Saúde 1998-2014	41
Distribuição dos estudos de Análise Política em saúde por subárea temática	42
Distribuição dos estudos sobre o SUS segundo os componentes do sistema	43
Distribuição dos estudos sobre políticas específicas do Ministério da Saúde	44
Análise de conteúdo dos artigos de “Análise política em saúde”	49
Considerações Finais	52
Referências bibliográficas	54
DISSERTAÇÃO - ANÁLISE DO POSICIONAMENTO DO CEBES NO PROCESSO POLÍTICO EM SAÚDE NA CONJUNTURA 2003-2014	60
1. INTRODUÇÃO	61
2. REFERENCIAL TEÓRICO	63
O CEBES: ator social/sujeito político da RSB	65
3. ESTRATÉGIA METODOLÓGICA	68
4. RESULTADOS	70
4.1. Crise e refundação do CEBES (2005-2006)	70

4.2. Participação e posicionamento do CEBES diante dos fatos e acontecimentos políticos no período 2003-2014	77
4.2.1. Participação e posicionamento do CEBES diante de fatos conjunturais	78
a) Crise da atenção hospitalar (2005)	78
b) Processo de Regulamentação da EC 29 (2003 a 2012).....	80
c) Rio + 20 (2012)	82
d) Programa Mais Médicos (2013)	85
e) CUS (2014)	87
4.2.2 Análise crítica do processo de implementação do SUS	88
a) Financiamento da saúde.....	91
b) Gestão do SUS	94
c) Modelos de atenção à saúde	96
d) Política de gestão do trabalho	98
e) Controle e participação social	99
f) Desenvolvimento tecnológico e inovação	100
g) Regulação do setor privado	101
4.2.3 Do debate eleitoral à participação nas Conferências Nacionais de Saúde (12 ^a , 13 ^a e 14 ^a)	103
4.2.4. Debate político nos momentos eleitorais	105
4.2.5. Iniciativas para o fortalecimento do CEBES	112
4.3. A visão do CEBES sobre a Reforma Sanitária Brasileira	112
5. Discussão e Conclusões	115
6. Referências bibliográficas	122
7. Apêndices	129
Apêndice A1 - Editoriais do CEBES analisados no período 2003-2014 por ano de publicação	130
Apêndice A2 - Documentos do CEBES analisados no período 2003-2014 por ano de publicação	132
Apêndice A3 – Matriz de análise dos Editoriais/Documentos da Revista do CEBES analisados no período 2003-2014	133
Apêndice A4 - Linha do tempo	134
Apêndice A5 - Diretorias Nacionais do Cebes de 2000 a 2015	137
Apêndice A6 – Principais diretores Nacionais do Cebes de 2000 a 2015 e seus currículos resumidos	138
8. ANEXOS	142
Anexo: Objetivos e atribuições do CEBES	143

INTRODUÇÃO

A Reforma Sanitária Brasileira vem sendo estudada como um fenômeno sócio-histórico, conformado por múltiplos fatos produzidos por vários atores, cujas ações configuram um processo desencadeado na sociedade brasileira em meados dos anos 70 do século passado e ainda em curso. Enquanto proposta foi resultante de um longo movimento da sociedade civil brasileira em defesa da democracia, dos direitos sociais e de um novo sistema de saúde. Transformou-se em projeto a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde e desenvolveu-se como processo desde então (especialmente com a instalação da Comissão Nacional de Reforma Sanitária). Desse modo, a RSB é simultaneamente uma proposta, um projeto, um movimento e um processo¹.

A idéia e a proposta da RSB foram esboçadas no contexto da Nova República que anunciava a recuperação dos direitos políticos para os brasileiros, apontando para a construção de um Estado ampliado, onde se fariam presentes maior leque de interesses de classes, frações de classes, segmentos sociais e grupos de interesses. Marcada ainda pelas lutas contra o autoritarismo desde a fundação do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), tal idéia/proposta expressou-se em um complexo projeto, cuja implantação iniciou-se após a 8ª CNS e adquiriu formalização a partir da Constituição Federal de 1988. Esse projeto traduzia o corpo doutrinário da RSB, o qual previa que as modificações necessárias ao setor saúde transcendiam os limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo uma reformulação mais profunda do setor com componentes políticos, organizacionais e comportamentais².

Conformando-se, portanto como um conjunto de práticas ideológicas, políticas e culturais que tomam a saúde como referente fundamental, a RSB que emergiu com o CEBES e atravessa conjunturas diversas até o momento atual, é também caracterizada como um processo. Como tal pode ser descrito e analisado a partir de um ciclo integrado pelos momentos que contemplam desde a elaboração da idéia, à conformação da proposta e sistematização de um projeto político incorporado parcialmente à agenda do Estado e traduzido em políticas e ações de saúde nos últimos 25 anos³.

¹ PAIM, J.S. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. EDUFBA/FIOCRUZ, Salvador, Rio de Janeiro, 2008. p. 171

² Ibidem, p. 154

³ Ibidem, p. 173

A compreensão desse processo perpassa pelo estudo das conjunturas conformadas desde a emergência da idéia até o momento atual. Dos estudos que abordam o período mais recente, as análises e avaliações das políticas de saúde do governo Lula⁴⁻⁵⁻⁶ apontam continuidades e mudanças, embora sem questionarem ou aprofundarem a análise sobre o sentido do processo da RSB, assim como a sua possível permanência⁷. O mesmo autor chama a atenção para que, nem mesmo os obstáculos e as ameaças ao Sistema Único de Saúde (SUS), identificados na conjuntura atual por diversos estudos⁸⁻⁹⁻¹⁰⁻¹¹⁻¹²⁻¹³, estimularam, até o presente, a realização de pesquisas e uma apreciação crítica da RSB que alcançassem o final do período Lula e o Governo Dilma Rousseff, especialmente diante das possíveis relações com projetos políticos em disputa na sociedade brasileira.

Para além dessas discussões não há consenso entre os estudiosos sobre a própria vitalidade da RSB. Hochman¹⁴ defende que a RSB findou-se como conjunto de idéias e práticas políticas contextuais de certo tempo de transição, resultado de seu próprio êxito na proposição de uma agenda política e criação de um sistema de saúde reconhecido mundialmente, bem como da conquista da democracia em 1985. Contrariamente, Paim¹⁵ defende que a RSB enquanto processo não terminou, nem tem prazo de

⁴ TEIXEIRA, C.F.; PAIM, J.S. A política de saúde no governo Lula e a dialética do menos pior. *Saúde Debate*, v.29, n.31, p.268-283, 2005

⁵ BAHIA, L. A saúde em banho-maria. In: *Os anos Lula: contribuições para um balanço crítico 2003-2010*. Rio de Janeiro: Garamond, 2010, p.351-368

⁶ MACHADO, C.V.; BAPTISTA, T.W.F.; LIMA, L.D. (org.) *Políticas de Saúde no Brasil: continuidades e mudanças*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

⁷ PAIM, J.S. *Análise do processo da Reforma Sanitária Brasileira no período de 2007 a 2016*. Projeto submetido para avaliação na categoria de Bolsa de Produtividade de Pesquisa. Salvador, 2013

⁸ NORONHA, J.; SANTOS, I.; PEREIRA, T. Relações entre o SUS e a saúde suplementar: problemas e alternativas para o futuro do sistema universal. In: SANTOS, N.R.; AMARANTE, P.D.C. (orgs.). *Gestão pública e relação público-privado na saúde*. Rio de Janeiro: Cebes; 2011. p.152-79

⁹ PAIM, J.S.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*, 2011; 377:1778-1797

¹⁰ BORGES, F.T.; MOIMAZ, S.A.S.; SIQUEIRA, C.E.; GARBIN, C.A.S. Anatomia da privatização neoliberal do Sistema Único de Saúde. *O Papel das Organizações Sociais de Saúde*. São Paulo: Cultura Acadêmica Editora, 2012.

¹¹ OCKÉ-REIS, C.O. SUS: o desafio de ser único. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012

¹² PAIM, J.S. O futuro do SUS. *Cad. Saúde Pública*, 2012; 28:612-613

¹³ COSTA, A.M.; BAHIA, L.; SCHEFFER, M. Onde foi parar o sonho do SUS? *Le Monde Diplomatique Brasil*, 2013; 69:30-31

¹⁴ HOCHMAN, G. Saudades do futuro ou um sistema de saúde em tempos democráticos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 29(10):1927-1953, out, 2013

¹⁵ PAIM, J.S. Reforma Sanitária Brasileira: eppur si muove. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 29 (10):1927-1953, out, 2013

validade, o que pode ser evidenciado pela Agenda Estratégica para a Saúde¹⁶, pelas centenas de cidadãos formados pelo CEBES nos últimos anos e pela movimentação de milhares de participantes dos congressos da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e das Conferências de Saúde.

A identificação destas lacunas e controvérsias gerou a elaboração do projeto “Análise do processo da Reforma Sanitária Brasileira no período de 2007 a 2016”¹⁷, cujo objetivo geral é analisar o processo da RSB no período citado, correspondente ao segundo governo Lula e ao Governo Dilma. Em torno deste objetivo geral, reuniram-se vários pesquisadores que definiram objetivos específicos relacionados com o tema central do projeto incluindo o estudo das decisões adotadas no âmbito governamental (Ministério da Saúde - MS, Conselho Nacional dos Secretários de Saúde - CONASS, Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS), a análise das propostas discutidas durante as eleições de 2014 e a identificação e descrição da ação política de sujeitos coletivos, tais como Cebes, Abrasco, movimento médico, Parlamento, Igrejas, etc., em relação ao processo da RSB e construção do SUS no período.

Uma primeira tarefa do grupo implicou na atualização e aprofundamento da revisão bibliográfica sobre Política de saúde no período pós-constituente, o que veio a se constituir num dos objetivos específicos deste projeto. Ademais, na medida em que foram delimitados os vetores de ação política dos diversos sujeitos coletivos, selecionamos como objeto de estudo a ação do CEBES, sujeito coletivo constituído desde os primórdios do processo de RSB, nos anos 70, cujo posicionamento na conjuntura mais recente (2003-2014), passou a ser o foco do nosso trabalho.

A relevância do estudo encontra-se nas lacunas que buscará preencher, oferecendo uma contribuição ao conhecimento do cenário político atual em saúde, destacando a atuação de um sujeito coletivo importante e emblemático no processo da RSB, permitindo assim, uma análise crítica de alguns fatos relevantes na dinâmica política e institucional referente à conjuntura pós-constituente, particularmente nos últimos dez anos.

¹⁶ CEBES; ABRASCO; Rede Unida et al. Uma agenda estratégica para a saúde no Brasil. 2010. Disponível em: <http://www.cebex.org.br/media/File/Agenda%20Estrategica%20para%20a%20Saude.pdf>. Acesso: 19.07.14

¹⁷ PAIM, J.S. Análise do processo da Reforma Sanitária Brasileira no período de 2007 a 2016. Projeto submetido para avaliação na categoria de Bolsa de Produtividade de Pesquisa. Salvador, 2013

Nesse sentido, este volume contempla, em primeiro lugar, os pressupostos teóricos que fundamentam a investigação, e em seguida, os três sub-produtos que a compõem. O primeiro trata especificamente da revisão de literatura sobre o tema, o segundo agrega à revisão bibliográfica uma análise de conteúdo sobre a RSB e o último contempla a análise do posicionamento do CEBES no período delimitado pelos governos Lula e Dilma 1 (2003-2014).

PRESSUPOSTOS BÁSICOS

A definição do termo “política de saúde” adotada neste trabalho baseia-se na revisão efetuada por Pinto e Teixeira¹⁸ e nos trabalhos de Paim¹⁹⁻²⁰, agregando-se a contribuição de Testa²¹, especificamente sua reflexão sobre atores/sujeitos políticos.

A revisão de Pinto e Teixeira²² parte da recuperação dos significados do termo “política” desde seu surgimento nos primórdios da filosofia grega, chegando à distinção entre a **prática política e ciência política**. A primeira referente a “área de intervenção social”, onde se identificam os processos políticos (*politics*) e diretrizes, planos e programas de ação governamental (*policy*)²³ diante de problemas, necessidades e demandas sociais. A segunda corresponde a uma área de conhecimento, contemplando estudos e pesquisas que tomam como objeto as questões relativas à dinâmica política (*politics*) e aos processos de formulação, implementação e avaliação de políticas (*policy*).

O termo *politics* remete ao *processo de decisão*, contemplando a análise dos problemas e escolha de alternativas de soluções, envolvendo conflitos de interesses

¹⁸ PINTO, I. C. de M.; TEIXEIRA, C. F. Verbete: Estado e Políticas de Saúde. In: IVO, A. B. L. (Coord.). Dicionário temático desenvolvimento e questão social: 81 problemáticas contemporâneas. São Paulo: Annablume; Brasília: CNPq; Salvador: Fapesb, 2013.

¹⁹ PAIM, J.S. Políticas de Saúde no Brasil. In: Rouquayrol, MZ & Almeida Filho, N. Epidemiologia e Saúde. 6ª. ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003, p.587-603

²⁰ PAIM, J.S. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. EDUFBA/FIOCRUZ, Salvador, Rio de Janeiro, 2008. 355 p

²¹ TESTA, M. Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde. São Paulo: HUCITEC/-Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995. 306 p

²² PINTO, I. C. de M.; TEIXEIRA, C. F. Verbete: Estado e Políticas de Saúde. In: IVO, Anete Brito Leal, Coord. Dicionário temático desenvolvimento e questão social: 81 problemáticas contemporâneas. São Paulo: Annablume; Brasília: CNPq; Salvador: Fapesb, 2013.

²³ PAIM, J.S. Políticas de Saúde no Brasil. In: Rouquayrol, MZ & Almeida Filho, N. Epidemiologia e Saúde. 6ª. ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003, p.587-603

entre distintos atores/sujeitos sociais²⁴, resultando, portanto, na necessidade de construção de consensos em torno dos objetivos a serem perseguidos e dos meios a serem utilizados para isso. O segundo termo refere-se ao conteúdo dessas decisões, ou seja, às políticas (*policy*), que podem ser classificadas como *econômicas*, as quais correspondem ao conjunto de propostas de intervenção sobre problemas relacionados com o desenvolvimento econômico de um determinado país e *sociais*, que visam ao enfrentamento de problemas e atendimento a necessidades sociais, sendo consideradas, políticas de “bem-estar e proteção social”, abrangendo o elenco de propostas de intervenção sobre a produção, distribuição e consumo de serviços de educação, saúde, habitação, transporte, cultura, esporte e lazer²⁵.

A **Política de Saúde**, especificamente, é definida por Paim e Teixeira²⁶ como “a resposta social (ação ou omissão) de uma organização (como o Estado) diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes, bem como em relação à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam à saúde, inclusive o ambiente”. Os estudos sobre esse processo, portanto, configuram uma área de conhecimentos, por natureza interdisciplinar, configurada na interface entre as áreas de Administração Pública, Ciências Políticas, Sociologia da Saúde e Saúde Coletiva²⁷⁻²⁸.

Com base na compreensão da dupla dimensão da Política de Saúde, “área de conhecimento” e “área de intervenção social”, propõe-se a estruturação desse estudo, que toma como objetos a produção científica sobre Política de Saúde no Brasil no período 1988-2014 e a análise do processo político em saúde no período 2003-2014, sob o ângulo da atuação do CEBES.

²⁴ TESTA, M. Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde. São Paulo: HUCITEC/-Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995. 306 p

²⁵ PINTO, I. C. de M.; TEIXEIRA, C. F. Verbete: Estado e Políticas de Saúde. In: IVO, A. B. L. (Coord.). Dicionário temático desenvolvimento e questão social: 81 problemáticas contemporâneas. São Paulo: Annablume; Brasília: CNPq; Salvador: Fapesb, 2013.

²⁶ PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, Planejamento & Gestão em Saúde; balanço do estado da arte. Revista de Saúde Pública. São Paulo, SP, número especial, p. 73-78, 2006.

²⁷ Ibidem, p. 78

²⁸ TEIXEIRA, C.F.; ABREU DE JESUS, W.L.; SOUZA, M.B.; ROCHA, M.D. Produção científica sobre política, planejamento e gestão no campo da saúde coletiva: visão panorâmica. In: PAIM, J.S.; ALMEIDA-FILHO, N. Saúde Coletiva: teoria e Prática, Rio de Janeiro, Medbook, 2013, p. 585-594

QUESTÕES E PROPOSTA DE INVESTIGAÇÃO

O desenvolvimento da pesquisa foi feito com vistas, inicialmente, à elaboração de 2 artigos, cada um dos quais abordando um aspecto particular da problemática apontada anteriormente, a partir das seguintes questões:

a) Quais as características da produção científica da área de Política de Saúde no período 1988-2014?

b) Como vem se dando o posicionamento do CEBES, ator político central da RSB, na conjuntura política mais recente, isto é, no período 2003-2014?

A seguir apresentamos os produtos que resultaram dessa investigação, cabendo ressaltar que, o estudo da produção científica sobre Política de Saúde gerou dois trabalhos, sendo o primeiro, um artigo aceito para publicação da Revista Saúde em Debate, o segundo um capítulo de livro encaminhado para publicação na coletânea organizada pelos pesquisadores do Observatório de Análise Política em Saúde, em 2016. Estes trabalhos compõem a primeira parte deste volume.

A segunda parte, por sua vez, apresenta os resultados da investigação específica sobre o posicionamento do CEBES no período 2003-2014. Inicialmente pensava-se que este produto seria apresentado sob a forma de um artigo, porém, a descrição e análise dos resultados obtidos através de pesquisa documental, foi bastante extensa, compondo, portanto, uma Dissertação que será, posteriormente, desdobrada em artigos para publicação.

ARTIGO

**POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: PRODUÇÃO CIENTÍFICA
1988-2014**

SANTOS, J. S.; TEIXEIRA, C. F.
Política de saúde no Brasil: produção científica 1988-2014

Política de saúde no Brasil: produção científica 1988-2014

Health policy in Brazil: scientific production 1988-2014

Jamilli Silva Santos¹, Carmen Fontes Teixeira²

¹ Universidade Federal da Bahia (UFBA). Instituto de Saúde Coletiva, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva – Salvador (BA), Brasil.
jamillyss@hotmail.com

² Universidade Federal da Bahia (UFBA). Instituto de Saúde Coletiva, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva – Salvador (BA), Brasil.
carment@ufba.br

RESUMO O objetivo deste trabalho é mapear a produção científica em política de saúde no Brasil, na base SciELO, no período 1988-2014. Foram identificados 769 artigos, classificados em três grupos: a) análises políticas em saúde (10,2%) com predominância de estudos que analisam a reforma sanitária brasileira; b) estudos sobre financiamento, gestão, organização e infraestrutura do Sistema de Saúde (28,8%); c) estudos sobre análises de políticas de saúde específicas (49%). Constatou-se aumento da quantidade de publicações ao longo do tempo e concentração de estudos no último grupo, evidenciando a progressiva substituição de análises do processo político mais geral por estudos de políticas específicas.

PALAVRAS-CHAVE Política de saúde; Sistema Único de Saúde; Reforma dos serviços de saúde; Atividades científicas e tecnológicas.

ABSTRACT *The aim of this study is to map the scientific production in Health Policy in Brazil, at the SciELO base, in the period 1988-2014. 769 articles, divided into three groups, were identified: a) policy analysis in health (10.2%) with a predominance of studies that analyze the Brazilian health reform; b) studies on financing, management, organization and infrastructure of the Health System (28.8%); c) studies about analysis of specific health policies (49%). It was found an increase in the number of publications over time and concentration of studies in the last group, highlighting the progressive replacement of analysis of the more general political process by studies of specific policies.*

KEYWORDS *Health policy; Unified Health System; Health Care Reform; Scientific and technical activities.*

INTRODUÇÃO

A revisão do estado da arte na área de Política, Planejamento e Gestão em Saúde (PPGS) é primordial para o desenvolvimento de estudos científicos, pois permite conhecer tendências, lacunas e desafios que se colocam para os pesquisadores,

estudantes e gestores do sistema de saúde (LEVCOVITZ *et al.*, 2003; PAIM; TEIXEIRA, 2006; TEIXEIRA *et al.*, 2014).

Especificamente no que diz respeito a estudos sobre política de saúde, tomou-se como ponto de partida o conceito proposto por Paim (2003), segundo o qual ‘política de saúde’ é a resposta social (ação ou omissão) do Estado aos problemas e necessidades de saúde da população, contemplando, portanto, a intervenção sobre a produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde, inclusive o ambiente. Desse modo, abrange as questões relativas ao ‘poder’ em saúde (natureza, estrutura, relações, distribuição e lutas), bem como as que se referem ao estabelecimento de ‘diretrizes, planos e programas’ de saúde. Ou seja, contempla tanto os planos de ação governamental (KINGDON, 2011) quanto a análise das relações de poder em saúde (TESTA, 1995).

Enquanto disciplina acadêmica, política de saúde inclui estudos sobre o papel do Estado, as relações Estado-sociedade, Movimentos sociais em saúde, as relações entre políticas de saúde e políticas econômicas e sociais (PAIM, 2003; LEVCOVITZ *et al.*, 2003) e outros aspectos relativos à análise dos processos políticos que ocorrem em diversos espaços sociais. Também abarca estudos que tratam da formulação e implementação de políticas específicas no âmbito governamental, abordando, por exemplo, a conformação da agenda política em saúde, a elaboração de propostas de intervenção sobre problemas de grupos populacionais específicos, bem como a gestão, implantação e avaliação de planos, programas e projetos.

O presente estudo tem por objetivo mapear a produção científica em política de saúde no Brasil no período pós-constituente (1988-2014), considerando que, a partir de 1988, com a incorporação do direito à saúde na Constituição Federal, fruto de um amplo processo de Reforma Sanitária Brasileira (RSB) (PAIM, 2008), tem ocorrido um aumento do interesse dos pesquisadores da área em investigar diversos aspectos do processo político em saúde (TEIXEIRA *et al.*, 2014), partindo da seguinte pergunta de investigação: quais os principais temas e questões abordadas nos estudos realizados nesse período? Quais as características da evolução temporal dessa produção? É possível identificar alguma correlação entre as temáticas abordadas, o processo de RSB e a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) nesse período?

Desse modo, definiram-se como objetivos específicos: a) identificar os principais temas e questões abordadas; b) classificar os estudos que tratam de políticas

específicas e os que tratam do processo político em saúde; c) analisar a correlação entre os estudos realizados e o processo político em saúde no período 1988-2014.

Estratégia metodológica

Trata-se de estudo de revisão sistemática da literatura mediante a aplicação de métodos explícitos e sistematizados de busca, apreciação crítica e síntese da informação selecionada (SAMPAIO; MANCINI, 2007). A estratégia para mapear a produção científica sobre a temática de política de saúde foi concebida a partir de uma revisão bibliográfica que permitiu identificar três trabalhos de relevo no estudo de tendências da produção científica brasileira desde a década de 1970 (LEVCOVITZ *et al.*, 2003; PAIM; TEIXEIRA, 2006; TEIXEIRA *et al.*, 2014). A análise da tipologia das áreas e subáreas temáticas construídas em cada um desses estudos permitiu construir uma quarta tipologia que constituiu o referencial para a busca e seleção de documentos na base de dados SciELO (*Scientific Electronic Library Online*).

O ponto de partida para o mapeamento da produção científica implicou, em primeiro lugar, na definição dos descritores de assunto, com consulta a especialistas na área, bem como análise dos descritores disponíveis nos trabalhos anteriores, aliados ao recurso ao vocabulário controlado do DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e à própria estratégia de indexação na SciELO. Mediante utilização dos descritores ‘política de saúde’, ‘Sistema Único de Saúde’ e ‘direito à saúde’, foram então acessados os artigos na SciELO *homepage* do Brasil por abrigar em seu acervo a coleção recente de periódicos científicos brasileiros.

Foram identificados 824 artigos, dos quais foram extraídos 55 que apareceram repetidos em função do uso de três descritores correlatos. Com isso, obteve-se um total de 769 artigos publicados no período 1988 a 2014, os quais foram submetidos a uma reclassificação a partir da leitura do título do estudo, levando-se em conta a especificidade do objeto de estudo conforme a tipologia descrita no *quadro 1*. Foram incluídos no primeiro grupo os estudos que tratam de análise política em saúde (*politics*), em um segundo conjunto, os estudos que abordam a dinâmica política em torno dos diversos componentes do sistema de saúde – o financiamento; gestão/participação e controle social; modelos de atenção; recursos humanos;

informação, ciência e tecnologia em saúde –, e em um terceiro, os estudos que tratam de análises de políticas de saúde específicas (*policy*).

Quadro 1. Tipologia dos artigos segundo objeto de estudo. Brasil, 1988-2014

Áreas	Definição
1. Análise política em saúde	Política de saúde em uma perspectiva internacional; Reforma Sanitária Brasileira; processo de construção do SUS; relações entre o público e o privado (SUS-Sams).
2. Componentes do sistema de saúde	Financiamento da saúde (volume de recursos, formas de distribuição, custos etc.); Gestão de sistemas de saúde (descentralização, regionalização, modalidades alternativas de gestão); Participação e controle social; Modelos de atenção em saúde; Recursos humanos em saúde; Ciência, tecnologia e inovação.
3. Análise de políticas de saúde específicas	Políticas voltadas a grupos populacionais específicos (mulher, criança, idoso, trabalhador etc.) ou ao enfrentamento de problemas específicos (Aids, dengue, hipertensão arterial, tuberculose etc.).

Fonte: Elaboração própria.

Uma vez realizada essa reclassificação, tomou-se cada um dos três conjuntos de artigos e procedeu-se a uma subdivisão temática, buscando-se identificar os subtemas abordados pelos autores. Com isso, foram construídos novos quadros que apontam o mosaico de questões selecionadas pelos diversos autores. Nessa perspectiva, os estudos que tratam de análise política ao nível macro (internacional ou nacional) foram reagrupados segundo o tema abordado. O mesmo foi feito com relação aos estudos sobre componentes do sistema de saúde (KLECZKOWSKI; ROEMER; VAND DER WERFF, 1984), reclassificados segundo o componente analisado. Por fim, também foram reagrupados os estudos que tratam de análise de políticas específicas, sendo que, nesse caso, adotou-se uma classificação derivada da pesquisa realizada no site do Ministério da Saúde²⁹ que permitiu a identificação de ‘políticas’ elaboradas e formalizadas em documentos institucionais no período 2003-2014.

Resultados e discussão

A produção científica sobre política de saúde registrada no SciELO no período 1988-2014 totaliza, conforme explicitado anteriormente, 769 artigos, distribuídos, segundo a

²⁹ <http://portalsaude.saude.gov.br/>.

tipologia adotada neste trabalho, em três grupos. Dos estudos, 10,2% (78) contêm análises do processo político em saúde, enquanto 28,8% abordam aspectos referentes aos componentes do sistema de saúde. Quase metade dos trabalhos trata de análises de políticas de saúde específicas (49,0%), e 12,0% dos artigos correspondem a estudos que não se enquadram nos grupos anteriormente descritos (*quadro 2*).

Quadro 2. Distribuição dos artigos segundo objeto de estudo. Brasil, 1988-2014

Áreas	N	%
1. Análise política em saúde	78	10,2
2. Componentes do sistema de saúde	221	28,8
3. Análise de políticas de saúde específicas	377	49,0
4. Outros	93	12,0
TOTAL	769	100,0

Fonte: Elaboração própria.

a) Distribuição dos estudos de análise política em saúde por subárea temática

O primeiro trabalho entre os 78 incluídos nessa área temática foi publicado em 1988. Durante toda a década de 1990, observou-se apenas a publicação de um trabalho por ano, sendo que, a partir do ano 2000, esse número cresceu, de modo que, no período compreendido entre 2008 e 2014, encontra-se mais da metade das publicações (52,0%), o que talvez evidencie um aumento do número de pesquisadores da área que adotam uma perspectiva de análise abrangente acerca do processo político em saúde no País.

De fato, a redistribuição dos 78 artigos incluídos neste grupo por subárea temática (*quadro 3*) evidencia predominância de estudos acerca da política de saúde no Brasil (53,8%), especialmente do processo de RSB e construção do SUS, verificando-se também estudos que abordam a política de saúde em uma perspectiva internacional (20,5%) e pequena percentagem de estudos acerca da relação entre o SUS e o Sistema de Assistência Médica Suplementar (Sams). O restante dos trabalhos (21,8%) trata de análise política em saúde em uma perspectiva localizada (estudos de casos) e discussão de elementos teóricos para a análise de políticas sociais.

Esses achados evidenciam o interesse dos pesquisadores da área em acompanhar e analisar o processo de reforma do sistema de saúde ao longo dos últimos 27 anos,

chamando atenção a grande quantidade de trabalhos que se focam sobre os processos que incidem sobre o sistema público (SUS), aos quais se agrega um interesse crescente na problematização das relações entre o público e o privado, o que, de certo modo, reflete as tensões e contradições que perpassam o processo de implementação do SUS no Brasil nesse período (PAIM *et al.*, 2011; PAIM, 2013a; TEIXEIRA *et al.*, 2014).

Quadro 3. Estudos de análise política em saúde por subárea temática. Brasil, 1988-2014

Subárea Temática	Artigos	
	Nº	%
1- Políticas de saúde em uma perspectiva internacional	16	20,5
2- Política de saúde no Brasil: RSB/SUS (Geral)	42	53,8
3 - Relação entre o público e o privado (SUS/Sams)	3	3,9
4 - Outros	17	21,8
TOTAL	78	100

Fonte: Elaboração própria.

b) Distribuição dos estudos sobre o SUS segundo os componentes do sistema

Foram encontrados 221 artigos sobre os componentes do sistema de saúde (*quadro 4*). A subárea temática mais frequente foi a de gestão de sistemas e serviços de saúde (33,4%), seguida das subáreas modelos de atenção à saúde (16,7%), recursos humanos em saúde e ciência, tecnologia e inovação com 15,0 % das publicações cada uma. As subáreas participação e controle social (11,8%) e financiamento da saúde apresentaram os menores números de trabalhos (8,1%).

Quadro 4. Estudos sobre SUS segundo componentes do sistema. Brasil, 1988-2014

Subárea Temática	Artigos	
	Nº	%
a) Financiamento da saúde	18	8,1
b) Gestão de sistemas e serviços de saúde	74	33,4
c) Modelos de atenção à saúde	37	16,7
d) Recursos humanos em saúde	33	15,0
e) Ciência, tecnologia e inovação	33	15,0
f) Participação e controle social	26	11,8
Total	221	100,0

Fonte: Elaboração própria.

Essa distribuição revela o maior interesse dos pesquisadores com a problemática da gestão do sistema, abordada sob diversos ângulos, inclusive na perspectiva da chamada ‘gestão participativa’, o que pode explicar o pequeno número de trabalhos que abordam especificamente a ‘participação e controle social’. Chama a atenção, entretanto, o reduzido número de trabalhos sobre financiamento da saúde, um dos temas mais importantes na agenda política do setor, o que pode ter decorrido de certo viés na captura dos artigos, uma vez que não foi utilizado um descritor específico sobre esse tema.

c) Distribuição dos estudos sobre políticas específicas do Ministério da Saúde

Ao considerar que o Ministério da Saúde contempla em seu organograma responsabilidades definidas sobre políticas específicas, os 377 artigos referentes a políticas de saúde foram distribuídos segundo estas áreas (BRASIL, 2010), a saber: atenção à saúde; gestão do trabalho e educação da saúde; ciência, tecnologia e insumos estratégicos; gestão estratégica e participativa; vigilância em saúde e saúde indígena (*quadro 5*).

A área que apresenta maior número de trabalhos é a de Atenção à Saúde (59,6%), seguida das áreas de gestão do trabalho e educação da saúde (19,9%), ciência, tecnologia e insumos estratégicos (10,6%), vigilância em saúde (7,8%), gestão estratégica e participativa (1,6%) e, por fim, com o menor escore, a área de saúde indígena (0,5%).

Na área de atenção à saúde, destaca-se a predominância das publicações nas subáreas da ‘atenção básica’ (19,9%) e ‘atenção especializada e temática’ (19,2%). Na subárea atenção básica, a maioria dos estudos trata especificamente dessa política, provavelmente pela importância concedida à estratégia de saúde da família, abordada sob diversos ângulos (TEIXEIRA; SOLLA, 2006). Em um distante segundo lugar, estão os estudos sobre a política de saúde bucal, o que também parece estar vinculado à incorporação dessas ações no âmbito da atenção básica, principalmente nos últimos 12 anos (SOUZA; RONCALLI, 2007).

Na subárea ‘ações programáticas e estratégicas’, há predominância de estudos sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (6,9%), e em segundo

lugar, sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança e Aleitamento Materno (4,8%), o que pode refletir a prioridade tradicionalmente atribuída a esses dois grupos na atenção primária à saúde, embora o modelo empregado preconize uma abordagem familiar (SANTOS NETO, 2008).

Observa-se na subárea ‘regulação, avaliação e controle de sistemas’ o menor número de estudos (0,8%), os quais abordavam aspectos dos sistemas de informação e controle de sistemas e serviços em detrimento da regulação e avaliação, planejamento e programação das ações, não abordados nos estudos.

Na subárea ‘atenção hospitalar e urgência’ (3,2%), verifica-se discreta concentração de estudos acerca da Política Nacional de Atenção Hospitalar (1,3%), tema que parece estar sendo abordado mais em função de a relevância da atenção hospitalar ser o componente do modelo assistencial responsável pela maior absorção de recursos (CARVALHO, 2007) do que do ponto de vista da política governamental. Já a existência de estudos sobre a Política Nacional de Transplantes de Órgãos e Tecidos (1,1%), ainda que em número reduzido, sinaliza a importância do Programa de Doação, Captação e Transplante de Órgãos e Tecidos no Brasil, o qual realiza todos os tipos de transplantes com financiamento do SUS, incluindo oferta gratuita da medicação necessária após a realização das cirurgias, fazendo com que o País possua atualmente o maior programa público de transplantes do mundo (MARINHO, 2006).

A Política Nacional de Humanização, também componente da área de ‘atenção à saúde’, foi abordada em 4% dos estudos, percentual esse superior à subárea anteriormente citada, tal achado demonstrando a relevância que vem sendo atribuída à mudança nos modos de gerir e cuidar em saúde, que motivou a criação da Política Nacional de Humanização em 2003 (PASCHÉ; PASSOS; HENNINGTON, 2011).

Segunda área com maior número de publicações (19,9%), a ‘gestão do trabalho e educação da saúde’ concentra-se em estudos da gestão da educação na saúde (17,2%) em comparação à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, que foi estudada em apenas 2,7% dos trabalhos. Tal achado sinaliza maior dedicação dos estudos relacionados à formação profissional em saúde em detrimento da educação permanente dos profissionais e trabalhadores do setor, tema só mais recentemente priorizado na agenda política do sistema.

Na área de ciência, tecnologia e insumos estratégicos, foi encontrada percentagem quatro vezes superior de estudos sobre a Política Nacional de Assistência

Farmacêutica (8,5%), o que indica a relevância que a assistência farmacêutica tem assumido no SUS nos últimos anos na tentativa de melhorar o acesso dos brasileiros aos fármacos de que necessitam, podendo-se citar iniciativas como o Programa de Farmácia Popular, criado em 2004, e sua expansão para a rede privada em 2006 (VIEIRA, 2010).

Contudo, o acesso ainda é limitado, motivando inclusive onda crescente de ações judiciais para fornecimento de medicamentos e produtos, que integram o contemporâneo fenômeno da “judicialização da saúde” (PEPE *et al.*, 2010, P. 2406). O pequeno número de estudos sobre Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (2,1%), por sua vez, pode estar refletindo o mesmo processo indicado para a relação gestão da educação na saúde/educação permanente, ou seja, esta temática só ganhou relevância da agenda política nos últimos 12 anos, o que provavelmente vem estimulando a realização de estudos acerca da incorporação de tecnologias e inovações no SUS.

Quadro 5. Distribuição dos artigos segundo políticas de saúde específicas. Brasil, 1988-2014

Artigos por Áreas, Subáreas temáticas e Políticas	Nº	%
1. Atenção à Saúde	225	59,6
1.1 Atenção Básica	75	19,9
1.1.1 Política Nacional de Atenção Básica	50	13,3
1.1.2 Política Nacional de Saúde Bucal	13	3,4
1.1.3 Política Nacional de Alimentação e Nutrição	02	0,5
1.1.4 Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares	10	2,7
1.2 Atenção Especializada e Temática	73	19,2
1.2.1 Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa	05	1,3
1.2.2 Política Nacional de Média e Alta Complexidade	19	5,0
1.2.3 Política/Programa de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas	13	3,4
1.2.4 Política Nacional de Saúde Mental	27	7,2
1.2.5 Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas	04	1,0
1.2.6 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem	05	1,3
1.3 Ações Programáticas e Estratégicas	47	12,5
1.3.1 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional	00	0,0
1.3.2 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher	26	6,9
1.3.3 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança e Aleitamento Materno	18	4,8
1.3.4 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Adolescente	01	0,3
1.3.5 Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência	02	0,5
1.4 Regulação, Avaliação e controle de Sistemas	03	0,8
1.4.1 Sistemas de Informação	02	0,5
1.4.2 Controle de Serviços e Sistemas	01	0,3
1.4.3 Regulação e Avaliação	00	0,0

1.4.4 Planejamento e Programação das Ações em Saúde	00	0,0
1.5 Atenção Hospitalar e Urgência	12	3,2
1.5.1 Política Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados	01	0,3
1.5.2 Rede de Atenção às Urgências e Emergências	02	0,5
1.5.3 Política Nacional de Transplantes de Órgãos e Tecidos	04	1,1
1.5.4 Política Nacional de Atenção Hospitalar	05	1,3
1.6 Política Nacional de Humanização	15	4,0
2. Gestão do Trabalho e Educação na Saúde	75	19,9
2.1 Gestão da Educação na Saúde	65	17,2
2.2 Política Nacional de Educação Permanente em Saúde	10	2,7
3. Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos	40	10,6
3.1 Política Nacional de Assistência Farmacêutica	32	8,5
3.2 Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde	08	2,1
4. Gestão Estratégica e Participativa	06	1,6
4.1 Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS	02	0,5
4.2 Política Nacional de Educação Popular em Saúde	01	0,3
4.3 Política Nacional de Saúde Integral da População Negra	03	0,8
4.4 Política Nacional de Saúde Integral de Outras Populações (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais; Campo e floresta; em Situação de rua e Cigana)	00	0,0
5. Vigilância em Saúde	29	7,8
5.1 Vigilância Epidemiológica	07	1,9
5.1.1 Programa Nacional de Controle da Tuberculose	03	0,8
5.1.2 Programa Nacional de Imunizações, Controle da <i>Hanseníase</i> , da <i>Dengue</i> , da <i>Malária</i>	00	0,0
5.1.3 Controle de Chagas e Esquistossomose	04	1,1
5.2 Análise de Situação de Saúde	07	1,9
5.2.1 Política nacional de promoção da saúde	07	1,9
5.3 Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida e Hepatites Virais	08	2,1
5.3.1 <i>Política Nacional de Prevenção de DST/HIV/AIDS e Hepatites Virais</i>	08	2,1
5.4 Vigilância em Saúde Ambiental e do Trabalhador	07	1,9
5.4.1 <i>Política Nacional de Saúde Ambiental</i>	01	0,3
5.4.2 <i>Política Nacional de Saúde do Trabalhador</i>	06	1,6
6. Saúde Indígena	02	0,5
6.1 Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas	02	0,5
Total	377	100,0

Fonte: Elaboração própria.

Na área de ‘gestão estratégica e participativa’, predominam estudos acerca da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra em detrimento de outros grupos (0,8%), o que pode estar relacionado com a representatividade e consolidação do Movimento Social Negro (LIMA, 2010). Chama a atenção o fato de ter aparecido apenas um estudo sobre a Política Nacional de Educação Popular em Saúde e não aparecerem publicações sobre várias outras políticas que têm sido formuladas mais recentemente, como é o caso da Política Nacional de Saúde Integral de Outras

Populações (lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais; campo e floresta; em situação de rua e cigana).

Na área de ‘vigilância em saúde’, estudos sobre a Política Nacional de Prevenção de DST/HIV/Aids e hepatites virais foram os mais frequentes (2,1%), sugerindo a relevância atribuída à temática no País que conta com movimento social organizado em torno do tema e com um programa que, embora tenha dividido opiniões quanto à sua efetividade, destaca-se no mundo por oferecer tratamento antirretroviral gratuito (VILLARINHO *et al.*, 2013). Em segundo lugar, aparecem os estudos acerca da Política Nacional de Promoção da Saúde (1,9%), tema que tem sido abordado por vários pesquisadores, sendo que a divulgação dos resultados desses estudos não tem se dado por meio de artigos científicos, e sim por intermédio de livros e capítulos de livros (TEIXEIRA, 2006; PELLEGRINI FILHO; BUSS; ESPERIDIÃO, 2014). Foi encontrado também um único estudo sobre Política Nacional de Saúde Ambiental, e não houve publicações sobre os Programas Nacionais de Imunizações e Controle da Hanseníase, da Dengue e da Malária.

Por fim, a área de saúde indígena foi contemplada com apenas 0,5% das publicações. Embora corresponda à parcela numericamente pouco expressiva da população, os índios têm grande importância histórico-cultural para o País, o que poderia motivar parcela mais expressiva de estudos dedicados às suas diversas demandas, muito específicas, relativas à sua sobrevivência física e cultural diante da acelerada e complexa transformação social a que foram submetidos (CHAVES; CARDOSO; ALMEIDA, 2006).

Considerações finais

O mapeamento da produção científica sobre política de saúde no período 1988-2014 trata de uma primeira aproximação que será desdobrada em estudos posteriores que identifiquem as abordagens teóricas utilizadas pelos diversos autores. O estudo, entretanto, revela algumas características da prática de pesquisa que vem sendo desenvolvida na área de PPGS.

Em primeiro lugar, observa-se uma tendência ao aumento da quantidade de artigos publicados ao longo do período, o que certamente reflete o aumento exponencial de grupos de pesquisa nessa área, os quais somavam, em abril de 2015, cerca de 80

grupos registrados na plataforma de grupos de pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Tal fato pode estar ligado, inclusive, ao aumento do número de programas de cursos de pós-graduação na área de saúde coletiva.

Em segundo lugar, chama atenção a mudança que vem se verificando na distribuição desses trabalhos por área temática, o que evidencia uma mudança na seleção dos objetos de investigação e, provavelmente, uma diversificação de abordagens teórico-metodológicas aos diversos temas. De fato, no levantamento feito dez anos atrás (PAIM; TEIXEIRA, 2006), observou-se que a maioria dos estudos sobre política de saúde realizados até o início da década de 1990 apresentava uma perspectiva macro, utilizando categorias extraídas da abordagem marxista, tomando como referencial as relações Estado-sociedade, determinantes dos processos políticos na área de saúde. Paulatinamente, foram surgindo investigações sobre políticas, instituições e práticas de saúde, valorizando-se, também, estudos de avaliação em saúde, que incluem avaliação dos efeitos de políticas específicas.

Essa tendência parece ter se intensificado nos últimos anos, uma vez que o mapeamento do conjunto da produção revela a concentração dos estudos na análise de políticas específicas, o que pode estar refletindo a própria fragmentação do processo de formulação e implementação de políticas de saúde no Brasil, com ênfase na elaboração de propostas de intervenção sobre problemas apresentados por grupos populacionais específicos, que ao se organizarem politicamente, passam a atuar em diversos espaços governamentais.

Chama a atenção, portanto, o número relativamente reduzido de estudos sobre as questões do poder em saúde analisado na perspectiva macropolítica, da relação entre Estado e as classes sociais no Brasil contemporâneo, especialmente tendo em vista a problematização da sustentabilidade política do processo de RSB e os determinantes das tendências atuais de valorização do mercado de serviços de saúde, expressas tanto na expansão dos planos de saúde e serviços privados quanto na privatização do sistema público (COSTA; BAHIA; SCHEFFER, 2013; SESTELO; SOUZA; BAHIA, 2013; SCHEFFER, 2015).

É possível que isso reflita, indiretamente, a diversidade de concepções acerca da vitalidade do processo de RSB (HOCHMAN, 2013; PAIM, 2013b), com grande parte dos estudiosos se ocupando muito mais dos processos institucionais do que da luta

política mais geral para viabilizar a RSB enquanto uma reforma social, uma mudança no “modo de vida” (PAIM, 2008, P.38).

Isso indica a necessidade de avançar na leitura dos textos completos desses trabalhos, de modo a identificar a filiação dos autores a determinadas correntes de pensamento e a determinadas posições políticas com relação à RSB, tendo como referência o debate político mais geral sobre os rumos da sociedade brasileira no contexto atual e as perspectivas que se desenham em termos de política de saúde. Esse é exatamente o desafio que se está tratando de enfrentar como parte da pesquisa que vem sendo desenvolvida no âmbito do Observatório da Rede de Políticas de Saúde, sediado no Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, cuja finalidade principal é subsidiar o debate sobre os modos de produzir conhecimento cientificamente fundamentado e politicamente comprometido com o avanço do processo de Reforma Sanitária no País.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Regimentos Internos e organogramas básicos do Ministério da Saúde*. Ministério da Saúde: Brasília, DF, 2010.
- CARVALHO, D. M. T. Financiamento da assistência médico-hospitalar no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 879-892, ago. 2007.
- CHAVES, M. B. G.; CARDOSO, A. M.; ALMEIDA, C. Implementação da política de saúde indígena no pólo-base Angra dos Reis. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 295-305, fev. 2006.
- COSTA, A. M.; BAHIA, L.; SCHEFFER, M. Onde foi parar o sonho do SUS? *Le Monde Diplomatique Brasil*, v. 69, p. 30-31, 2013.
- HOCHMAN, G. Saudades do futuro ou um sistema de saúde em tempos democráticos. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1927-1953, out. 2013.
- KINGDON, J. W. *Agendas, alternatives, and public policies*. 3. ed. Longman: Washington, 2011.
- KLECZKOWSKI, B.; ROEMER, M.; VAN DER WERFF, A. Sistemas nacionales de salud y su reorientación hacia la salud para todos. *OMS Cuadernos Salud Pública*, n. 77, 1984.
- LEVCOVITZ, E. *et al. Produção de conhecimento em política, planejamento e gestão em saúde e políticas de saúde no Brasil (1974-2000)*. OPAS: Brasília, DF, 2003 (Série Técnica projeto de desenvolvimento de sistemas de serviços de saúde, 2).
- LIMA, M. Desigualdades raciais e políticas públicas: ações afirmativas no governo Lula. *Novos estud. – CEBRAP*, São Paulo, n. 87, p. 77-95, jul. 2010.

- MARINHO, A. Um estudo sobre as filas para transplantes no Sistema Único de Saúde brasileiro. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 2229-2239, out. 2006.
- PAIM, J. *et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*, maio 2011, p. 11-31. Disponível em:
<http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/Sistema%20de%20sa%C3%BAde_Celia%20Almeida_2011.pdf>. Acesso em: 2 dez. 2015.
- PAIM, J. S. A constituição cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública*, v. 29, n. 10, p. 1927-1936, 2013a.
- _____. Políticas de Saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia e Saúde*. 6. ed. Medsi: Rio de Janeiro; 2003, p. 587-603.
- _____. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador/Rio de Janeiro: EDUFBA/Fiocruz, 2008.
- _____. Reforma Sanitária Brasileira: eppur si muove. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, (10): 1952-1953, out, 2013b.
- PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. esp., p. 73-78, ago. 2006.
- PASCHE, D. F.; PASSOS, E.; HENNINGTON, E. A. Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4541-4548, nov. 2011.
- PELLEGRINI FILHO, A.; BUSS, P. M.; ESPERIDIÃO, M. A. Promoção da Saúde e seus fundamentos: determinantes sociais da saúde, ação intersetorial e políticas saudáveis. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. (Org.). *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Med Book, 2014. p. 305-326.
- PEPE, V. L. E. *et al.* A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2405-2414, ago. 2010.
- SAMPAIO, R. F.; MANCINI, M. C. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, São Carlos, v. 11, n. 1, p. 83-89, jan./fev. 2007.
- SANTOS NETO, E. T. *et al.* Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. *Saude soc.*, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 107-119, jun. 2008.
- SCHEFFER, M. O capital estrangeiro e a privatização do sistema de saúde brasileiro. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 4, p. 663-666, abr. 2015.
- SESTELO, J. A. F.; SOUZA, L. E. P. F.; BAHIA, L. Saúde suplementar no Brasil: abordagens sobre a articulação público/privada na assistência à saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 851-866, maio 2013.
- SOUZA, T. M. S.; RONCALLI, A. G. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 2727-2739, nov. 2007.

TEIXEIRA, C. F. Saúde da família, promoção e vigilância: construindo a integralidade da atenção à saúde no SUS. In: TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. *Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família*. Salvador: EDUFBA, 2006.

TEIXEIRA, C. F. *et al.* Produção científica sobre política, planejamento e gestão no campo da saúde coletiva: visão panorâmica. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. *Saúde Coletiva: teoria e prática*, Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 585-594.

TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. *Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família*. Salvador: EDUFBA, 2006.

TESTA, M. *Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1995.

VIEIRA, F. S. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*, Washington, v. 27, n. 2, fev. 2010.

VILLARINHO, M. V. *et al.* Políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, DF, v. 66, n. 2, p. 271-277, abr. 2013.

Recebido para publicação em maio de 2015

Versão final em novembro de 2015

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

CAPÍTULO

**PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE POLÍTICA DE SAÚDE NO
BRASIL (1988-2014): CONTRIBUIÇÃO AO DEBATE SOBRE A
REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA**

PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL (1988-2014): CONTRIBUIÇÃO AO DEBATE SOBRE A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

Jamilli Silva Santos

Carmen Fontes Teixeira

Introdução

A Reforma Sanitária Brasileira (RSB) vem sendo estudada como um fenômeno sócio-histórico, conformado por múltiplos fatos produzidos por vários atores, cujas ações configuram um processo desencadeado na sociedade brasileira em meados dos anos 70 do século passado e ainda em curso. Enquanto proposta foi resultante de um movimento da sociedade civil brasileira em defesa da democracia, dos direitos sociais e de um novo sistema de saúde (ESCOREL, 1999; GERSCHMAN, 1985; FLEURY, 1994). Transformou-se em projeto a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1986b) e desenvolveu-se como processo, especialmente com a instalação da Comissão Nacional de Reforma Sanitária (BRASIL, 1986a). Desse modo, a RSB é simultaneamente uma proposta, um projeto, um movimento e um processo (PAIM, 2008a).

A idéia e a proposta da RSB foram esboçadas no contexto da nova república que anunciava a recuperação dos direitos políticos para os brasileiros, apontando para a construção de um estado ampliado, onde se fariam presentes maior leque de interesses de classes, frações de classes, segmentos sociais e grupos de interesses. Marcadas ainda pelas lutas contra o autoritarismo desde a fundação do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES, 1979), tal idéia/proposta expressaram-se em um complexo projeto, cuja implantação iniciou-se após a 8ª CNS e adquiriu formalização a partir da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988). Esse projeto traduzia o corpo doutrinário da RSB, o qual previa que as modificações necessárias ao setor saúde transcendiam os limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se uma reformulação mais profunda das concepções e práticas de saúde, incluindo a reforma do setor em seus aspectos

políticos, organizacionais e técnico-operacionais (PAIM, 2008a), isto é, do seu arcabouço institucional, a partir da unificação, descentralização e democratização da gestão do sistema (NORONHA, LIMA e MACHADO, 2012), bem como da mudança do modelo de atenção à saúde, com ênfase na construção da integralidade do cuidado (TEIXEIRA e VILASBOAS, 2014).

Conformando-se, portanto como um conjunto de práticas ideológicas, políticas e culturais que tomam a saúde como referente fundamental, o processo de RSB pode ser descrito e analisado a partir de um ciclo integrado pelos momentos que contemplam desde a elaboração da idéia, à conformação da proposta e sistematização de um projeto político incorporado parcialmente à agenda do Estado e traduzido em políticas e ações de saúde nos últimos 25 anos (PAIM, 2008a; PAIM et al, 2011; PAIM, 2013a; TEIXEIRA, SOUZA E PAIM, 2014).

A compreensão desse processo perpassa pelo estudo das conjunturas conformadas desde a emergência da idéia até o momento atual. As análises e avaliações das políticas de saúde do governo Lula (TEIXEIRA E PAIM, 2005; BAHIA, 2010; MACHADO, BAPTISTA E LIMA, 2012) apontam continuidades e mudanças, embora sem questionarem ou aprofundarem a análise sobre o sentido do processo da RSB, assim como a sua possível permanência. Nem mesmo os obstáculos e as ameaças ao Sistema Único de Saúde (SUS), identificados na conjuntura atual por diversos estudos (NORONHA, SANTOS E PEREIRA, 2011; PAIM et al, 2011; BORGES, MOIMAZ, SIQUEIRA E GARBIN, 2012; OCKÉ-REIS, 2012; PAIM, 2012; COSTA, BAHIA E SCHEFFER, 2013), estimularam, até o presente, a realização de pesquisas e uma apreciação crítica da RSB que alcançassem o final do período Lula e o Governo Dilma Rousseff, especialmente diante das possíveis relações com projetos políticos em disputa na sociedade brasileira (MAGNO, 2014).

Para além dessas discussões não há consenso entre os estudiosos sobre a própria vitalidade da RSB. Hochman (2013) defende que a RSB findou-se como conjunto de idéias e práticas políticas contextualizadas em certo tempo de transição, resultado do seu próprio êxito na proposição de uma agenda política e criação de um sistema de saúde reconhecido mundialmente, bem como da conquista da democracia em 1985. Contrariamente, Paim (2013a) defende que a RSB enquanto processo não terminou, nem tem prazo de validade, o que pode ser evidenciado pela Agenda Estratégica para a Saúde (CEBES et al, 2010; 2011), pelas centenas de cidadãos formados pelo CEBES

nos últimos anos (SOPHIA, 2015) e pela movimentação de milhares de participantes dos congressos da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (LIMA e SANTANA, 2006) bem como da participação cidadã em Conselhos e Conferências de Saúde (CÔRTEZ, 2009; CÔRTEZ, 2010; LABRA, 2002; LOBATO E FLEURY, 2009).

A reflexão sobre esta polêmica gerou o interesse em se atualizar e aprofundar a revisão bibliográfica sobre Política de saúde no período pós-constituente, tomando-se como ponto de partida os estudos já realizados nessa linha (LEVCOVITZ et al., 2003; PAIM; TEIXEIRA, 2006; TEIXEIRA et al., 2014). Tomando como referencial o debate sobre a permanência ou esgotamento do processo de RSB foram elaboradas as seguintes questões: a) quais as características da produção científica brasileira sobre Política de Saúde no período 1988-2014? b) Quais as características da evolução temporal desta produção? c) Quais os principais temas e questões abordadas nos estudos realizados neste período? d) Até que ponto os estudos realizados expressam a ocorrência de mudanças na concepção dos pesquisadores em relação à RSB?

Nessa perspectiva, o objetivo geral desse capítulo é apresentar os resultados de uma revisão sistemática da literatura mediante a aplicação de métodos explícitos e sistematizados de busca, apreciação crítica e síntese (SAMPAIO; MANCINI, 2007) de artigos selecionados na Base Scielo em 2014, procedendo-se à sua classificação segundo temas e objetos de estudo, bem como a análise de conteúdo dos resumos e textos completos dos trabalhos da subárea “análise política em saúde”, nos quais se tratou de identificar até que ponto tais estudos reafirmam ou negam a permanência do processo de RSB nas diversas conjunturas, desde 1988 até o momento atual. Com isso, tratamos de discutir a manutenção, mudança ou transformação de concepções que marcaram a emergência da RSB no âmbito da comunidade científica da área de Saúde Coletiva, indicando, indiretamente, os contornos das bases de sustentação política desse processo.

Aspectos Teórico-Metodológicos

Tomamos como ponto de partida o conceito proposto por Paim (2003), segundo o qual *Política de Saúde*, é a resposta social (ação ou omissão) do Estado aos problemas e necessidades de saúde da população, contemplando, portanto, a intervenção sobre a produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam à saúde,

inclusive o ambiente. Desse modo, abrange as questões relativas ao *poder* em saúde (natureza, estrutura, relações, distribuição e lutas) bem como as que se refere ao estabelecimento de *diretrizes, planos e programas* de saúde. Ou seja, contempla tanto os planos de ação governamental (KINGDON, 2011) quanto a análise das relações de poder em saúde (TESTA, 1995).

Enquanto disciplina acadêmica, Política de Saúde inclui estudos sobre o papel do Estado, as relações Estado-sociedade, Movimentos sociais em saúde, as relações entre políticas de saúde e políticas econômicas e sociais (PAIM, 2003; LEVCOVITZ ET AL., 2003) e outros aspectos relativos à análise dos processos políticos que ocorrem em diversos espaços sociais. Também abarca estudos que tratam da formulação e implementação de políticas específicas no âmbito governamental, abordando, por exemplo, a conformação da agenda política em saúde, a elaboração de propostas de intervenção sobre problemas de grupos populacionais específicos bem como a gestão, implantação e avaliação de planos, programas e projetos.

Neste trabalho o mapeamento da produção científica implicou, em primeiro lugar, na definição dos Descritores de Assunto, com consulta a especialistas na área, bem como análise dos descritores disponíveis nos trabalhos anteriores, aliados ao recurso ao vocabulário controlado do DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e a própria estratégia de indexação da Scielo (Scientific Electronic Library Online). Mediante utilização dos Descritores “Política de Saúde”, “Sistema Único de Saúde” e “Direito à Saúde” foram então acessados os artigos na Scielo *home page* do Brasil, por abrigar em seu acervo a coleção recente de periódicos científicos brasileiros.

Foram identificados 824 artigos, dos quais foram extraídos 55 que apareceram repetidos em função do uso de três Descritores correlatos. Com isso, obtivemos um total de 769 artigos publicados no período 1988 a 2014, os quais foram submetidos a uma reclassificação a partir da leitura do Título do estudo, levando-se em conta a especificidade do objeto de estudo conforme a tipologia descrita no Quadro 1. Foram incluídos no primeiro grupo os estudos que tratam de Análise Política em saúde (*politics*), em um segundo conjunto os estudos que abordam a dinâmica política em torno dos diversos componentes do Sistema de saúde, quais sejam: Financiamento; Gestão/Participação e controle social; Modelos de atenção; Recursos humanos; e por fim, Informação, ciência e tecnologia em saúde, e em um terceiro os estudos que tratam de Análises de Políticas de saúde específicas (*policy*).

Uma vez realizada esta reclassificação tomou-se cada um dos três conjuntos de artigos e procedeu-se a uma subdivisão temática, buscando-se identificar os sub-temas abordados pelos autores. Com isso, foram construídos novos quadros que apontam o mosaico de questões selecionadas pelos diversos autores. Nessa perspectiva, os estudos que tratam de análise política ao nível macro (internacional ou nacional) foram reagrupados segundo o tema abordado. O mesmo foi feito com relação aos estudos sobre componentes do sistema de saúde (KLECZKOWSKI ET AL., 1984), reclassificados segundo o componente analisado. Por fim, também foram reagrupados os estudos que tratam de Análise de Políticas específicas, sendo que, neste caso, adotou-se uma classificação derivada da pesquisa realizada no site do Ministério da Saúde (<http://portalsaude.saude.gov.br/>) que permitiu a identificação de “políticas” elaboradas e formalizadas em documentos institucionais no período 2003-2014 (BRASIL, 2010).

Quadro 1 – Tipologia dos artigos segundo objeto de estudo. Brasil, 1988 - 2014

Áreas	Definição
1. Análise Política em saúde	Política de saúde em uma perspectiva internacional; Reforma Sanitária Brasileira; Processo de construção do SUS; Relações público-privado (SUS-SAMS).
2. Componentes do Sistema de saúde	Financiamento da saúde (volume de recursos, formas de distribuição, custos, etc.); Gestão de sistemas de saúde (Descentralização, Regionalização, Modalidades alternativas de gestão); Participação e controle social; Modelos de atenção em saúde; Recursos humanos em saúde; Ciência, Tecnologia e Inovação.
3. Análise de Políticas de saúde específicas	Políticas voltadas a grupos populacionais específicos (Mulher, criança, idoso, trabalhador, etc) ou ao enfrentamento de problemas específicos (AIDS, Dengue, Hipertensão arterial, Tuberculose, etc...).

Fonte: Elaboração própria

Finalmente, foi feita uma análise do conteúdo dos títulos, resumos e palavras-chave dos 78 artigos incluídos na subárea “análise política em saúde”, com vistas a identificar a presença de expressões que indiquem a referência ao processo de Reforma Sanitária Brasileira. Os termos utilizados nessa busca foram identificados a partir de consulta ao vocabulário controlado DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), no qual foi encontrado apenas o descritor “Reforma dos Serviços de Saúde” como sinônimo da Reforma Sanitária Brasileira. Considerando que o uso dessa ferramenta pela

comunidade científica é relativamente recente, optou-se por utilizar como elementos de busca além do descritor já citado, os termos: “Reforma Sanitária”, “Reforma Sanitária Brasileira”, “Movimento da Reforma Sanitária”, “Reforma do Setor Saúde” e “Movimento Sanitário”. Posto isso, os resumos dos trabalhos foram submetidos a ferramenta “localizar” do Word para buscar os referidos termos no texto, extraindo-se do conjunto apenas os que continham pelo menos uma dessas expressões no título, resumo ou palavras-chave.

Características e tendências da produção científica sobre Política de Saúde 1998-2014

A produção científica sobre Política de saúde registrada no Scielo no período 1988-2014 totaliza, conforme explicitado anteriormente, 769 artigos, distribuídos, segundo a data de publicação conforme o Gráfico 1. Verifica-se uma tendência ao crescimento do número de publicações a partir dos anos 2000, acentua-se a curva a partir do final da década, de modo que, no período 2007-2013, encontramos mais da metade das publicações (79%). A ligeira queda observada em 2014, provavelmente se deve ao fato dos artigos terem sido capturados em meados do referido ano.



Fonte: Elaboração própria

O aumento do número de artigos registrados na base Scielo pode estar indicando o aumento do número de periódicos que publicam trabalhos nesta área, e talvez, indiretamente, revele certo aumento do número de pesquisadores interessados nesse tema, o que, aliás, é coerente com a expansão do campo da Saúde Coletiva, especialmente dos programas de pós-graduação na área inclusive dos mestrados profissionais (TEIXEIRA, 2006b) que privilegiam a realização de estudos que abordam políticas e práticas do sistema de saúde (PIERANTONI, 2006; ARTMANN, 2006; DOURADO et al, 2006).

A classificação do conjunto dos artigos nos grupos temático definidos anteriormente (Quadro 1), resultou na distribuição apresentada no Quadro 2. Do total dos estudos, 10,2% (78) contemplam análises do processo político em saúde, enquanto 28,8% (221) abordam aspectos referentes aos componentes do SUS. Quase metade dos trabalhos trata de análises de políticas de saúde específicas (49,0%) e 12,0% dos artigos corresponde a estudos que não se enquadram nos grupos descritos.

Quadro 2 – Distribuição dos artigos segundo objeto de estudo. Brasil, 1988 – 2014

Áreas	N	%
1. Análise Política em Saúde	78	10,2
2. Componentes do Sistema de Saúde	221	28,8
3. Análise de Políticas de Saúde Específicas	377	49,0
4. Outros	93	12,0
TOTAL	769	100,0

Fonte: Elaboração própria

Distribuição dos estudos de Análise Política em saúde por subárea temática

O primeiro trabalho dentre os 78 incluídos nessa área temática foi publicado em 1988. Durante toda a década de 90 observou-se apenas a publicação de um trabalho por ano, sendo que, a partir do ano 2000 esse número cresceu, de modo que, no período compreendido entre 2008 e 2014 encontra-se mais da metade das publicações (52,0 %),

o que evidencia, talvez, um aumento do número de pesquisadores da área que adotam uma perspectiva de análise abrangente acerca do processo político em saúde no país.

A redistribuição dos 78 artigos incluídos neste grupo por subárea temática (Quadro 3), evidencia predominância de estudos acerca da política de saúde no Brasil (53,8%), especialmente do processo de RSB e construção do SUS, verificando-se também estudos que abordam a política de saúde numa perspectiva internacional (20,5%) e pequena percentagem de estudos acerca da relação entre o SUS e o Sistema de Assistência Médica Suplementar (SAMS). O restante dos trabalhos (21,8%) trata de análise política em saúde numa perspectiva localizada (estudos de casos) e discussão de elementos teóricos para a análise de políticas sociais.

Esses achados evidenciam o interesse dos pesquisadores da área em acompanhar e analisar o processo de reforma do sistema de saúde ao longo dos últimos 27 anos, chamando atenção a grande quantidade de trabalhos que se focam sobre os processos que incidem sobre o sistema público (SUS), aos quais se agrega um interesse crescente na problematização das relações público-privado, o que, de certo modo, reflete as tensões e contradições que perpassam o processo de implementação do SUS no Brasil nesse período (PAIM et al., 2011; PAIM, 2013a; TEIXEIRA et al., 2014).

Quadro 3- Estudos de Análise Política em saúde por subárea temática. Brasil, 1988 - 2014

Sub-área Temática	Artigos	
	Nº	%
1- Políticas de Saúde em uma perspectiva internacional	16	20,5
2- Política de Saúde no Brasil: RSB/SUS (Geral)	42	53,8
3 - Relação Público privado (SUS/SAMS)	3	3,9
4 - Outros	17	21,8
TOTAL	78	100,0

Fonte: Elaboração própria

Distribuição dos estudos sobre o SUS segundo os componentes do sistema

Sobre os Componentes do sistema de Saúde foram encontrados 221 artigos (Quadro 4). A subárea temática mais frequente foi a de Gestão de sistemas e serviços de saúde (33,4%), seguida das subáreas Modelos de Atenção à Saúde (16,7%), Recursos

Humanos em Saúde e Ciência, tecnologia e inovação com 15,0 % das publicações cada uma. As sub-áreas Participação e controle social (11,8%) e Financiamento da saúde apresentaram os menores números de trabalhos (8,1%).

Quadro 4 - Estudos sobre SUS segundo componentes do sistema. Brasil, 1988 - 2014

Sub-área Temática	Artigos	
	Nº	%
a) Financiamento da saúde	18	8,1
b) Gestão de sistemas e serviços de saúde	74	33,4
c) Modelos de Atenção à Saúde	37	16,7
d) Recursos humanos em saúde	33	15,0
e) Ciência, tecnologia e inovação	33	15,0
f) Participação e controle social	26	11,8
Total	221	100,0

Fonte: Elaboração própria

Essa distribuição revela o maior interesse dos pesquisadores com a problemática da Gestão do sistema, abordada sob diversos ângulos, inclusive na perspectiva da chamada “gestão participativa”, o que pode explicar o pequeno número de trabalhos que abordam especificamente a “Participação e controle social”. Chama a atenção, entretanto, o reduzido número de trabalhos sobre Financiamento da saúde, um dos temas mais importantes na agenda política do setor, o que pode ter decorrido de certo viés na captura dos artigos, uma vez que não foi utilizado um descritor específico sobre este tema.

Distribuição dos estudos sobre políticas específicas do Ministério da Saúde

Considerando que o Ministério da Saúde contempla em seu organograma, responsabilidades definidas sobre políticas específicas, os 377 artigos referentes a políticas de saúde foram distribuídos segundo estas áreas (BRASIL, 2010), a saber: Atenção à saúde, Gestão do trabalho e educação da saúde, Ciência, tecnologia e insumos estratégicos, Gestão estratégica e participativa, Vigilância em saúde e Saúde Indígena (Quadro 5).

A área de Atenção à Saúde é a que apresenta maior número de trabalhos (59,6%), seguida das áreas de Gestão do trabalho e educação da saúde (19,9%), Ciência, tecnologia e insumos estratégicos (10,6%), Vigilância em saúde (7,8%), Gestão estratégica e participativa (1,6%) e por fim, com o menor escore, a área de Saúde Indígena (0,5%).

Destaca-se na área de Atenção à saúde a predominância das publicações nas subáreas da “Atenção básica” (19,9%) e “Atenção Especializada e Temática” (19,2%). Na subárea Atenção Básica, a maioria dos estudos trata especificamente desta política, provavelmente pela importância concedida à Estratégia de Saúde da Família, abordada sob diversos ângulos (TEIXEIRA; SOLLA, 2006). Em um distante segundo lugar, estão os estudos sobre a Política de Saúde Bucal, o que também parece estar vinculado à incorporação destas ações no âmbito da Atenção Básica, principalmente nos últimos 12 anos (SOUZA; RONCALLI, 2007).

Há predominância na subárea “Ações Programáticas e Estratégicas” de estudos sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (6,9%) e em segundo lugar sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança e Aleitamento Materno (4,8%), o que pode refletir a prioridade tradicionalmente atribuída a esses dois grupos na atenção primária à saúde, embora o modelo empregado preconize uma abordagem familiar (SANTOS NETO, 2008).

Observa-se na subárea “Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas” o menor número de estudos (0,8%), os quais abordavam aspectos dos Sistemas de Informação e controle de Sistemas e Serviços em detrimento da Regulação e Avaliação, Planejamento e programação das ações, não abordados nos estudos.

Verifica-se na subárea “Atenção Hospitalar e Urgência” (3,2%) discreta concentração de estudos acerca da Política Nacional de Atenção Hospitalar (1,3%), tema que parece estar sendo abordado mais em função da relevância da atenção hospitalar ser o componente do modelo assistencial responsável pela maior absorção de recursos (CARVALHO, 2007) do que do ponto de vista da política governamental. Já a existência de estudos sobre a Política Nacional de Transplantes de Órgãos e Tecidos (1,1%), ainda que em número reduzido, sinaliza a importância do Programa de Doação, Captação e Transplante de Órgãos e Tecidos no Brasil, o qual realiza todos os tipos de transplantes com financiamento do SUS, incluindo oferta gratuita da medicação

necessária após a realização das cirurgias, fazendo com que o Brasil possua atualmente o maior programa público de transplantes do mundo (MARINHO, 2006).

Componente da Área de “Atenção à Saúde”, a Política Nacional de Humanização foi abordada em 4% dos estudos, percentual esse superior à subárea anteriormente citada, tal achado demonstra a relevância que vem sendo atribuída à mudança nos modos de gerir e cuidar em saúde, que motivou a criação da Política Nacional de Humanização em 2003 (PASCHÉ; PASSOS; HENNINGTON, 2011).

Segunda área com maior número de publicações (19,9%), a “Gestão do trabalho e educação da saúde”, concentra-se em estudos da Gestão da Educação na Saúde (17,2%) em comparação à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde que foi estudada em apenas 2,7% dos trabalhos. Tal achado sinaliza maior dedicação dos estudos relacionados à formação profissional em saúde em detrimento da educação permanente dos profissionais e trabalhadores do setor, tema só mais recentemente priorizado na agenda política do sistema.

Na área de Ciência, tecnologia e insumos estratégicos foi encontrada percentagem quatro vezes superior de estudos sobre a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (8,5%), o que indica a relevância que a assistência farmacêutica tem assumido no SUS nos últimos anos na tentativa de melhorar o acesso dos brasileiros aos fármacos de que necessitam, podendo-se citar iniciativas como o Programa de Farmácia Popular criado em 2004 e sua expansão para a Rede Privada em 2006 (VIEIRA, 2010).

Contudo, o acesso ainda é limitado, motivando inclusive onda crescente de ações judiciais para fornecimento de medicamentos e produtos, que integram o contemporâneo fenômeno da “Judicialização da Saúde” (PEPE et al., 2010). O pequeno número de estudos sobre Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (2,1%), por sua vez, pode estar refletindo o mesmo processo indicado para a relação Gestão da Educação na Saúde/Educação permanente, ou seja, esta temática só ganhou relevância da agenda política nos últimos 12 anos, o que provavelmente vem estimulando a realização de estudos acerca da incorporação de tecnologias e inovações no SUS.

Quadro 5 – Distribuição dos artigos segundo políticas de saúde específicas. Brasil, 1988 – 2014

Artigos por Áreas, Subáreas temáticas e Políticas	N.	%
7. Atenção à Saúde	225	59,6
1.1 Atenção Básica	75	19,9
1.1.1 Política Nacional de Atenção Básica	50	13,3
1.1.2 Política Nacional de Saúde Bucal	13	3,4
1.1.3 Política Nacional de Alimentação e Nutrição	02	0,5
1.1.4 Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares	10	2,7
1.2 Atenção Especializada e Temática	73	19,2
1.2.1 Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa	05	1,3
1.2.2 Política Nacional de Média e Alta Complexidade	19	5,0
1.2.3 Política/programa de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas	13	3,4
1.2.4 Política Nacional de Saúde Mental	27	7,2
1.2.5 Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas	04	1,0
1.2.6 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem	05	1,3
1.3 Ações Programáticas e Estratégicas	47	12,5
1.3.1 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional	00	0,0
1.3.2 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher	26	6,9
1.3.3 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança e Aleitamento Materno	18	4,8
1.3.4 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Adolescente	01	0,3
1.3.5 Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência	02	0,5
1.4 Regulação, Avaliação e controle de Sistemas	03	0,8
1.4.1 Sistemas de Informação	02	0,5
1.4.2 Controle de Serviços e Sistemas	01	0,3
1.4.3 Regulação e Avaliação	00	0,0
1.4.4 Planejamento e Programação das Ações em Saúde	00	0,0
1.5 Atenção Hospitalar e Urgência	12	3,2
1.5.1 Política Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados	01	0,3
1.5.2 Rede de Atenção às Urgências e Emergências	02	0,5
1.5.3 Política Nacional de Transplantes de Órgãos e Tecidos	04	1,1
1.5.4 Política Nacional de Atenção Hospitalar	05	1,3
1.6 Política Nacional de Humanização	15	4,0
8. Gestão do Trabalho e Educação na Saúde	75	19,9
2.1 Gestão da Educação na Saúde	65	17,2
2.2 Política Nacional de Educação Permanente em Saúde	10	2,7
9. Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos	40	10,6
3.1 Política Nacional de Assistência Farmacêutica	32	8,5
3.2 Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde	08	2,1
10. Gestão Estratégica e Participativa	06	1,6
4.1 Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS	02	0,5
4.2 Política Nacional de Educação Popular em Saúde	01	0,3
4.3 Política Nacional de Saúde Integral da População Negra	03	0,8
4.4 Política Nacional de Saúde Integral de Outras Populações (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais; Campo e floresta; em Situação de rua e Cigana	00	0,0
11. Vigilância em Saúde	29	7,8
5.1 Vigilância Epidemiológica	07	1,9
5.1.1 Programa Nacional de Controle da Tuberculose	03	0,8
5.1.2 Programa Nacional de Imunizações, Controle da <i>Hanseníase, da Dengue, da Malária</i>	00	0,0
5.1.3 Controle de Chagas e Esquistossomose	04	1,1
5.2 Análise de Situação de Saúde	07	1,9
5.2.1 Política nacional de promoção da saúde	07	1,9
5.3 Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida e Hepatites Virais	08	2,1
5.3.1 Política nacional de prevenção de <i>DST/HIV/AIDS e hepatites virais</i>	08	2,1
5.4 Vigilância em Saúde Ambiental e do Trabalhador	07	1,9

5.4.1 <i>Política Nacional de Saúde Ambiental</i>	01	0,3
5.4.2 <i>Política Nacional de Saúde do Trabalhador</i>	06	1,6
12. Saúde Indígena	02	0,5
6.1 Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas	02	0,5
Total	377	100,0

Fonte: Elaboração própria

Na área de “Gestão estratégica e participativa” predominam estudos acerca da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra em detrimento de outros grupos (0,8%), o que pode estar relacionado à representatividade e consolidação do Movimento Social Negro (LIMA, 2010). Chama a atenção o fato de ter aparecido apenas um estudo sobre a Política Nacional de Educação Popular em Saúde e não aparecerem publicações sobre várias outras políticas que têm sido formuladas mais recentemente, como é o caso da Política Nacional de Saúde Integral de Outras Populações (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais; Campo e floresta; em Situação de rua e Cigana).

Na área de “Vigilância em saúde” estudos sobre a Política nacional de prevenção de DST/HIV/AIDS e hepatites virais foram os mais frequentes (2,1%), sugerindo a relevância atribuída à temática no país que conta com movimento social organizado em torno do tema e um programa que embora tenha dividido opiniões quanto à sua efetividade, destaca-se no mundo por oferecer tratamento antirretroviral gratuito (VILLARINHO ET AL., 2013). Em segundo lugar aparecem os estudos acerca da Política Nacional de Promoção da saúde (1,9%), tema que tem sido abordado por vários pesquisadores, sendo que a divulgação dos resultados desses estudos não tem se dado através de artigos científicos e sim através de livros e capítulos de livro (TEIXEIRA, 2006a; PELLEGRINI FILHO; BUSS; ESPERIDIÃO, 2014). Foi encontrado também, um único estudo sobre Política Nacional de Saúde Ambiental e não houve publicações sobre os Programas Nacionais de Imunizações e Controle da Hanseníase, da Dengue e da Malária.

Por fim, a área de Saúde indígena foi contemplada com apenas 0,5% das publicações. Embora corresponda a parcela numericamente pouco expressiva da população, os índios têm grande importância histórico-cultural para o país, o que poderia motivar parcela mais expressiva de estudos dedicados as suas diversas demandas, muito específicas, relativas à sua sobrevivência física e cultural diante da acelerada e complexa transformação social a que foram submetidos (CHAVES, CARDOSO, ALMEIDA, 2006).

Análise de conteúdo dos artigos de “Análise política em saúde”

Além da análise da distribuição dos artigos selecionados segundo temas e objetos de estudo, realizamos a análise dos 78 artigos incluídos na subárea “análise política em saúde” (Quadro 2) com vistas a identificar a presença ou não de referência à Reforma Sanitária Brasileira, e caso positivo, em que período situam este processo. Do conjunto de trabalhos analisados apenas 16 fazem menção à RSB ou expressões correlatas, aparecendo como palavra-chave o termo “Reforma Sanitária” (9), e os termos “Movimento Sanitário” (1), “Reforma do Setor Saúde” (1), “Reforma dos Serviços de Saúde” (1), sendo que nos demais (4) os termos aparecem apenas no texto do resumo ou no título do artigo.

Quanto à evolução temporal apenas um trabalho foi publicado na década de 90 (QUEIROZ e VIANNA, 1992), sendo os demais publicados a partir dos anos 2000. A análise de conteúdo desses artigos revela que a grande maioria (15) faz menção direta à RSB seja em seus títulos, objetivos ou resumos. Muitos deles contemplam algum resgate histórico do movimento da RSB, suas origens históricas, bases conceituais e características do processo político (QUEIROZ e VIANNA, 1992; CORDEIRO, 2004; PAIM, 2006; CAMPOS, 2007b; PAIM, 2008b; FLEURY, 2009; COELHO, 2010; MERHY, 2012; SANTOS, 2013; SANTOS E SILVA, 2013; PAIVA e TEIXEIRA, 2014). Destes, apenas seis fazem menção à permanência do processo de RSB na conjuntura mais recente (PAIM, 2006; 2008b; CAMPOS, 2007b; FLEURY, 2009; COHN, 2009; SANTOS, 2013). Cabe assinalar que o artigo incluído neste grupo que não utiliza a expressão RSB ou “reforma sanitária”, usa o descritor “Reforma do setor saúde”, assumindo uma perspectiva de análise de políticas comparadas ao discutir elementos centrais desse processo em países da América Latina (ALMEIDA, 2002).

Chama a atenção o fato de que alguns dos autores que abordam o processo de RSB são reconhecidos como militantes históricos do movimento sanitário, conforme, aliás, é apontado por um dos trabalhos selecionados (PAIVA e TEIXEIRA, 2014) e apresentam uma reflexão fundamentada na avaliação dos avanços e dificuldades enfrentadas no processo. Um primeiro grupo se atém ao debate acerca da natureza do processo de RSB e identifica os desafios políticos e institucionais para sua continuidade e aperfeiçoamento. Outros, entretanto, apesar de se referirem à RSB, concentram sua análise no processo de construção do SUS, aspecto que, aliás, não passa despercebido dos primeiros, porém não é o foco central da sua análise.

Dos autores que situamos no primeiro grupo, destaca-se Jairnilson Paim, Gastão Wagner de Sousa Campos, Sonia Fleury e Nelson Rodrigues dos Santos. Paim (2008b, p. 640), aponta que apesar de suas notáveis conquistas, “*a RSB restringiu-se a uma reforma parcial de natureza setorial e institucional traduzida pelos 20 anos de implementação tortuosa do SUS*”. As limitações da RSB também são reconhecidas por Fleury (2009, p. 751), ao afirmar que, o “*instituído*” (a política pública institucionalizada a partir da RSB) se impôs ao “*instituinte*”, reduzindo o caráter libertário e transformador da reforma. Para a autora “*o paradoxo da reforma sanitária brasileira é que seu êxito (...) reduziu a capacidade de ruptura, inovação e construção de uma nova correlação de forças desde a sociedade civil organizada*” (FLEURY, 2009, p. 751). Outro autor que analisa as dificuldades desse processo é Campos (2007b) para quem a concretização da RSB enfrenta barreiras, como por exemplo, a “*cultura patrimonialista predominante na administração pública e a falta de eficiência das Conferências e dos Conselhos de Saúde, que apesar de relevantes, não tem sido suficientes para indicar rumos e criar os consensos*” (CAMPOS, 2007b, p. 1873).

Como se pode constatar, os autores acima citados, apesar das diferenças na abordagem do fenômeno “reforma sanitária brasileira”, tem em comum a compreensão de que este processo não se encontra encerrado, pelo contrário, defendem que enquanto movimento social a RS “*está desafiada a persistir na sua ação inovadora e criativa, na luta pelos direitos sociais*” (SANTOS, 2013, p.278).

Para isso, Paim (2008b, p. 627) considera que a análise do significado e da viabilidade do projeto da RSB exige a realização de investigações que permitam a “*identificação de atores sociais relevantes*” capazes de manter e dar continuidade ao processo. Nessa perspectiva Santos (2013, p. 278-279), defende os seguintes caminhos:

“retomada da comunicação direta com as entidades da sociedade e movimentos sociais; (...) fortalecimento dos conselhos de saúde; e (...) superação dos embates entre as causalidades governamentais e partidárias de um lado, e de outro, a conscientização e mobilização supra e apartidária por reforma do Estado, democrática e política, voltada para as diretrizes constitucionais de políticas públicas para os direitos sociais”.

Sonia Fleury, por sua vez, aponta alguns dos desafios institucionais presentes no momento atual da reforma sanitária, quais sejam:

“a incapacidade de implantar um modelo integral de atenção à saúde, (...) a incapacidade de implantar melhorias na gestão do sistema e na gestão das unidades, (...) a falta de uma renovação ética dos profissionais de saúde e (...) a dependência de insumos e medicamentos cujos preços e condições de produção por grandes empresas multinacionais fogem ao controle dos Estados nacionais” (FLEURY, 2009, p. 751).

Em outra perspectiva, situam-se os autores que analisam a RSB sob a ótica do processo de construção do SUS, destacando-se Amélia Cohn, para quem *“o processo de implantação do SUS, induziu – com todos os seus méritos – os militantes da área a abdicarem da Reforma Sanitária enquanto um projeto emancipatório”* (COHN, 2009, p.1616), Para a autora talvez o que esteja ocorrendo na atualidade, seja uma *“reforma da reforma”*, num processo em que a *“dimensão da política vem sendo subsumida pela dimensão técnico-científica, levando a uma pasteurização da própria dimensão política”* (COHN, 2009, p.1618). A hipótese da autora é que a explicação para tal fato deriva da *“incapacidade da comunidade do campo sanitário atual de formular um novo projeto para saúde articulado com um projeto para a sociedade”* (COHN, 2009, p. 1618).

Cardoso e Campos (2013, p.221-222), por sua vez, refletindo sobre o processo da RSB destacam que:

“o alcance incompleto e descontínuo das conquistas do movimento de reforma sanitária se relaciona à inviabilidade da estratégia de conquistas progressivas e cumulativas de direitos universais no interior do Estado brasileiro (...). Tal Estado, marcado pela influência do grande capital sobre todas as esferas da sociedade e do poder estatal, bem como pelo ataque permanente aos direitos da classe trabalhadora (...), escancara os estreitos limites do capitalismo dependente. Assim (...) as reivindicações em torno da ‘democratização progressiva’, bandeiras do movimento de luta pela reforma sanitária, se chocaram com a ordem social e política brasileira”.

Coerentemente com o foco de sua análise, Cohn (2009, p.1618) defende que a superação desses desafios implica em se buscar *“identificar quem são e onde se constroem novas redes de sociabilidade e novas identidades sociais”* capazes de levar à frente esse projeto, perspectiva que, de certo modo, conflui com as propostas elaboradas por Paim (2013b, p. 1953) com relação à identificação dos *“sujeitos da antítese”* capazes de dar continuidade ao processo de RSB e também com a proposta de Fleury (2009, p. 751), acerca da necessidade de *“construção permanente do sujeito, aquele que*

poderá transformar novamente o instituído em instituinte, para de novo institucionalizar-se”.

Por outro lado, Campos (2007a) elenca em seu estudo sete estratégias que se concentram, entretanto, na busca da consolidação do SUS. Para este autor, o caminho para avançar a reforma sanitária depende de:

“se privilegiar, no consenso a ser instaurado, elementos da tradição dos sistemas públicos, procurando, com isto, resolver uma série de ambigüidades discursivas e pragmáticas, que tem permitido ao ideário liberal-privatista sobreviver para além do conveniente e do necessário” (CAMPOS, 2007b, p. 1873).

Como se vê, apesar da confluência de concepções acerca da RSB, os trabalhos analisados revelam a diferença de propostas e estratégias para se garantir a viabilidade política bem como a continuidade do processo de RSB no âmbito institucional.

Considerações Finais

O mapeamento da produção científica sobre Política de Saúde no período 1988-2014 é uma primeira aproximação que será desdobrada em estudos posteriores que identifiquem as abordagens teóricas utilizadas pelos diversos autores. O estudo, entretanto, revela algumas características da prática de pesquisa que vem sendo desenvolvida na área de Política, Planejamento e Gestão em saúde e estimula o levantamento de propostas para a continuidade e aprofundamento da análise dos trabalhos publicados nesta área.

Em primeiro lugar observa-se uma tendência ao aumento da quantidade de artigos publicados ao longo do período, o que certamente reflete o aumento exponencial de grupos de pesquisa nessa área, os quais somavam em abril de 2015 cerca de 81 grupos registrados na Plataforma de grupos de pesquisa do CNPQ. Como apontamos anteriormente, tal fato pode estar ligado, inclusive, ao aumento do número de programas de cursos de pós-graduação na área de Saúde Coletiva, inclusive de mestrados profissionalizantes.

Em segundo lugar, chama atenção a mudança que vem se verificando na distribuição desses trabalhos por área temática, o que evidencia certa redefinição dos objetos de investigação e, provavelmente, uma diversificação de abordagens teórico-metodológicas utilizadas na análise dos diversos temas. De fato, no levantamento feito

dez anos atrás (PAIM; TEIXEIRA, 2006), observou-se que na maioria dos estudos sobre “Política de Saúde” realizados até o início da década de 90 do século passado, predominava uma perspectiva macro, utilizando-se categorias extraídas da abordagem marxista, tendo como referencial as relações Estado-sociedade, considerados determinantes dos processos políticos em saúde. Paulatinamente foram surgindo investigações sobre políticas, instituições e práticas de saúde, valorizando-se, também, estudos de avaliação de políticas e programas de saúde.

Essa tendência parece ter se intensificado nos últimos anos, uma vez que o mapeamento do conjunto da produção revela a concentração dos estudos na análise de políticas específicas, o que pode estar refletindo a própria fragmentação do processo de formulação e implementação de políticas de saúde no Brasil, com ênfase na elaboração de propostas de intervenção sobre problemas apresentados por grupos populacionais específicos, que ao se organizarem politicamente e ocuparem espaços de decisão no âmbito governamental, passam a pressionar pela formulação e implementação de programas e ações especificamente dirigidas ao atendimento de suas demandas.

Também chama a atenção o crescimento de estudos que abordam o processo de construção do SUS, tendencialmente voltados à análise de componentes específicos do sistema, principalmente os aspectos relacionados à gestão do sistema, seguido de estudos sobre modelos de atenção, financiamento, ciência e tecnologia, recursos humanos e participação social. Nessa perspectiva, é de se esperar a incorporação de referenciais teóricos provindos de disciplinas específicas, como é o caso da Administração pública, Economia, Educação, etc. colocando-se, portanto a necessidade de se avançar com a leitura e análise dos textos completos.

Chama a atenção, por fim, o número relativamente reduzido de estudos que abordem as questões do poder em saúde na perspectiva macro política, da relação entre Estado e as classes sociais no Brasil contemporâneo, especialmente tendo em vista a problematização da sustentabilidade política do processo de Reforma Sanitária Brasileira e os determinantes das tendências atuais de valorização do mercado de serviços de saúde, expressas tanto na expansão dos planos de saúde e serviços privados, quanto na privatização do sistema público (COSTA, BAHIA, SCHEFFER, 2013; SESTELO, SOUZA, BAHIA, 2013; SCHEFFER, 2015). Como vimos, são poucos os estudos que problematizam a RSB, quer analisando as dificuldades enfrentadas no processo, quer apontando estratégias para garantir sua viabilidade e continuidade na

conjuntura mais recente. É possível que isso reflita, indiretamente, a diversidade de concepções acerca da vitalidade do processo de RSB (HOCHMAN, 2013; PAIM, 2013b), com grande parte dos estudiosos se ocupando muito mais dos processos institucionais de construção do SUS do que da luta política mais geral para viabilizar a RSB enquanto uma reforma social, uma mudança no “modo de vida” (PAIM, 2008a).

Isso reforça a necessidade de se avançar na leitura dos textos completos destes trabalhos, de modo a identificar a filiação dos autores a determinadas correntes de pensamento, tendo como referência o debate político mais geral sobre os rumos da sociedade brasileira no contexto atual e as perspectivas que se desenham em termos de Política de Saúde. Esse é exatamente o desafio que estamos tratando de enfrentar como parte da pesquisa que vem sendo desenvolvida no âmbito do Observatório de Análise Política em Saúde, cuja finalidade principal é subsidiar o debate sobre os modos de produzir conhecimento cientificamente fundamentado e politicamente comprometido com o avanço do processo de Reforma Sanitária no país.

Referências bibliográficas

ALMEIDA, C. Equidade e reforma setorial na América Latina: um debate necessário. *Cad. Saúde Pública*, 2002.

ARTMANN, E. Desafios na formação de Recursos Humanos para o SUS: a experiência do Mestrado profissionizante da ENSP com a SAS-MS. In: LEAL, M.C. e FREITAS, C.M. (orgs) Cenários possíveis: experiências e desafios do mestrado profissional na saúde coletiva. FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2006, p. 151- 189

BAHIA, L. A saúde em banho-maria. In: Os anos Lula: contribuições para um balanço crítico 2003-2010. Rio e Janeiro: Garamond, 2010, p.351-368

BORGES, F.T.; MOIMAZ, S.A.S.; SIQUEIRA, C.E.; GARBIN, C.A.S. Anatomia da privatização neoliberal do Sistema Único de Saúde. O Papel das Organizações Sociais de Saúde. São Paulo: Cultura Acadêmica Editora, 2012.

BRASIL. Comissão Nacional de Reforma Sanitária. Documentos I. Rio de Janeiro, [S.d.]. p.25-26. 1986a

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 out. 1988. Seção II – Da Saúde (arts. 196 a 200), p. 116-118

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Geral de Inovação Gerencial. Regimentos Internos e organogramas básicos do Ministério da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Geral de Inovação Gerencial. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 359 p. – (Série E. Legislação de saúde).

- BRASIL. Relatório Final da 8a. Conferência Nacional de Saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986b, Brasília. Anais... Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p.381-389.
- CAMPOS, G.W. de S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do sus em questão?. *Ciênc. saúde coletiva*, Abr 2007a, vol.12, no.2, p.301-306
- CAMPOS, G. W. de S. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Nov 2007b, vol.12, p.1865-1874
- CARDOSO, F. M.; CAMPOS, G. W. de S. Reformas Neoliberais, Reforma Sanitária Brasileira e Fundações Estatais de Direito Privado: análise de documento da Fundação Estatal de Saúde da Família (FESF) - Bahia. *Saúde debate*, Jun 2013, vol.37, no.97, p.219-232. ISSN 0103-1104
- CARVALHO, D. M. T. de. Financiamento da assistência médico-hospitalar no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, Aug. 2007.
- CEBES. A questão democrática na área da saúde. 1979. Disponível em: http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2015/10/Cebes_Saúde-e-Democracia.pdf. Acesso: 04.10.15
- CEBES; ABRASCO; Rede Unida et al. Agenda estratégica para a saúde no Brasil. 2011. Disponível em: http://www.saudeigualparatodos.org.br./pdf/Agenda_Saude_para_Todos.pdf. Acesso: 21.07.14
- CEBES; ABRASCO; Rede Unida et al. Uma agenda estratégica para a saúde no Brasil. 2010. Disponível em: <http://www.cebes.org.br/media/File/Agenda%20Estrategica%20para%20a%20Saude.pdf>. Acesso: 19.07.14
- CHAVES, M. de B. G.; CARDOSO, A. M.; ALMEIDA, C. Implementação da política de saúde indígena no Pólo-base Angra dos Reis, Rio de Janeiro, Brasil: entraves e perspectivas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 295-305, Feb. 2006.
- COELHO, I. B. Democracia sem equidade: um balanço da reforma sanitária e dos dezenove anos de implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, Jan 2010, vol.15, no.1, p.171-183
- COHN, A. A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. *Cad. Saúde Pública*, Jul 2009, vol.25, no.7, p.1614-1619
- CORDEIRO, H. O Instituto de Medicina Social e a luta pela reforma sanitária: contribuição à história do SUS. *Physis*, Jul 2004, vol.14, no.2, p.343-362
- CÔRTEZ, S. V. Conselhos e conferências de saúde: papel institucional e mudança nas relações entre Estado e sociedade. In: LOBATO, L. de V. C; FLEURY; S. Participação, Democracia e Saúde. Coleção Pensar em Saúde. Reimpressão: CEBES, Rio de Janeiro, 2010, p. 102 - 128.
- CÔRTEZ, S. V. Sistema Único de Saúde: espaços decisórios e a arena política de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, jun. 2009, 25(7): 1626 – 1633.
- COSTA, A.M.; BAHIA, L.; SCHEFFER, M. Onde foi parar o sonho do SUS? *Le Monde Diplomatique Brasil* 2013; 69:30-1.
- DOURADO et al, A experiência do Mestrado profissional do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA2001-2004. In: LEAL, M.C. e FREITAS, C.M. (orgs) Cenários possíveis: experiências e

desafios do mestrado profissional na saúde coletiva. FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2006, p. 101-121.

ESCOREL, S.. Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. 208 p.

FLEURY, S. Estado sem cidadãos. Seguridade Social na América Latina. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Ciênc. saúde coletiva*, Jun 2009, vol.14, no.3, p.743-752

GERSCHMAN, S. A Democracia Inconclusa: Um Estudo da Reforma Sanitária Brasileira. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1985.

HOCHMAN, G. Saudades do futuro ou um sistema de saúde em tempos democráticos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 29(10):1927-1953, out, 2013.

KINGDON, J. W. Agendas, Alternatives, and Public Policies. 3.^a edição, Washington/USA: LONGMAN, 2011, 273p.

KLECZKOWSKI, B.; ROEMER, M.; VAN DER WERFF, A. Sistemas nacionales de salud y su reorientación hacia la salud para todos. *Cuadernos de Salud Pública*. nº 77, OMS, 1984.

LABRA, M. H.; FIGUEIREDO, J. S. A de. Associativismo, participação e cultura cívica. O potencial dos conselhos de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 7(3): 537 -547, 2002.

LEVCOVITZ, E.; BAPTISTA, T.W.F.; UCHÔA, S.A.C.; NESPLOLI, G.; MARIANI, M. Produção de conhecimento em política, planejamento e gestão em saúde e políticas de saúde no Brasil (1974-2000). OPAS: Brasília, 2003 (Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas de Serviços de Saúde, 2).74p.

LIMA, M. Desigualdades raciais e políticas públicas: ações afirmativas no governo Lula. *Novos estud. - CEBRAP*, São Paulo, n. 87, p. 77-95, July 2010.

LIMA, NT; SANTANA, JP (organizadores). Saúde coletiva como compromisso: a trajetória da ABRASCO. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. 232p

LOBATO, L. de V. C; FLEURY; S. Participação, Democracia e Saúde. Coleção Pensar em Saúde. CEBES, Rio de Janeiro, 2009, 288p.

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

MAGNO, Liz Duque. Dos clamores das ruas aos rumores no congresso: uma análise da conjuntura recente da saúde no Brasil. Dissertação de mestrado. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. ISC/UFBA. 2014. Disponível em:
<http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/18272>

MARINHO, A. Um estudo sobre as filas para transplantes no Sistema Único de Saúde brasileiro. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 2229-2239, Oct. 2006.

MERHY, E. Saúde e direitos: tensões de um SUS em disputa, molecularidades. *Saude soc.*, Jun 2012, vol.21, no.2, p.267-279

- NORONHA, J.C.; LIMA, L.D.; MACHADO, C.V. O Sistema Único de Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). Políticas e sistemas de saúde no Brasil. 2ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p.365-393
- NORONHA, J.C.; SANTOS, I.; PEREIRA, T. Relações entre o SUS e a saúde suplementar: problemas e alternativas para o futuro do sistema universal. In: SANTOS, N.R.; AMARANTE, P.D.C. (orgs.). Gestão pública e relação público-privado na saúde. Rio de Janeiro: Cebes; 2011. p.152-79
- OCKÉ-REIS, C.O. SUS: o desafio de ser único. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012
- PAIM, J.S. O futuro do SUS. Cad. Saúde Pública, 2012; 28: 612-613
- PAIM, J.; TRAVASSOS, C., ALMEIDA, C., BAHIA, L., MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios (2011). The Lancet, Estados Unidos da América, série: a saúde dos brasileiros, primeiro fascículo. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>>. Acesso em: 18 maio. 2015
- PAIM, J.S. Políticas de Saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. Epidemiologia e Saúde. 6ª. ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003, p.587-603.
- PAIM, J.S. Equidade e reforma em sistemas de serviços de saúde: o caso do SUS. *Saude soc.*, Ago 2006, vol.15, no.2, p.34-46.
- PAIM, J.S. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. EDUFBA/FIOCRUZ, Salvador, Rio de Janeiro, 2008a. 355 p.
- PAIM, J.S. A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. *Physis*, 2008b, vol.18, no.4, p.625-644
- PAIM, J.S. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde. Cad. Saúde Pública, 29(10): 1927-1953, 2013a.
- PAIM, J.S. Reforma Sanitária Brasileira: eppur si muove. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29 (10): 1927-1953, out, 2013b.
- PAIM, J.S.; TEIXEIRA, C.F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. Rev. Saúde Pública 2006; 40 (Supl.):73-78.
- PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, Mar 2014, vol.21, no.1, p.15-36. ISSN 0104-5970
- PASCHE, D. F.; PASSOS, E.; HENNINGTON, É. A. Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4541-4548, Nov. 2011.
- PELLEGRINI FILHO, A.; BUSS, P. M.; ESPERIDIÃO, M. A. Promoção da Saúde e seus fundamentos: determinantes sociais da saúde, ação intersetorial e políticas saudáveis. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. (Org.). *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Med Book. 2014. p. 305-326.
- PEPE, V. L. E. et al. A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2405-2414, Aug. 2010.

- PIERANTONI, C.R. Formação de gestores para o SUS In: LEAL, M.C. e FREITAS, C.M. (orgs) Cenários possíveis: experiências e desafios do mestrado profissional na saúde coletiva. FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2006, p. 123- 136.
- QUEIROZ, M. de S.; VIANNA, A. L. Padrão de política estatal em saúde e o sistema de assistência médica no Brasil atual. *Rev. Saúde Pública*, Abr 1992, vol.26, no.2, p.132-140
- SAMPAIO, R.F.; MANCINI, M.C. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Revista Brasileira de Fisioterapia*. São Carlos, v. 11, nº 1:83-89, jan./fev. 2007.
- SANTOS NETO, E. T. dos. et al. Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. *Saude soc.*, São Paulo , v. 17, n. 2, p. 107-119, June 2008.
- SANTOS, L. R. C. S.; SILVA, T. P. C. A utopia da Reforma Sanitária Brasileira em um discurso no Congresso da ABRASCO 2009. *Saúde debate*, Jun 2013, vol.37, no.97, p.210-2018
- SANTOS, N. R. dos. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. *Ciênc. saúde coletiva*, Jan 2013, vol.18, no.1, p.273-280. ISSN 1413-8123
- SCHEFFER, M. O capital estrangeiro e a privatização do sistema de saúde brasileiro. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 4, p. 663-666, Apr. 2015.
- SESTELO, J. A. de F.; SOUZA, L. E. P. F. de; BAHIA, L. Saúde suplementar no Brasil: abordagens sobre a articulação público/privada na assistência à saúde. *Cad. Saúde Pública* [online], v. 29, n. 5 [cited 2015-01-19], p. 851-866, 2013.
- SOPHIA, D. C. Saúde e Utopia. O Cebes e a Reforma Sanitária Brasileira. Hucitec. São Paulo: Hucitec/Sobravime, 2015, 328p.
- SOUZA, T. M. S. de; RONCALLI, A. G. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 23, n. 11, p. 2727-2739, Nov. 2007.
- TEIXEIRA, C.F.; PAIM, J.S. A política de saúde no governo Lula e a dialética do menos pior. *Saúde Debate*, v.29, n.31, p.268-283, 2005.
- TEIXEIRA, C.F. Saúde da família, promoção e vigilância: construindo a Integralidade da atenção à saúde no SUS. In: TEIXEIRA, C.F.; SOLLA, J.P. Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família [online]. Salvador: Editora EDUFBA, 2006a. 237 p. Sala de aula series, nº3. ISBN 85-232-0400-8. Disponível em:<<http://books.scielo.org>>.
- TEIXEIRA, C.F. Significado estratégico do Mestrado profissionalizante na consolidação do campo da Saúde Coletiva. In: LEAL, M.C. e FREITAS, C.M. (orgs) Cenários possíveis: experiências e desafios do mestrado profissional na saúde coletiva. FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2006b, p. 33- 47.
- TEIXEIRA, C. F.; SOUZA, L. E.; PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde, a difícil construção de um sistema universal na sociedade brasileira, IN: ALMEIDA FILHO, N; PAIM, J. S. (orgs). Saúde Coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: MEDBOOK, 2014, p. 121-37
- TEIXEIRA, C.F. e VILASBÔAS, A.L.Q. Modelos de atenção à saúde no SUS: transformação, mudança ou conservação. In: Paim, J.S. e Almeida-Filho, N. de. Saúde Coletiva: Teoria e Prática. 2014. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p.287-301

TEIXEIRA, C.F.; ABREU DE JESUS, W.L.; SOUZA, M.B.; ROCHA, M.D. Produção científica sobre política, planejamento e gestão no campo da saúde coletiva: visão panorâmica. In: PAIM, J.S.; ALMEIDA-FILHO, N. Saúde Coletiva: teoria e Prática, Rio de Janeiro, Medbook, 2014, p. 585-594.

TEIXEIRA, C.F.; SOLLA, J.P. Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família [online]. Salvador: Editora EDUFBA, 2006. 237 p. Saladeaula series, nº3. ISBN 85-232-0400-8. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 08 mar. 2013.

TESTA, M. Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde. São Paulo: HUCITEC/- Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.

VIEIRA, F. S. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. Rev Panam Salud Publica, Washington, v. 27, n. 2, Feb. 2010.

VILLARINHO, M. V. et al . Políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença. Rev. bras. enferm., Brasília , v. 66, n. 2, p. 271-277, Apr. 2013.

DISSERTAÇÃO

**ANÁLISE DO POSICIONAMENTO DO CEBES NO PROCESSO
POLÍTICO EM SAÚDE NA CONJUNTURA 2003-2014**

1. INTRODUÇÃO

A Reforma Sanitária Brasileira (RSB) tem sido estudada por vários autores³⁰ que descrevem sua emergência enquanto “movimento sanitário” nos anos 70, cenário de elaboração da proposta de mudança na política e na organização do sistema de saúde (SCOREL, 2008). Analisam ainda sua transformação em projeto político nos anos 80, quando suas propostas foram incorporadas à Constituição Federal de 1988 (TEIXEIRA, 1989), e os diversos momentos do processo de implantação do SUS nas distintas conjunturas que se configuraram nas últimas décadas (PAIM, 2008).

Alguns autores tem considerado a RSB como “coisa do passado” identificando o SUS como sua realização maior, enquanto outros chamam a atenção para que a implantação tortuosa do SUS não encerra em si o projeto mais amplo de reforma social proposto pelo movimento sanitário da década de 70 (HOCHMAN, 2013; PAIM et al., 2011; PAIM, 2013a), enfatizando, inclusive, o posicionamento de sujeitos políticos como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) que alertaram, em várias oportunidades, que a agenda da Reforma Sanitária não havia se esgotado, ainda cabendo novos esforços para a sua concretização.

Cabe registrar que o CEBES, criado em 1976, atuou como protagonista no processo de luta pela RSB (SCOREL, 1999), constituindo-se no espaço onde foi formulada a proposta original de “democratização da Saúde” (CEBES, 1979) e um dos principais articuladores do projeto institucionalizado a partir da aprovação da legislação básica do SUS e da implementação das estratégias de construção do sistema ao longo dos últimos 28 anos (1988-2016) (FLEURY, 1994; PAIM, 2008; 2013c).

A atuação desta entidade nos seus dez primeiros anos de existência foi objeto de estudo da pesquisa de Sophia (2015), que retrçou o contexto político e sanitário no qual foi criado o Centro, analisando sua trajetória basicamente a partir da análise do conteúdo da Revista Saúde em Debate (RSD), órgão veiculador do pensamento cebiano, em torno do qual se articulou o trabalho político e cultural da entidade.

³⁰ Balanço do estado da arte sobre políticas de saúde no período pós-constituente (1988 a 2014) encontrou no Scielo 769 artigos relacionados aos temas Direito à Saúde, Política de Saúde e SUS, dos quais 78 dedicam-se especificamente à análise política em saúde, discutindo o papel do estado na área, bem como a ação dos governos e estratégias de implementação de políticas (SANTOS e TEIXEIRA, no prelo).

Como a própria autora chama a atenção, a atuação do CEBES ao longo do processo de RSB aparece em vários estudos acerca desse processo (ESCOREL, 2008; FLEURY, 1994; PAIM, 2008), porém, sua pesquisa foi pioneira em tomar como objeto o Centro, enfocando os determinantes sociais e políticos de sua criação e seu posicionamento político no período 1976-1986.

A revisão da literatura científica da área de Política de Saúde no Brasil, realizada na base de dados bibliográfica Scielo, como passo inicial da presente investigação, (SANTOS e TEIXEIRA, no prelo), não revelou a existência de artigos que tratassem especificamente da trajetória e da atuação da entidade no período posterior à realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, porém cabe registrar a publicação, em 1997, do livro “Saúde e Democracia; a luta do CEBES”, organizado por Sonia Fleury (FLEURY, 1997), que atualiza o conjunto de temas que constituem os objetos de reflexão e atuação política da entidade.

De lá para cá se passaram quase vinte anos e o CEBES continua existindo e participando do processo político em saúde, posicionando-se enquanto sujeito coletivo face às políticas adotadas pelo Estado brasileiro na área de saúde, em distintas conjunturas. O presente estudo trata, especificamente, da sua atuação no período inaugurado com as eleições governamentais de 2002, cobrindo os governos Lula (2003-2010) e Dilma (2011-2014) e insere-se numa investigação mais ampla acerca do processo de Reforma Sanitária no período 2007-2016 (PAIM, 2013b), que tem como um dos objetivos analisar a ação política de sujeitos coletivos implicados na formulação e implementação de propostas consentâneas com os princípios da RSB em vários espaços institucionais.

Nesse sentido, tomaram-se como ponto de partida as seguintes questões: a) Qual o posicionamento político do CEBES com relação ao processo da RSB e construção do SUS no período 2003-2014? b) Que temas/problemas foram incluídos na agenda estratégica da entidade? c) Que posição o CEBES adotou com relação às decisões do MS no que diz respeito à construção do SUS?

O objetivo geral desse trabalho, portanto, é analisar o posicionamento do CEBES, enquanto sujeito coletivo, no processo político em Saúde na conjuntura 2003-2014, buscando identificar os temas priorizados por esta entidade no âmbito do debate político em saúde, analisar suas posições com relação às decisões governamentais adotadas pelo Ministério da Saúde e discutir a visão do CEBES sobre a RSB.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

A construção do referencial teórico desse estudo tomou como ponto de partida uma revisão do pensamento estratégico de Mario Testa, (TESTA, 1995; FEDERICO, 2015) tratando-se de identificar as categorias analíticas elaboradas pelo autor que são pertinentes a esse estudo, especificamente sua concepção acerca do processo político em saúde, da constituição dos sujeitos/atores sociais e das características de sua atuação no âmbito do setor saúde e da sociedade como um todo.

O estudo do **processo político em saúde** compreende a análise da atuação das organizações governamentais formalmente incumbidas da formulação e implementação de políticas e da gestão do sistema de saúde, bem como a análise da atuação de outros sujeitos ou organizações que, como assinala Testa (2007) tem capacidade de introduzir temas de discussão na agenda do Estado, e portanto, interferem na tomada de decisões acerca da seleção e enfrentamento dos problemas nesta área.

Nessa perspectiva o Estado é concebido como uma arena de conflitos, "espaço social", físico ou virtual, onde se encontram múltiplos atores, isto é, representantes de grupos, instituições, partidos políticos, envolvidos em processos de mobilização, participação e tomada de decisões que comportam negociações e acordos com relação à Política e organização do sistema de saúde. Assim, os diversos **sujeitos** se inter-relacionam, influenciando as ações uns dos outros, sendo que a atuação de cada um deles pode apresentar período de maior ou menor intensidade em determinadas conjunturas, de acordo com sua própria capacidade de organização e vocalização de suas demandas e propostas (TESTA, 2007).

Testa define duas categorias de **atores sociais**: o ator individual que é o sujeito que tem interesses no setor saúde e que ocupa uma posição que o coloca em uma situação de peso dentro do setor. E atores coletivos que consistem num agrupamento de sujeitos sociais individuais transformados em ator social (TESTA, 1995), os quais representam grupos sociais ou até mesmo uma classe ou uma fração de classe. Um grupo social é claramente identificável, sem ambiguidades, podendo-se citar como exemplo os profissionais de saúde, os quais, entretanto, podem apresentar diversas segmentações internas que se refletem na atuação política de suas entidades representativas. A classe por sua vez, não tem concretude real, de maneira que para poder exercer influência política, para ter poder político, tem que se apresentar como

um grupo social, implicando na multiplicidade dos grupos com interesses nem sempre totalmente coincidentes, o que gera lutas fragmentadas e às vezes contrapostas entre os grupos que fazem parte de uma mesma classe (TESTA, 1995).

Os **atores sociais individuais e coletivos** partilham de um mesmo objetivo que consiste na busca de um espaço social. Para os atores sociais individuais a busca de um espaço social se realiza sempre dentro dos limites fixados pelo Estado, através da ocupação de cargos de relevância em suas instituições. Para o sujeito coletivo é uma luta que se leva a cabo nas condições fixadas pelo Estado ou, quando essas condições estabelecem um bloqueio total, *contra* o Estado (TESTA, 1995). A transformação de um sujeito individual em um sujeito coletivo (grupo ou classe), para Testa, depende dos interesses comuns do conjunto, que estarão relacionados quase sempre nos países capitalistas subdesenvolvidos dependentes, às circunstâncias geradas nas condições específicas em que se realiza o processo de trabalho (o trabalho concreto).

Além da caracterização dos sujeitos individuais e coletivos, Testa (1995) chama a atenção para o **cenário** em que se dá a ação social, no caso, o **setor saúde**, que deixa de ser entendido como um conjunto de instituições e passa a constituir-se em um **espaço social** onde transcorrem os processos (discussão, conflitos, decisões, ação) da saúde, e onde se disputa o poder cotidiano e o poder societal. Neste sentido, as instituições têm um papel privilegiado como consequência da ação que seus atores - enquanto possuidores de **poder cotidiano**³¹ - desenvolvem, poder que se transforma, através dessa dinâmica institucional, em um poder de maior envergadura - o **poder societal** (TESTA, 1995).

Assim, inspirado em Gramsci, o autor destaca duas estratégias para ascender ao poder de decisão sobre as políticas de um país, a “tomada de poder” e “guerra de posição”, ou seja, tomada do poder pelo assalto ou por processo sequenciado de pequenas vitórias (TESTA, 1995, p. 16). Desse modo, segundo o autor, a sociedade moderna democrática oferece espaços sociais virtuais que podem converter-se em espaços reais de luta política, e que não se encontram fechados os caminhos de avanços a propostas transformadoras.

³¹ TESTA (1992) desenvolveu uma tipologia do poder em saúde, segundo a qual o mesmo subdivide-se em três tipos (técnico, administrativo e político). O primeiro refere-se à capacidade de gerar e lidar com a informação de características diferentes. O segundo, à capacidade de se apropriar e de atribuir recursos. O último, por sua vez, à capacidade de mobilizar grupos sociais em demanda ou reclamação de suas necessidades ou interesses.

O CEBES: ator social/sujeito político da RSB

Ao selecionar como objeto de estudo o posicionamento do CEBES no processo político em saúde no período 2003-2014, cabe caracterizar o CEBES enquanto sujeito coletivo (TESTA, 2007), que representa um conjunto heterogêneo de intelectuais, dirigentes, profissionais de saúde e lideranças comunitárias, articulados em torno de princípios e valores políticos comuns.

Conforme a própria definição do Centro em seu site, o CEBES é:

“uma entidade nacional criada em 1976, cuja missão histórica é a luta pela democratização da sociedade e a defesa dos direitos sociais, em particular o direito universal à saúde. Como espaço plural suprapartidário reúne ativistas, lideranças, pesquisadores, professores, profissionais e estudantes. Mais do que isso, articula e participa de frentes e alianças com diversos movimentos sociais, grupos e entidades da sociedade civil” (CEBES, 2014³²).

Segundo seu estatuto social, o Centro tem por objetivo *“organizar e fomentar debates, estudos, pesquisas na área da saúde e lutar pela melhoria das condições de vida e de saúde do povo brasileiro”* (CEBES, 2016³³). Nesse sentido, o Estatuto define o conjunto de atividades que cabe ao Centro realizar, indicando como temas principais, objeto de sua reflexão e ação, os seguintes: atuação política e sustentabilidade da entidade; produção de conhecimento científico sobre saúde e seus determinantes; aprimoramento da formação profissional em Saúde e a conscientização/mobilização da comunidade (ANEXO 1).

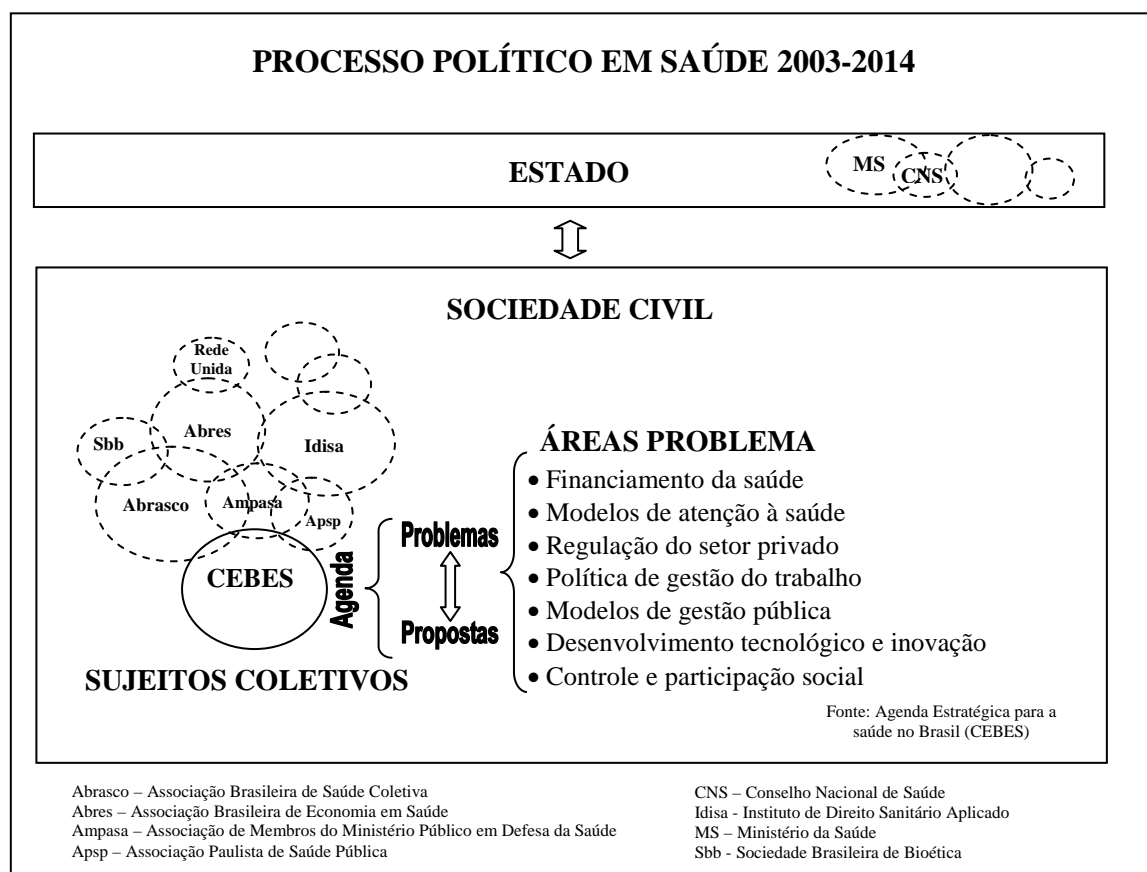
Ainda segundo o referido Estatuto, a gerência e execução de todas as atividades da entidade citadas anteriormente, ficam sob a responsabilidade da Diretoria Nacional. Essa última é eleita pelo período de dois anos, constituindo-se dos seguintes cargos: Presidente, Vice-Presidente, Diretor Administrativo, Diretor de Política Editorial e Cinco Diretores Executivos. Tais membros não são remunerados para o exercício de suas funções, não havendo ainda distribuição de lucros, vantagens ou quaisquer bonificações pela entidade a dirigentes, associados ou mantenedores (CEBES, 2016).

³²CEBES. Quem Somos. 2014. Disponível em: <<http://cebes.org.br/o-cebes/quem-somos/>>. Acesso: 07.set.2014

³³CEBES. Estatuto Social. 2016. Disponível em: <<http://cebes.org.br/o-cebes/estatuto-social/>>. Acesso em: 15.Jan.2016

Considerando o objetivo definido nesse estudo, tratou-se de sistematizar os elementos teóricos de referência para a análise da atuação do CEBES no período definido, sendo elaborado um modelo teórico (Figura 1), que situa o lugar ocupado pela entidade no conjunto de atores sociais envolvidos no processo de RSB, bem como, trata de apontar possíveis temas que se constituem em “áreas – problemas” (CPPS, 1975), isto é questões problemáticas³⁴ em cuja discussão se envolvem os diversos atores, quais sejam, o Financiamento da saúde, Modelos de atenção à saúde, Regulação do setor privado, Política de gestão do trabalho, Modelos de gestão pública, Desenvolvimento tecnológico e inovação e Controle e participação social do SUS.

Figura 1: Modelo teórico



³⁴ A identificação destas áreas problema, parte da análise dos componentes de um sistema de saúde (KLECZKOWSKI et al, 1984), utilizada em vários estudos sobre o SUS, a exemplo de Teixeira, Souza e Paim (2014) e também na revisão das Agendas estratégicas elaboradas pelas entidades vinculadas ao movimento pela RSB (CEBES et al, 2010; 2011).

Como se pode observar no diagrama, o CEBES faz parte da sociedade civil³⁵, juntamente com outras organizações de distintas naturezas que atuam no processo político em saúde no período considerado, com as quais o CEBES mantém relações, estabelecendo eventualmente alianças políticas e parcerias no desenvolvimento de projetos, bem como entidades cujo posicionamento distancia-se das posições por ele adotadas.

Além disso, conforme o diagrama, a ação política do CEBES e demais entidades da sociedade civil tem como interlocutores privilegiados as instituições estatais, notadamente o Ministério da Saúde (MS) e o Conselho Nacional de Saúde, instância de gestão participativa do SUS, espaço esse de elaboração, negociação e conflito em torno das propostas apresentadas pelos diversos segmentos, inclusive aqueles que se vinculam direta ou indiretamente ao CEBES, entidade representada no próprio conselho³⁶.

Nesse processo, portanto, os distintos sujeitos (TESTA, 2007) e organizações são entendidos como atores sociais com capacidade de introduzir temas de discussão na agenda do Estado, concebido como uma “condensação de relações de força” (POULANTZAS, 1981), portanto, um espaço onde se apresentam conflitos e se estabelecem negociações visando à construção de consensos que envolvem o “pessoal do Estado” (gestores, burocratas) e atores que representam, classes sociais ou frações de classe e/ou grupos organizados da sociedade civil (partidos políticos, sindicatos, associações, entidades religiosas, etc.) Nesse espaço relacionam-se então, esses múltiplos atores, envolvidos em processos de mobilização, participação e tomada de decisões que comportam conflitos, negociações e acordos com relação à Política e organização dos sistemas de saúde, por meio da utilização de estratégias institucionais, que contemplam, entre outras, a ocupação de espaços em instâncias de gestão ou na estrutura político-burocrática do Ministério da Saúde.

³⁵ Segundo definição de Teixeira (2010, p. 154) esse “conceito provindo da ciência política, diz respeito às organizações constituídas no espaço extra Estado, incluindo econômicas (empresas), políticas (sindicatos, associações, partidos políticos), culturais (clubes, associações desportivas, literárias), religiosas (igrejas) e outras. Mais recentemente, a tipologia de organizações que vem sendo mais utilizada faz referência ao Estado, ao setor privado e ao chamado ‘terceiro setor’, constituído de organizações não governamentais que conjugam, não apenas a defesa de interesses políticos de grupos, senão que também a prestação de serviços, ainda que sem se constituir propriamente em uma empresa privada, na medida em que atuam em áreas de interesse público”.

³⁶ O CEBES compõe o CNS inserindo-se no segmento de profissionais de saúde e no subsegmento entidade da comunidade científica da área da saúde, para o qual há processo eleitoral, como nas demais representações, ao final de cada exercício vigente. Desde o estabelecimento desse processo eleitoral para composição do CNS em 2006 o Cebes esteve como conselheiro titular nos Triênios 2006/2009, 2009/2012 e 2012/2015. Na atual composição pela primeira vez deixa a titularidade para ocupar a posição de 2º Suplente (Brasil, 2006; 2008; 2012; CNS, 2016).

3. ESTRATÉGIA METODOLÓGICA

Estudo de caso, de caráter exploratório e descritivo, baseado fundamentalmente na análise de documentos elaborados e divulgados pela Direção Nacional do CEBES no período 2003-2014, especialmente os documentos e os editoriais da Revista Saúde em Debate (RSD)³⁷, publicações essas que permitiram identificar o posicionamento político da entidade. Tais produções foram escolhidas por permitirem a identificação dos problemas selecionados e propostas elaboradas pelo CEBES com relação ao desenvolvimento da Política de saúde e do processo de construção do SUS na conjuntura 2003-2014.

Os quarenta editoriais e onze documentos analisados foram listados em ordem crescente seguindo o ano de publicação (Apêndice A1 e A2, respectivamente) e as informações extraídas dos mesmos foram processadas em uma matriz de análise documental (Apêndice A3) que contempla o número de ordem do arquivo, trechos retirados do documento e observações sobre o conteúdo dos mesmos.

Com base nessas informações, foi construída uma “linha do tempo” que tomou como base a linha elaborada no âmbito do projeto de pesquisa sobre a RSB³⁸, desdobrando-se o conteúdo relativo à atuação do CEBES (APÊNDICE A4). Cabe ressaltar que este diagrama contempla vários níveis, incluindo a periodização dos governos que se sucederam no período estudado, os principais fatos e acontecimentos que marcaram a trajetória da Política de saúde, as Diretorias do CEBES eleitas ao longo do período (APÊNDICES A5 E A6), e os documentos que registram o posicionamento da entidade com relação ao processo de RSB/SUS.

Com base nesta linha do tempo, foram estabelecidos os diversos “momentos” da história recente do CEBES, distinguindo-se, os seguintes; a) “crise e refundação (2005-2006)”, momento em que se evidenciou uma crise interna que gerou um debate sobre a viabilidade de sua permanência, o qual confluiu para a chamada “refundação do CEBES”; b) reativação do CEBES (2007-2014), período em que a entidade atuou

³⁷ Publicação do CEBES (<http://cebes.org.br/>), fundada em 1976 e distribuída aos seus associados. Todos os números da Revista são disponibilizados digitalizados (<http://www.saudeemdebate.org.br/>).

³⁸ Observatório de Análise Política em Saúde. Linha do tempo Análise do Processo da Reforma Sanitária Brasileira no período 2007 a 2016. Disponível em: <<http://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/eixos/linha-do-tempo/>>. Acesso em 18.Jan. 2016

continuamente no cenário político em saúde, posicionando-se, através de documentos, editoriais e números especiais da RSD.

A análise desses documentos possibilitou a identificação do posicionamento do CEBES diante de questões centrais (Problemas) colocadas em debate no processo político em saúde nesse período. Para isso, tomaram-se como ponto de partida as áreas temáticas definidas no modelo teórico – Financiamento da saúde; Modelos de atenção à saúde; Regulação do setor privado; Política de gestão do trabalho; Modelos de gestão pública; Desenvolvimento tecnológico e inovação, e Controle e participação social – incorporando-se também outros temas emergentes que mereceram a tomada de posição por parte da entidade verificando-se até que ponto o posicionamento do CEBES aproximava-se ou distanciava-se das propostas governamentais, ou seja, se seu posicionamento é convergente ou divergente com a direcionalidade³⁹ (MATUS, 1987) impressa pelo MS ao processo de implementação do SUS no período estudado.

A pesquisa cumpriu todos os requisitos constantes na Resolução CNS 466/12. Ressalta-se que se trata de pesquisa documental que utilizou publicações disponibilizadas em meio público digital, não havendo participação direta de seres humanos como sujeitos do estudo e, portanto, não houve necessidade de envio do projeto ao Comitê de Ética em pesquisa.

³⁹ Aqui se remete a importante contribuição teórica de Carlos Matus sobre o triângulo de governo. Para ele, (MATUS, 1987, p. 73) governar é “*algo muito complexo que não pode reduzir-se inteiramente a uma teoria*”. O autor defende que governar exige articular constantemente três variáveis: “*projeto de governo*”, “*capacidade de governo*” e “*governabilidade do sistema*”, cuja articulação compõe o triângulo de governo. O projeto de governo se refere ao conteúdo das proposições dos projetos de ação, sendo este produto não apenas das circunstâncias e interesses do ator que governa, como também da sua capacidade de governo. A capacidade de governo diz respeito à capacidade técnica, ao manejo de métodos, às habilidades e experiências de um ator e sua equipe de governo para conduzir o processo social até os objetivos estabelecidos, dependendo da governabilidade do sistema e do conteúdo das proposições do projeto de governo. Quanto à governabilidade do sistema, esta se refere às variáveis que são controladas pelo ator; quanto mais variáveis decisivas ele controlar, maior será sua liberdade de ação e maior será para ele a governabilidade do sistema (MATUS, 1987).

4. RESULTADOS

Inicialmente apresentam-se os resultados da análise documental que permitiram a caracterização da crise e refundação do CEBES (2005-2006), seguindo-se com a descrição da atuação da entidade no período subsequente, tendo como referência a Linha do tempo (Apêndice A4), periodizada segundo a sucessão das seis Diretorias nacionais eleitas no período (Apêndices A5 e A6).

4.1. Crise e refundação do CEBES (2005-2006)

A atuação do Cebes no cenário político em saúde no Brasil, desde sua fundação, foi pontuada por momentos de crise, relacionados à atualização do debate interno sobre o papel a ser desempenhado pela entidade, bem como, a garantia de sua sustentação financeira, inclusive pelo fato desta contar quase que exclusivamente, com recursos provenientes das anuidades pagas por seus associados, complementados por convênios/auxílios destinados à edição de suas revistas (CEBES, 2005a).

A maior dessas crises aconteceu no final do período em que Sarah Escorel esteve à frente da entidade (2000 – 2005), quando ocorreu uma profunda reflexão sobre o futuro do Cebes, seu papel na conjuntura e como mantê-lo funcionando, cogitando-se até mesmo a sua dissolução ou fusão com a Abrasco (CEBES, 2005a). Tal crise eclodiu inicialmente por razões financeiras, mas se desdobrou na reflexão acerca do posicionamento do Centro com relação à política de saúde adotada no primeiro governo do presidente Luís Inácio Lula da Silva (CEBES, 2005b).

Segundo alguns dos documentos revisados, a análise da conjuntura política inaugurada com a mudança de governo em 2003 e as ações desenvolvidas na área de saúde pelo Governo Lula (leia-se, MS, sob a gestão de Humberto Costa), foram foco da análise política no Cebes até o ano de 2004⁴⁰ (CEBES, 2003b; 2004b). Isto pode ser evidenciado, por exemplo, no trecho abaixo que aponta o descontentamento com a gestão financeira do SUS nesse período:

“voltamos a enfrentar situações freqüentes de quando éramos governados pelos representantes da elite: a proposta orçamentária de 2004 para a Saúde desrespeita a EC 29” (CEBES, 2003b, p.91).

⁴⁰ A leitura dos editoriais da RSD publicados neste período revelam que a análise da conjuntura política inaugurada a partir de 2003, foi interrompida momentaneamente pela reflexão interna suscitada pela crise e reestruturação da entidade em 2005, processo que se reflete nas publicações deste ano.

A insatisfação dos militantes do movimento sanitário com as ações do governo petista permaneceu após a conclusão do primeiro ano de mandato, ocasião em que o Cebes, apesar de reconhecer a pertinência de algumas ações desenvolvidas até então, a exemplo da qualificação da gestão do SUS, “*implantação/reestruturação de unidades de saúde*” e “*elaboração do Plano Nacional de Saúde*” (CEBES, 2004b, p.89), as considerou insuficientes para a efetivação do direito à saúde, conforme ilustrado no trecho a seguir:

“Nada de novo no front da política nacional de saúde. (...) O conjunto de iniciativas não consegue constituir uma política de saúde articulada e coesa dirigida à universalização do acesso e à garantia do direito à saúde integral e de qualidade” (CEBES, 2004b, p.89).

Ao longo de todo o ano de 2005, instalada a crise, o Cebes concentrou o foco de seus editoriais na reflexão sobre a crise interna e as possibilidades de superação. Nesse contexto, os associados foram chamados pela Diretoria Nacional a debater a situação e o futuro do Centro, tendo, nesta ocasião, sido apresentadas as seguintes opções⁴¹: 1) manutenção do Cebes, com aprimoramento de suas atividades editoriais; 2) dissolução da entidade⁴²; e 3) fusão total ou parcial à ABRASCO, processo cujos termos e significado deveriam ser discutidos, não só internamente ao Cebes, mas também com os próprios associados e a Diretoria da ABRASCO (CEBES, 2005b).

Diante das referidas alternativas e considerando o lugar de destaque do Cebes na história da RSB e a importância da manutenção dos periódicos por ele editados (Revista Saúde em Debate e Divulgação em Saúde para Debate), enquanto “*publicações daqueles que atuam e militam no Sistema Único de Saúde*” (CEBES, 2005b, p. 107), os associados decidiram em Assembléia Geral⁴³ que seria importante a manutenção e aprimoramento da entidade.

Uma vez tomada esta decisão, algumas iniciativas foram desencadeadas tendo em vista a reestruturação da entidade. Dentre elas a reorganização financeira para

⁴¹ Lamentavelmente os documentos consultados não revelam quando e onde se deu este debate, nem quais foram os militantes que participaram dele.

⁴² Segundo seu Estatuto, a dissolução seria realizada mediante uma Assembléia Geral Extraordinária, convocada especificamente para este fim, quando a decisão deveria ser tomada por maioria absoluta dos sócios presentes (CEBES, 2016).

⁴³ A Assembleia Geral Nacional, constituída pelos sócios, é o órgão soberano do Cebes, discute e delibera sobre assuntos diversos, a eleição da Diretoria, do Conselho Fiscal e do Conselho Consultivo aprova relatórios de atividades e de prestação de contas da Diretoria, com base em parecer do Conselho e modificações nos Estatutos (CEBES, 2016).

garantir sua sustentação e, inclusive, a permanência da linha editorial (Revista Saúde em Debate e Divulgação em Saúde para Debate⁴⁴) que constitui a espinha dorsal da entidade. A importância da manutenção desses periódicos foi enfatizada pelo fato de que eles “*abrem espaço para autores oriundos dos serviços de saúde, assim como para acadêmicos fora do eixo Sul-Sudeste*” (CEBES, 2005b, p. 107), além de que os documentos e artigos publicados em seus diversos números constituem um “*registro histórico (...) da política Nacional de saúde*”, permitindo a “*difusão de experiências locais, estaduais e nacionais da área da Saúde*”, constituindo-se, portanto, em importantes veículos de divulgação dos debates da RSB (CEBES, 2005b, p. 107).

O processo de reorganização financeira da entidade, por sua vez, foi realizado a partir da progressiva regularização do pagamento da anuidade pelos associados, estimulada pelos diversos apelos do centro em seus editoriais, e de inúmeros apoios recebidos através da compra de parte do estoque de revistas e livros, do recebimento de doação de recursos e da realização de convênios para publicação das revistas. Tal apoio contou com a participação de diversas entidades e instituições como: Abrasco, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, CONASEMS, FIOCRUZ e Rede Unida (CEBES, 2005a).

Nessa reestruturação o retorno às atividades propriamente políticas se deu com a participação do Centro no 8º Simpósio sobre Política de Saúde da Câmara dos Deputados⁴⁵ ocorrido em junho do ano 2005 (CEBES, 2005a), que resultou na “Carta de Brasília”, divulgada na Revista Saúde em Debate. Nesta Carta são defendidos entre outros pontos: redistribuição de renda de cunho social; reafirmação da Seguridade Social; defesa dos princípios e diretrizes do SUS; revisão dos subsídios e isenções fiscais para operadores e prestadores privados de planos e seguros de saúde; e manifestação contrária à terceirização da gerência e gestão de serviços e de pessoal da saúde (CEBES, 2005d, p. 221-223).

Ainda neste ano, uma nova Diretoria foi eleita, sob presidência de Sonia Fleury, para a gestão 2006-2009, com o compromisso de dirigir a refundação do Cebes e

⁴⁴ Fundada em 1989, a Revista Divulgação em Saúde para Debate (DSD) destina-se a difundir os documentos (artigos, comentários, relatórios) resultantes da realização de eventos (seminários, simpósios, encontros, congressos) promovidos por instituições ou entidades da área da Saúde. Link: <http://cebes.org.br/publicacao-tipo/revista-divulgacao/>

⁴⁵ Não há nos documentos analisados descrição da forma de atuação do Cebes neste Simpósio, porém, percebe-se que o Centro referendou o resultado do debate, através da assinatura da Carta de Brasília (CEBES, 2005d).

revitalizar seus instrumentos de comunicação (CEBES, 2005c). O trabalho da referida gestão iniciou-se com a publicação de dois documentos, a “**Plataforma de Refundação**” (CEBES, 2005c, p. 227-228) da entidade e “**A identidade política do CEBES**” (CEBES, 2005d, p. 397-399), os quais visavam nortear o processo de revitalização e consolidação do Cebes (CEBES, 2005c). Em ambos os documentos, a entidade assumiu e reafirmou as principais características que a definem, as bandeiras que defende e as estratégias que desenvolve, sendo que o primeiro enfatiza a atuação política setorial e o segundo aponta para uma ação política e social mais ampla.

A Plataforma de refundação enfatiza inicialmente o caráter da entidade, conforme fragmento a seguir,

“O CEBES é um espaço plural e não partidário, comprometido com a construção da Democracia e Saúde, entendendo que a democracia vai além da institucionalidade e da representação, passando pela construção de uma esfera pública plural e inclusiva, na qual os cidadãos se reconheçam como iguais e sujeitos de direitos”(CEBES, 2005c, p. 227).

Comprometida com a construção da Democracia a entidade destaca seu papel enquanto ator desse processo, conforme demonstra o trecho,

“repensar sobre o processo de saúde-doença e suas repercussões sobre a organização das práticas, a renovação institucional e a inovação gerencial para democratização da saúde integram um projeto que merece mobilização constante, e o CEBES será um ator autônomo, capaz de articular redes políticas que exerçam a crítica como instrumento de reflexão e ação” (CEBES, 2005c, p. 227).

Nesse sentido a entidade compromete-se com a busca pela hegemonia, conforme pode ser evidenciado no trecho:

“Mais do que atuar na trincheira do aparato estatal, o CEBES tem como missão a luta pela hegemonia, participando na construção e ampliação da consciência sanitária e na constituição de sujeitos políticos emancipados” (CEBES, 2005c, p. 227).

Refletindo sobre a RSB, a entidade destaca os avanços conquistados, sobretudo quanto à institucionalização do direito à saúde, porém reconhece a “*redução do poder de transformação do movimento sanitário*” (CEBES, 2005c, p. 227- 228). Nesse sentido, reafirma sua atuação conforme as duas naturezas que a compõem:

movimento social, “capaz de empolgar pelo vigor de sua proposta”, e organização social, “capaz de incidir na realidade com a clareza de suas propostas e sua capacidade de articulação política” (CEBES, 2005c, p. 228).

Quanto à efetivação do direito à saúde no cotidiano da população, a entidade destaca os caminhos a serem percorridos, conforme se pode ver a seguir:

“esta tarefa de fazer com que os direitos enunciados se transformem em direitos em exercício pleno da cidadania continua pendente e requer nossa ação política contundente e não conivente com a ineficiência e ineficácia, com o clientelismo e a corrupção, com qualquer forma de discriminação. Nossa tarefa no CEBES é demonstrar que um sistema público universal, de qualidade e humanizado é viável, hoje” (CEBES, 2005c, p. 228).

Por fim, diante das reflexões apresentadas a entidade aponta como estratégia de atuação a “construção e ampliação da consciência sanitária e a constituição de sujeitos políticos emancipados” (CEBES, 2005c, p.227) bem como a articulação com os “movimentos nacionais e internacionais” com fins semelhantes e com demais “atores políticos da sociedade civil organizada” (CEBES, 2005c, p.228). Pois, acredita que apenas com uma “organização forte da sociedade civil” se poderá alcançar a radicalização da democracia (CEBES, 2005c, p. 228) conforme pode ser evidenciado no trecho:

“A sociedade civil organizada tem se articulado em redes que buscam pensar formas mais eficazes de atuação política, permitindo superar os limites impostos pela setorialização, fragmentação e tentativas de cooptação. O CEBES necessita assumir um papel neste movimento social, articulando-se com a sociedade civil organizada para pensar os limites da democracia brasileira” (CEBES, 2005c, p. 228).

Já o documento que apresenta a reflexão sobre a identidade política do CEBES marca claramente a natureza socialista da entidade, conforme o trecho que segue:

“a identidade coletiva que nos agrega é a de uma instituição comprometida com o socialismo, e, portanto com a radicalização da democracia, o que requer participar da construção de uma nova correlação de forças na sociedade brasileira e também mundial que permita um real deslocamento do poder em direção aos setores dominados e excluídos. (...) Nossa perspectiva socialista vai além da democracia formal e requer uma verdadeira transformação nas

relações de poder, o que não ocorreu com a mudança de regime político (CEBES, 2005e, p. 397).

Desse modo, entendendo a peculiaridade de sua composição e direcionamento político a entidade caracteriza-se como parte da sociedade civil que busca a transformação social, como evidenciado nos trechos que seguem:

“se identificou sempre com um lugar da sociedade civil de onde se possa pensar criticamente a saúde e a sociedade brasileira e, desde esta análise de conjuntura, construir estratégias políticas transformadoras, difundi-las e buscar agrupar forças sociais capazes de impulsionar este processo de transformação. (...) conta com poucos recursos, não sendo um partido ou um grupo acadêmico de produção de conhecimentos, mas considera fundamental usar os conhecimentos e saberes para demarcar este lugar de um pensamento de esquerda, que tensione o espectro político mais tradicional e cobre mudanças institucionais e societárias” (CEBES, 2005e, p. 397).

Sobre a missão da entidade, ultrapassando o limite setorial, o documento defende medidas de amplo espectro condizentes com os ideais da RSB, como evidencia o trecho reproduzido abaixo:

“cobrar a universalidade, reivindicando um projeto coletivo de reforma sanitária que transcenda interesses, que, embora justos são particularistas, exigindo a transformação da democracia atual em uma democracia substantiva” (CEBES, 2005e, p.397).

O documento destaca ainda o desafio e importância da manutenção da autonomia diante do Estado, uma vez que a entidade deve manter uma *“postura crítica necessária para fazer a reforma avançar”*, e, sobretudo, cobrar posições governamentais em relação a pontos polêmicos (CEBES, 2005e, p.398). Nessa perspectiva, o Centro problematiza a questão conforme se vê no trecho que segue:

“o desafio atual é o de manter-se como uma organização autônoma, desvinculada do Estado e ao mesmo tempo em que buscamos inserir nossas bandeiras na arena política, conquistando aliados dentro e fora do Estado. A preservação da autonomia necessária é difícil na medida em que necessitamos de apoios políticos e materiais de órgãos estatais, para estruturarmos uma base material minimamente eficiente e que assegure a eficácia de nossas ações” (CEBES, 2005e, p. 398).

A questão da autonomia é pensada pela entidade, inclusive diante da inserção de alguns dos militantes do Centro, chamados carinhosamente de “*companheiros*” (CEBES, 2005e, p. 398) nos núcleos decisórios do Estado, o que, para a Direção Nacional, reforça a necessidade de manutenção de tal princípio, como se pode evidenciar no trecho:

“(...) as condições para tanto são mais favoráveis agora considerando o fato de termos como dirigente do Ministério da Saúde um companheiro que coloca nossas posições no seio do debate político. Em pouco tempo, sua gestão foi capaz de reinserir a saúde como tema da sociedade (aborto, bebida, prevenção), do governo (soberania em relação a multinacionais, separação Igreja e Estado, saúde como investimento) e em relação ao mercado (patentes, preços de monopólio), para mencionar alguns aspectos. Somos solidários e apoiamos estas iniciativas, mas reconhecemos que os limites para algumas das propostas encaminhadas serão dados pela base de sustentação e orientação ideológica e econômica deste governo. Por isto, nossa autonomia será imprescindível para inserir nossos interesses e também para cobrar posições governamentais em relação a pontos nevrálgicos” (CEBES, 2005e, p. 398).

Nesse particular, o documento destaca pontos polêmicos que provavelmente representariam possíveis embates com o governo, alguns deles apontados no trecho a seguir:

“(...) ameaça a universalização da saúde por medidas econômicas que sigam retirando recursos da saúde - como a preservação da DRU; medidas reformadoras que signifiquem redução de benefícios para a população mais pobre - como algumas medidas propostas na reforma previdenciária; ausência de uma proposta coerente de reforma do Estado na qual se defina uma política para o funcionalismo público que assegure carreiras dignas e combata clientelismo, corrupção e troca de favores, em detrimento da saúde da população” (CEBES, 2005e, p. 398).

Definidas a essência e linha de atuação política, a entidade dedicou-se também, nesse documento, a sistematizar as estratégias de atuação para o alcance de objetivos traçados, quais sejam:

(...) “a articulação com organizações, movimentos e partidos políticos que possam revitalizar a sociedade civil em torno das questões sanitárias (...) o que depende da construção de um SUS de qualidade, (...) que estimule o apoio da população, e ainda, da manutenção permanente da análise de conjuntura política, (...) o que permitirá

compreender o campo de lutas, atores e suas arenas e estratégias e fornecerá subsídios para definir alianças, escalonar prioridades, definir pautas e apoios, além de exercer a crítica a instituições e normas que demonstrem inoperância ou desvirtuamento na conjuntura atual, ainda que se tenha contribuído na sua criação” (CEBES, 2005e, p. 398-399).

Além dessas orientações estratégicas, o Cebes defende também a realização de ações pontuais, como a participação em espaços de discussão política em saúde que aconteceriam no período, bem como o fortalecimento de canais de veiculação de informação comprometidos com os princípios por ele defendidos. Assim, a entidade destacou a importância da participação no Congresso da ABRASCO, ALAMES e IHPS⁴⁶ e na 13ª Conferência Nacional de Saúde⁴⁷, bem como a retomada da periodicidade da Revista Saúde em Debate e da coleção de livros, o fortalecimento do boletim e o desenvolvimento de uma página eletrônica para interação com os associados e simpatizantes (CEBES, 2005e).

Pelo exposto, podemos constatar que o processo de refundação implicou na retomada dos princípios e diretrizes que nortearam a criação da entidade nos anos 70 do século passado, e implicaram na atualização das suas estratégias diante do novo cenário político que se configurava na saúde e na sociedade brasileira. Desse modo, a ênfase concedida inicialmente à democratização da saúde e da sociedade, permanece como eixo estruturante da atuação do CEBES, enfatizando, porém, a necessidade de identificação dos novos sujeitos políticos com os quais o centro deveria se articular para manter e ampliar a luta pela RSB.

4.2. Participação e posicionamento do CEBES diante dos fatos e acontecimentos políticos no período 2003-2014

A partir da análise das informações obtidas nas publicações estudadas⁴⁸, foi possível construir uma linha do tempo relativa à trajetória do CEBES no período 2003-

⁴⁶ 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (e 11º Congresso Mundial de Saúde Pública) realizado em 2006 na cidade Rio de Janeiro; X Congresso Latino-Americano de Medicina Social, realizado em Salvador (BA), no ano de 2007 (IANNI et al, 2015); Congresso IHPS não identificado.

⁴⁷ 13ª Conferência Nacional de Saúde realizada de 14 a 18 de novembro de 2007, em Brasília-DF.

⁴⁸ Dentre os fatos abordados pelo Cebes em suas publicações destacamos aqueles sobre os quais a entidade mais se debruçou, trazendo ao debate análises, e principalmente, suas posições políticas através de seus editoriais, ou ainda, da elaboração de documentos e números especiais da RSD.

2014 (Apêndice 4) a qual apresenta uma série de fatos da conjuntura que motivaram a tomada de posição do Cebes ao longo do período estudado.

Considerando a heterogeneidade dos processos nos quais tais fatos se inserem, optou-se por apresentar os resultados da análise documental em cinco subitens: a) o posicionamento do CEBES diante de fatos conjunturais; b) posicionamento do Cebes diante da condução do processo de implementação do SUS; c) posicionamento do Cebes nas Conferências Nacionais de Saúde (12^a, 13^a e 14^a) realizadas neste período; posicionamento do CEBES no debate político eleitoral; e) iniciativas desenvolvidas pela entidade para o fortalecimento da sua organização interna.

4.2.1. Posicionamento do CEBES diante de fatos conjunturais

Dentre os fatos conjunturais que mereceram a tomada de posição do Cebes, destacamos: a crise da atenção hospitalar (2005), o processo de regulamentação da EC 29 (2003 a 2012), a realização da Conferência Internacional do Meio-ambiente intitulada “Rio + 20” (2012), o lançamento do Programa Mais Médicos (2013) e o debate em torno da proposta de Cobertura Universal de Saúde no âmbito do Congresso Nacional (2014).

a) A problemática da **atenção hospitalar no âmbito do SUS** esteve na base de uma série de fatos que marcaram a conjuntura estudada. O acontecimento mais dramático, sem dúvida, foi a crise da rede pública de saúde no Rio de Janeiro, em 2005, que se apresentou ao público como uma crise da atenção hospitalar. Diante da problemática instalada (falta de pessoal, de remédios e de equipamentos; excesso de filas; falta de pagamento de fornecedores; atrasos de salário dos funcionários; emergências e centros cirúrgicos fechados em várias unidades), com consequente comprometimento da assistência à população, foi decretado estado de calamidade pública na saúde carioca, o que gerou a intervenção federal em seis dos mais importantes hospitais da cidade (MACHADO, 2005).

Cabe registrar que a Coordenação de Atenção Especializada do Ministério da Saúde, já detectava, desde 2004, a necessidade de uma reforma do sistema de atenção hospitalar no SUS (MS, 2004), tendo desencadeado um conjunto de ações, entre as quais a reorientação do atendimento de urgência e emergência (SAMU), a criação do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação e o Programa de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS (MS, 2004).

Tais medidas, entretanto, não foram suficientes para evitar a crise no Rio de Janeiro, a qual evidenciava uma problemática muito mais ampla, relativa à gestão do SUS, tema que tem sido objeto de reflexão e debate por parte do movimento sanitário desde as suas origens.

No auge desse processo a DN do Cebes elaborou um documento que contém o posicionamento da entidade⁴⁹. Intitulado “O lugar estratégico da gestão na conquista do SUS pra valer” (CEBES, 2005f) este documento reconhece a gestão como um dos principais problemas enfrentados no processo de construção do SUS, juntamente com o sub-financiamento, chamando a atenção para a ausência de um projeto político para o setor, como pode ser evidenciado no trecho abaixo:

“Há um amplo consenso sobre a necessidade de melhorar a gestão dos serviços de saúde e que a atenção hospitalar é ponto crítico do SUS. O modelo atual de gestão de nossos serviços de saúde encontra-se em crise. É necessário o alargamento e o aumento de resolutividade das portas de entrada do sistema (o nível básico de atenção) e a reinserção qualificada dos hospitais em redes de serviços efetivamente universais, regionalizadas, hierarquizadas e de qualidade” (CEBES, 2005f, p. 383).

A entidade defende nesse documento um conjunto de medidas amplas relacionadas ao aumento do montante de recursos a serem investidos nos hospitais e nos diversos níveis de atenção, enfatizando a necessidade de revisão dos modelos de atenção e a importância de profundas mudanças no âmbito da administração pública:

“É essencial impedir que os hospitais tenham sua gestão comprometida por barganhas políticas, o que exige a profissionalização da gestão e a criação de carreira de gestor para os dirigentes. (...) Ampliar a autonomia da gestão deve vir acompanhada de maior grau de responsabilização dos dirigentes. (...) O Desafio é estabelecer, no âmbito da administração pública, um modelo que a um só tempo outorgue autonomia de gestão das unidades hospitalares e fortaleça a coordenação das redes de serviços de saúde” (CEBES, 2005f, p. 383).

O desdobramento das discussões em torno das alternativas de gestão para os hospitais públicos foi pautado, nos anos seguintes, pelo debate em torno da proposta de

⁴⁹ Observou-se, em algumas circunstâncias, a não correspondência temporal exata entre fatos do cenário político em saúde destacados na linha do tempo (Apêndice 4) e as temáticas abordadas nas revistas da entidade.

criação das Fundações Estatais⁵⁰ (CARDOSO; CAMPOS, 2013), gerando, posteriormente, a apresentação do Projeto de Lei Complementar 92/2007⁵¹ à Câmara dos Deputados, o qual regulamenta o inciso XIX do art. 37 da Constituição Federal, para definir as áreas de atuação de fundações instituídas pelo poder público. Acompanhando este processo a entidade destaca também nesse documento a necessidade do debate sobre as diversas dimensões dessas Fundações com as mais diversas entidades da sociedade civil e com representantes do Legislativo, do Judiciário e do Ministério Público, sem, portanto, emitir um posicionamento acerca do tema (CEBES, 2005f).

b) A defesa da **EC 29** bem como as diversas fases do seu processo de regulamentação foram pautadas pelo Cebes ao longo do período estudado como parte do debate em torno da necessidade de se garantir uma fonte estável de financiamento para a saúde. No ano de 2003, em editorial que analisava os primeiros seis meses de atuação do novo governo, a entidade critica o descumprimento da EC 29 pelo mesmo, devido à incorporação indevida no orçamento da saúde de gastos com saneamento básico e ações que deveriam ser financiadas pelo Fundo de Combate à Pobreza (CEBES, 2003b).

Em 2004, inclusive, a entidade encaminhou ao Procurador Geral da República uma ação do Ministério Público para garantir o cumprimento da emenda, processo realizado em parceria com a Abrasco e com o ex-deputado federal pelo PT, Eduardo Jorge Martins Alves Sobrinho (CEBES, 2004b).

De fato, apesar de aprovada desde o ano 2000, a EC 29 só veio a ser regulamentada depois de transcorrida mais de uma década do início da sua tramitação. O Projeto de Lei Complementar 306 de 2008, correspondente à sua regulamentação foi aprovado em 7 de dezembro de 2011 no Senado e sancionado pela Presidência da República através da Lei Complementar 141, de 13 de janeiro de 2012 (MÉDICI,

⁵⁰ A proposta de criação das Fundações Estatais foi elaborada inicialmente em secretarias estaduais de saúde, a exemplo da SESAB (BAHIA, 2007), constituindo uma alternativa adotada por governos do PT à proposta de criação das Organizações Sociais e OSCIP, criada no governo de FHC, como parte da proposta de Reforma do Estado elaborada pelo ministro Bresser Pereira (MINISTÉRIO DA ADMINISTRAÇÃO FEDERAL E REFORMA DO ESTADO, 1995).

⁵¹ Projeto de Lei ainda em tramitação, estabelece que o Poder Público poderá instituir fundação estatal, sem fins lucrativos, nas áreas de atuação que específica. Fonte: http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=483713&filename=Tramitacao-PLP+92/2007

2014), ocasião em que esse tema volta a ser abordado pelo Cebes em um Editorial específico da RSD (CEBES, 2011c).

Neste texto, a DN analisa o processo de regulamentação da EC 29, destacando as dificuldades de manutenção da proposta original, chamando a atenção para a fragilidade e risco à sobrevivência do projeto político da RSB e do SUS:

“fica claro mais uma vez as fragilidades e riscos na sobrevivência do projeto político da Reforma Sanitária e do SUS. A defesa de uma fonte estável de financiamento para a saúde sempre constituiu uma bandeira de luta para o CEBES e demais entidades que lutam pelo direito à saúde. O significado dessa conquista é a possibilidade de transformar o direito universal à saúde e o SUS em real política de estado, não vulnerável às mudanças das políticas econômicas dos governos nacionais” (CEBES, 2011c, p.346).

A entidade destaca ainda que tal processo sofreu a influência do modelo de reprodução social e desenvolvimento econômico praticado no país, como pode ser evidenciado a seguir:

“as políticas sociais ainda não estão devidamente dimensionadas em sua perspectiva longitudinal e, tampouco, estabelecidas como políticas de Estado. Preponderam-se concepções gerencialistas de governo, orientadas por uma política econômica malsã, por sua vez, destituída de amplitude e perspectivas de longo prazo, desamparada do projeto de nação. Predominam as barganhas por ‘governança’ palaciana, negociadas no mercado da pequena política (...). Muitos governos mudam e os discursos reciclados e domesticados persistem. Vicejam as práticas mesquinhas entre representações de interesses menores e alinhados, de modo subserviente, ao modo de reprodução social e modelo de desenvolvimento econômico que estão a produzir crescente degradação e sucessivas crises, em escalas ascendentes. Em tal enredo, contexto e decorrentes conjunturas, o que tem restado às políticas sociais é o viés compensatório e focalizado, a vocação para o amortecimento de tensões sociais e a subalternidade diante dos imperativos do mercado financeiro. Em função de uma proclamada ‘responsabilidade fiscal’, governos consolidam o subfinanciamento para subsistemas públicos, mas, ainda assim, semiprivatizados, segmentados em fatias de maior e menor interesse do mercado. A barganha do possível da política pela ‘política do possível’, nos termos viciosos e viciados de um pragmatismo servil” (CEBES, 2011d, p.503).

Finalizado tal processo, a entidade avaliou a emenda regulamentada, destacando em sua avaliação os aspectos positivos conquistados, bem como, os entraves não superados, como pode ser verificado a seguir:

“Apesar do reconhecido avanço na definição normativa sobre o que devem ser gastos em Saúde, fica o gosto amargo da constatação de que, mais uma vez, as políticas públicas de Saúde parecem prioritárias somente em discursos governamentais de oportunidade eleitoral ou midiática. Os sucessivos governos lidam com as políticas sociais a partir de conveniências particulares e perspectivas demasiadamente restritas e restritivas” (CEBES, 2011d, p 503).

Apesar dessas constatações, a entidade chama atenção para a necessidade dos movimentos sociais persistirem na luta por um adequado financiamento para a saúde, e reafirma o papel do Cebes, conforme se vê a seguir:

“Sob a égide do interesse público e da radicalidade democrática, persistem Movimentos Sociais amparados por lutadores teimosos, resistentes e insistentes. Ao longo destes anos de luta e resistência pelo SUS, há recuos, mas também avanços. De todo o modo, o SUS permanecerá e irá persistir como práxis social e tensão instituinte-instituída da Política Social e Pública de Saúde. O Cebes também permanecerá e persistirá vigilante, crítico criativo, construtivo e atuante; renovando-se sempre na luta que faz a diferença” (CEBES, 2011d, p 503).

c) Outro acontecimento relevante na Linha do tempo foi a realização da Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável, a **Rio+20**, realizada de 13 a 22 de junho de 2012, na cidade do Rio de Janeiro, evento que colocou a questão ambiental no centro do debate político nesse momento. Dois anos antes da Conferência, entretanto, um Editorial da RSD já chamava a atenção para que *“o Movimento Sanitário está particularmente em débito histórico com a reflexão e com a tomada de posicionamento político acerca da questão ambiental” (CEBES, 2010d, p. 605)*. Desse modo, a entidade posicionou-se politicamente em dois editoriais (CEBES, 2012a; 2012c) dedicados ao tema, e também lançou um número temático da RSD intitulado *“Saúde, desenvolvimento e Sustentabilidade: desafios da Rio + 20” (CEBES, 2012g)*, através dos quais reafirma seus compromissos e convoca o Movimento Sanitário ao debate, conforme se vê no trecho que segue:

“Devemos reafirmar nossos compromissos com a saúde e a qualidade de vida equitativa dos povos de todo o mundo. O CEBES pode desempenhar um papel importante nessa luta! É nesse sentido que

convocamos o Movimento Sanitário para participar desse debate” (CEBES, 2012a, p. 6).

A tônica destas publicações foi a reflexão acerca do modelo de desenvolvimento econômico adotado no país e seus efeitos sobre o meio ambiente, enfatizando-se a crítica à “exploração predatória dos recursos naturais”, ao tempo em que se reafirma os riscos à saúde produzidos pelo “modo capitalista de produção”, conforme pode ser evidenciado no trecho:

“É eticamente inadmissível que o modo capitalista de produção continue a explorar os trabalhadores e a sociedade, expondo-os a riscos e danos a saúde e resultando em mortes prematuras e injustas. Aprofunda-se a exploração das classes trabalhadoras, sobrando aos cofres públicos arcar com os custos de tratamento das pessoas vitimadas pela exploração predatória de recursos naturais e de sua força de trabalho, enquanto os lucros são apropriados por poucos e cada vez mais concentrados pelos agentes do capital financeiro globalizado, apoiados pelos Estados nacionais aos quais estão associados” (CEBES, 2012c, p.4).

A entidade faz ainda diversas análises destacando a incompatibilidade do padrão de consumo das capacidades biológicas, até então praticado, e a sobrevivência das gerações futuras; a importância do envolvimento dos movimentos sociais nesse debate e os parcos avanços alcançados desde a Rio 92⁵². Além disso, critica o tema geral da Conferência, refletindo sobre a limitação ideológica imposta à discussão incutida já na construção do mesmo, conforme se pode evidenciar a seguir:

“(...) é sintomático observar que os dois principais temas da Rio +20, embora reflitam na área ambiental a tônica dos discursos dos países ricos e dos países em desenvolvimento, não constituem um binômio que resulte numa perfeita articulação entre os temas. Em Economia Verde no Contexto do Desenvolvimento Sustentável e a Erradicação da Pobreza, percebe-se de início que há apenas a indicação de uma possível transição para uma ‘economia verde’, supostamente mais amigável para o planeta, de maneira a reduzir seu ritmo de esgotamento; mas nunca que simplesmente interrompa o processo de exaurimento dos recursos naturais ou mesmo que sejam implementadas políticas para, em alguma medida, revertê-lo” (CEBES, 2012c, p.5).

⁵² Conferência das Nações Unidas Sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento (Rio 92), também realizada na cidade do Rio de Janeiro no ano de 1992.

Diante das limitações apresentadas, reconhecendo a dimensão ampliada de saúde e sua determinação social, a entidade defende a articulação dos movimentos sociais em busca de uma nova ética global, como pode ser visto no trecho:

“o movimento da reforma sanitária e as entidades da sociedade civil que atuam na defesa da saúde não podem fugir à responsabilidade de somar forças à causa ambientalista. (...) É preciso que uma nova ética global oriente fortemente a aplicação dos princípios da prevenção, da precaução e da solidariedade entre todos os povos e entre as gerações do presente e do futuro” (CEBES, 2012c, p.4).

De modo mais amplo, portanto, o Cebes defende que avanços substanciais para um desenvolvimento sustentável requerem a superação do modo de produção capitalista, conforme descrito no trecho:

“(...) enquanto não forem superados os obstáculos e contradições que o modo de produção capitalista impõe à implantação de uma agenda ambiental efetiva e solidária (e uma leva à outra), independentemente dos instrumentos de Direito Internacional, indutivos ou sancionatórios, que se construam para a defesa de um desenvolvimento ambientalmente sustentável, ainda não será possível avançar a passos suficientemente largos e velozes na direção da proteção da espécie humana” (CEBES, 2012c, p.5).

Diante do exposto, o Cebes assume então, uma postura “pessimista” em relação à questão ambiental, apesar de destacar a importância da Rio + 20 como espaço de construção do debate acerca do tema, conforme explicita nos trechos que seguem:

(...) “por não se perceber no horizonte uma oportunidade clara para a superação do modo capitalista de produção, mas apenas de sua transformação para um modo ‘capitalista verde de produção, persiste o pessimismo da razão. Isso porque, embora seja mais tolerável e amigável para muitos, é mantida a superexploração da força de trabalho pelo capital. (...) O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) enxerga na Rio+ 20 uma oportunidade rara e interessante de travar essa discussão. (...) Que o otimismo na ação por parte de todos os participantes e da luta sustentada que devemos travar seja suficiente para salvar o planeta e a humanidade da barbárie.” (CEBES, 2012c, p.5-6).

d) O ano de 2013 foi marcado por uma onda de protestos que percorreu o país no mês de junho e mobilizou centenas de pessoas e agrupamentos políticos (não ligados aos tradicionais movimentos sociais) às ruas com reivindicações diversas por direitos sociais e contra a corrupção (SOUSA; SOUZA, 2013). Parte das reivindicações desse movimento referia-se à saúde, exigindo melhores condições de atendimento e acesso aos serviços, como tentativa de resposta a muitas dessas demandas o governo federal, criou o **Programa Mais Médicos** (MAGNO e PAIM, 2015).

Sobre tal problemática, em editorial intitulado “O SUS precisa de Mais Médicos e de Muito Mais!” (CEBES, 2013b) o Cebes emitiu posicionamento, e mais que isso, analisou a situação da classe médica no país e sugeriu possíveis caminhos, para além dessa medida emergencial e focalizada. Nesse editorial a entidade reconhece a deficiência e a má distribuição de médicos como um problema grave do sistema de saúde brasileiro, conforme destaca o trecho:

“É consenso entre os gestores de todas as esferas do SUS que, entre todas as categorias profissionais da saúde, os médicos são os profissionais mais difíceis de prover nos serviços públicos de saúde. É também consenso que faltam médicos no Brasil, e que essa falta ocorre, principalmente no SUS. Não concordando com a argumentação das entidades médicas, que insistem na suficiência de médicos, o CEBES diagnostica a deficiência e a má distribuição de médicos como um problema grave” (CEBES, 2013b, p. 200).

Contudo, destaca a subordinação do setor saúde à lógica de mercado e a consequente expansão do setor privado, como causas da insuficiência de médicos no SUS, ao tempo em que problematiza as opções de política econômica adotada pelo governo federal, bem como as políticas sociais indutoras da lógica do consumo, como se vê no trecho a seguir:

“o principal problema do SUS não é a falta de médicos. Na verdade, esse é mais um dos sintomas do descaso crônico na implantação do projeto SUS, relegado pelos sucessivos governos pós-constitucionais ao destino de ser um sistema de baixa qualidade para atendimento da população pobre. (...) O principal problema do SUS é a subordinação do setor da saúde à lógica de mercado, que se expande sufocando o direito social previsto na Constituição. Não faltam médicos no SUS por causa de suas ruins condições de trabalho. (...) A política concreta é a de promover e conduzir o setor da saúde ao mercado, aproveitando-se do resultado da política de inclusão social, pautada

pela expansão do consumo, tônica da política econômica dos últimos anos. Essa política não enfrenta os interesses dos complexos econômicos da saúde, que seguem promovendo o crônico subfinanciamento do SUS e criando as condições ideais para a expansão do mercado da saúde. Essa é a principal razão que proporciona a concentração de médicos no setor privado e sua consequente escassez no setor público, modelo que saqueia o SUS e gera outras graves distorções na saúde brasileira” (CEBES, 2013b, p. 201).

Assim, para a entidade as medidas essenciais para a promoção de efetivas melhorias na oferta e distribuição de profissionais médicos no sistema de saúde brasileiro deveriam ser muito mais amplas, conforme pode ser visto no trecho abaixo:

“(…) É preciso garantir financiamento para investimentos permanentes no sistema; é preciso aprofundar as mudanças curriculares na formação médica, para além da ampliação do tempo do curso; é preciso que as universidades tenham como missão primeira formar os profissionais de saúde com o perfil necessário para as necessidades da população brasileira, ou seja, o trabalho no SUS; é igualmente necessário que a expansão das vagas e dos cursos de graduação em medicina seja feita essencialmente via universidades públicas, e nas localidades que mais necessitam de médicos; é preciso formar os especialistas necessários para garantir a integralidade da assistência; são necessárias mudanças na Lei de Responsabilidade Fiscal, que limita a capacidade dos municípios e estados de contratação de profissionais de saúde, que, preferencialmente, devem estar vinculados institucionalmente aos municípios; deve ser criado e implantado o Plano Nacional de Cargos, Carreiras e Salários para os trabalhadores do SUS” (CEBES, 2013b, p. 203-204).

Para além da questão específica do provimento de médicos, o Cebes aponta no editorial, medidas que considera essenciais para a promoção de efetivas melhorias na saúde em seu sentido mais amplo, destacando a necessidade de garantir o financiamento adequado do sistema:

“É fundamental que o governo federal saiba aproveitar esse momento em que a sociedade brasileira reivindica serviços públicos de saúde e corrija o erro que foi a regulamentação da Emenda Constitucional 29, sem a vinculação do percentual de 10% da Receita Corrente Bruta da União para a Saúde. Com a retirada dos incentivos e as renúncias fiscais aos planos e seguros privados de saúde, e com o incremento de recursos advindos dos royalties do Pré-Sal e da Taxação de Grandes Fortunas, é perfeitamente possível garantir esse patamar mínimo de investimento na saúde dos brasileiros, sem que

isso acarrete desequilíbrio fiscal. Temos convicção de que, com o investimento adequado e com a coragem necessária para enfrentar os interesses econômicos que incidem sobre o setor saúde, é possível e necessário consolidar o direito cidadão a saúde e o Sistema Único de Saúde, como demanda o povo brasileiro” (CEBES, 2013b, p. 204).

e) O ano de 2014 foi marcado por fatos que denotaram o interesse de grupos conservadores vinculados ao setor privado da saúde em inserir na agenda do Estado proposta de implantação da chamada “**Cobertura Universal de Saúde (CUS)**”⁵³. Esta foi abordada pelo Centro no editorial intitulado “Em defesa do direito universal à saúde: saúde é direito e não negócio” (CEBES, 2014b). Após descrever o contexto do desenvolvimento da proposta pela OMS, iniciado em 2005, a entidade esclareceu que apesar de usar o conceito de universalidade, a proposta prevê na realidade, o combate ao direito universal e o estímulo ao setor privado, conforme o trecho que segue:

“A competição do setor privado ao SUS assumiu um novo caráter nos últimos anos, com espaço crescente sendo ocupado pela enganosa proposta da ‘cobertura universal de saúde’. Por trás dessa expressão aparentemente favorável ao direito de todos e aos serviços públicos de saúde se esconde a forma mais insidiosa de defesa dos interesses privados que enxergam a saúde como mero negócio. (...) A fórmula da ‘cobertura universal de saúde’ defende abertamente que uma parcela crescente da população de diversos países está disposta a pagar por serviços de saúde e que poderosos atores do mercado se propõem a investir para que países de renda média e baixa adotem sistemas de saúde baseados na lógica do seguro” (CEBES, 2014b, p. 194).

Considerando o impacto negativo de tal proposta para a efetivação do direito universal à saúde, a entidade posiciona-se contra a posição adotada pelo Governo Brasileiro, que votou a favor da CUS na Assembléia das Nações Unidas. Coerentemente com sua posição, o Cebes propõe a mobilização de forças contrárias ao voto brasileiro visando sua reversão:

⁵³ Proposta apresentada pela OMS em sua 58ª Assembléia Geral, realizada em 2005. Prevê a “proteção do risco financeiro” e a busca de mecanismos alternativos de financiamento setorial, visa desenvolver sistemas de financiamento da saúde, que permitam às pessoas aceder a serviços sem enormes sacrifícios financeiros para pagá-los. Os postuladores desse conceito supostamente inovador da “cobertura universal” não abordam o gravíssimo problema da segmentação da oferta de acordo com as classes sociais e o tipo de proteção garantido pelas diferentes modalidades de seguros públicos ou privados. Segmentação na “cesta” e na qualidade dos cuidados garantidos (NORONHA, 2013).

“(...) a Assembléia das Nações Unidas aprovou, em sua 67ª sessão, uma resolução favorável à ‘cobertura universal de saúde’, com o voto favorável do Brasil. Nesse momento, o Cebes, juntamente com o Conselho Nacional de Saúde e a Abrasco, está empenhado na reversão do voto brasileiro nas Nações Unidas em função do risco que essa posição representa ao direito de todos à saúde. Uma vitória da ideia da ‘cobertura universal da saúde’ ou da saúde como negócio significa redução do direito à saúde” (CEBES, 2014b, p. 195).

Assim, considerando a oportunidade de debate político suscitado pela proximidade das eleições presidenciais o Cebes conclamou a sociedade e candidatos a repudiar tal proposta e lutar por medidas que promovessem a efetivação do direito universal à saúde, como pode ser visualizado a seguir:

“o Cebes conclama toda a população brasileira e os candidatos a cargos políticos na eleições de 2014 a repudiar: (1) a proposta enganosa e mal intencionada de ‘cobertura universal da saúde’; (2) o voto do Brasil favorável a tal proposta na sua 67ª sessão da Assembléia Geral das Nações Unidas, em 2012; (3) a continuidade da isenção no imposto de renda dos gastos das pessoas e empresas com planos de saúde privados; (4) a prática dos governos federal, estaduais e municipais de fornecer aos funcionários públicos e seus dependentes planos privados de saúde; (5) assim como a contratação de entidades privadas para a gestão de serviços públicos de saúde, responsáveis pela introdução da lógica privada em detrimento dos interesses públicos nesses serviços. O Cebes conclama toda a população e os candidatos a cargos políticos nas eleições de 2014 a lutarem a favor do: (1) aumento das despesas públicas com saúde da União para um mínimo de 10% do orçamento federal; (2) fortalecimento da rede pública do SUS e da capacidade de gestão do Estado sobre os serviços públicos de saúde” (CEBES, 2014b, p. 196).

4.2.2 Análise crítica do processo de implementação do SUS

Ao longo do período estudado a análise do processo de implementação do SUS foi tema recorrente nas publicações do Cebes. Motivou especificadamente quatro números da RSD: “20 anos de SUS” (CEBES, 2009d), “Rumos do SUS: o legal e o real” (CEBES, 2011e), “Construir o SUS como verdadeira Política Pública” (CEBES, 2011f) e “Financiamento e gestão do SUS” (CEBES, 2014f), além de quatro documentos dedicados ao tema, quais sejam: “O SUS pra valer” (ABRASCO, CEBES et al, 2005), “O lugar estratégico da gestão na conquista do SUS pra valer” (CEBES,

2005f), já abordado anteriormente, “Vinte anos do SUS: celebrar o conquistado, repudiar o inaceitável” (CEBES, 2009e) e “SUS: qual o rumo?” (CEBES, 2010h).

Tais publicações trazem reflexões sobre o SUS, os princípios norteadores sob os quais foi gestado, e principalmente, a abrangência e profundidade do seu projeto que corresponde à institucionalização de propostas de um amplo movimento que propunha mudanças dos valores prevalentes na sociedade brasileira, a RSB. Tais proposições podem ser evidenciadas no trecho:

“o Sistema Único de Saúde (SUS) é fruto de um longo processo desconstrução política e institucional nomeado Reforma Sanitária, voltado para a transformação das condições de saúde e de atenção à saúde da população brasileira, gestado a partir da década de 70, quando vivíamos sob a ditadura militar. (...) O projeto do SUS é uma política de construção da democracia que visa à ampliação da esfera pública, à inclusão social e à redução das desigualdades. Se a Reforma Sanitária é a expressão do nosso desejo de transformação social, sua materialização institucional no SUS é a resultante do enfrentamento desta proposta com as contingências que se apresentaram nessa trajetória” (ABRASCO et al, 2005, p. 386).

Alguns desses documentos foram produzidos pelo Cebes e demais entidades do movimento sanitário no contexto de processos eleitorais, objetivando reafirmar os princípios basilares do SUS, analisar seu processo de implementação (avanços e problemas), e, sobretudo, propor estratégias para sua efetivação buscando assegurar o comprometimento dos candidatos e futuros gestores. Nessa perspectiva o documento “O SUS pra valer” (ABRASCO et al, 2005) lançado por ocasião das eleições presidenciais do ano de 2006, propunha:

“a) Romper o insulamento do setor Saúde, e (...) priorizar o desenvolvimento social de forma integrada e integral; b) Estabelecer responsabilidades sanitárias (...) de cada ente governamental e direitos dos cidadãos usuários; c) Intensificar a participação e controle social: revitalizando os conselhos e conferências de saúde; d) Aumentar a cobertura, a resolutividade e mudar radicalmente o modelo de atenção à saúde; e) Formar e valorizar os trabalhadores da saúde; f) Aprofundar o modelo de gestão: realizar uma reforma administrativa que atenda às especificidades dos princípios e das organizações do SUS e lhes permita agilidade e eficiência de suas decisões; g) Aumentar a transparência e controle dos gastos; h) Ampliar a capacidade de regulação do Estado; i) Superar a insegurança e o subfinanciamento” (ABRASCO et al, p. 388-395).

Mantendo esse compromisso, nas eleições presidenciais de 2010 foram lançadas pelo Cebes e outras entidades da RSB duas Agendas estratégicas para a saúde (CEBES et al, 2010; 2011), cujas proposições serão abordadas a seguir segundo os eixos temáticos por elas destacados. A primeira intitulada “Uma Agenda Estratégica para a Saúde no Brasil” (CEBES, et al, 2010) elenca sete eixos estruturais de problemas do sistema de saúde brasileiro, e foi apresentada no período de transição do então eleito governo da presidente Dilma. Posteriormente, uma segunda versão do documento foi elaborada, sob nova ótica, focalizando cinco eixos estratégicos “para fazer o SUS avançar” (CEBES, et al, 2011), também endereçada à gestão nacional da política de saúde.

Por ocasião dos vinte anos do SUS, o Cebes celebrou e analisou as conquistas e dificuldades enfrentadas desde a CF de 1988, destacando a importância dos preceitos maiores em que se baseia, os quais “ultrapassam as dimensões de um simples sistema de saúde”, contribuindo de forma mais ampla para a busca da justiça social, como pode ser evidenciado a seguir:

“(...) grande conquista da sociedade brasileira, que mudou a história da política social no país ao instituir a saúde como direito de todos os cidadãos, sem distinção de qualquer natureza, e dever do Estado. (...) O SUS mudou de forma radical a configuração da atenção à saúde no Brasil. É, sem dúvida, uma das políticas sociais mais abrangentes e distributivas da história nacional, ao tornar o acesso à saúde universal e incluir milhões de brasileiros na condição de usuários de saúde. (...) Faz parte do pacto social presente na Constituição de 1988, que visa à construção de uma sociedade democrática e solidária. Esses são preceitos que valorizam a vida, a dignidade e o direito ao futuro como bens inalienáveis a todos” (CEBES, 2009e, p.185).

Além da celebração a DN também reflete sobre os problemas do SUS ao longo desses anos, conforme se verifica no trecho destacado:

“Em 20 anos de SUS, a saúde tem sido negligenciada em prol de uma política econômica restritiva e de acordos políticos particularistas. Esse não é o projeto dos brasileiros. O projeto dos brasileiros é que se cumpra a Constituição, e aos governos cabe não somente “respeitá-la”; eles têm a obrigação de implementá-la. É exatamente o reconhecimento de todos os avanços do SUS que faz com que o CEBES, nesse momento de justa celebração, venha registrar sua indignação com a permanência de um conjunto de problemas que

atinge de forma cruel a população e ameaça os princípios conquistados” (CEBES, 2009e, p.186).

Diante do exposto, percebe-se que diversos foram os aspectos do processo de implementação do SUS que se constituíram em áreas-problema, e, portanto, foram tomados como objeto de posicionamento político do Centro em suas publicações. A seguir, são apresentados tais posicionamentos levando em conta os diversos componentes do sistema apontados no modelo teórico (Figura 1). Cabe registrar, que tais componentes, constituem, inclusive, os sete eixos estruturais de problemas do sistema de saúde brasileiro, apresentados nas Agendas Estratégicas para Saúde no Brasil (CEBES, et al, 2010; 2011), elaboradas pelo Cebes em conjunto com outras entidades que defendem a RSB. Assim, a apresentação dos resultados será feita seguindo os eixos estruturais de problemas elencados nesses documentos, cotejando suas proposições com as respectivas posições adotadas pelo Cebes em suas publicações.

a) O **financiamento da saúde** ocupou posição de destaque entre os temas abordados pelo Cebes, sendo objeto de análise crítica e propostas alternativas às medidas governamentais. Como pode ser verificado nos trechos reproduzidos a seguir, as entidades da RS defendiam a ampliação do gasto público em saúde:

“(...) Avançar, nos quatro anos de governo, até alcançar a aplicação de 10% do PIB no setor da saúde, sendo cerca de 75% de recursos públicos. De imediato, buscar a aprovação no Congresso Nacional de lei que regulamente a EC-29 e assegure fontes estáveis e suficientes de financiamento, incluindo o fim da incidência da Desvinculação de Recursos da União sobre o orçamento da saúde” (CEBES, et al, 2010, p.4).

“Rever a concessão dos subsídios públicos por meio do estabelecimento de limites progressivos para a dedução no imposto de renda de pessoa física e imposto de renda de pessoa jurídica (IRPF e IRPJ) de despesas com planos de saúde a partir de 2012 e dos gastos diretos públicos com planos privados de saúde; Efetivação imediata do pleno ressarcimento ao SUS pelas empresas de planos e seguros de saúde incluindo medicamentos e procedimentos ambulatoriais e de urgência/emergência” (CEBES, et al, 2011, p.5).

Ao longo do período estudado, diversas foram as críticas feitas pelo Cebes às medidas adotadas pelos governos, as quais contrariavam as propostas defendidas pelo

Centro, dificultando a efetivação do direito universal à saúde, a exemplo da manutenção do sub-financiamento do setor:

“Voltamos a enfrentar situações freqüentes de quando éramos governados pelos representantes da elite: a proposta orçamentária de 2004 para a Saúde desrespeita a EC 29. (...) o governo federal incorporou gastos com saneamento básico e ações que deveriam ser financiadas pelo Fundo de Combate à Pobreza” (CEBES, 2003b, p.91).

(...) Nada de novo no front da política nacional de saúde. (...) As denúncias do descumprimento da EC-29; (...) mostram que muitos gestores parecem desconsiderar ser sua responsabilidade o cumprimento do dispositivo constitucional o qual garante que “Saúde é direito de todos e um dever do Estado” (CEBES, 2004b, p.89).

“Essa sucessão de intervenções da área econômica dos governos no mercado de serviços de saúde foi concomitante a outra sucessão de intervenções, voltadas no mesmo período para a marcante e contínua retração federal do financiamento do sistema público de saúde” (CEBES, 2009b, p.193).

“os governos têm continuamente adiado sua integral responsabilidade com a seguridade social e com o SUS, restringindo financiamento e recursos humanos, permitindo a expansão do setor privado em áreas estritamente públicas e sendo permissivo com práticas clientelistas e patrimonialistas” (CEBES, 2009e, p.186).

A entidade aponta ainda um elenco de medidas adotadas desde os anos 90 pela área econômica dos governos federais, que foram determinantes do subfinanciamento do SUS, quais sejam:

“(...) a área econômica enviou ao Congresso proposta de um novo sistema tributário com desejável simplificação, porém mantendo o que historicamente traz de pior, ou seja, seu caráter regressivo. Também extingue as contribuições sociais, grande conquista Constitucional, colocando em seu lugar, uma estrutura de impostos que diminuirá ainda mais o financiamento da saúde, educação e assistência social e desorganizará a Seguridade Social definitivamente. Estas duas recentes medidas seguem a mesma lógica de várias outras que vêm sendo implementadas pela área econômica de todos os governos desde 1990, como o cofinanciamento público dos planos privados de saúde aos servidores públicos, incluindo as estatais; as isenções tributárias a hospitais sem fins lucrativos credenciados por operadoras de planos privados; a dedução dos gastos com saúde no IRPF e IRPJ” (CEBES, 2009b, p.193).

No bojo do debate fomentado pela aprovação da EC 29 em 2011, o Cebes reafirma suas propostas com relação ao financiamento saúde, de modo a torná-lo sustentável e suficiente, como se pode evidenciar no trecho a seguir:

“Que haja urgente solução do financiamento, e seja retomado o debate do Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 121/2007, do Senador Tião Viana; Que tenha progressividade baseada na elevação dos custos e crescimento populacional; Que a população carente, hoje os maiores usuários do SUS, não seja penalizada com qualquer contribuição; Que haja uma fonte de financiamento que seja exclusiva para a saúde que deve ser destinada diretamente aos Fundos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde; Que o financiamento seja sustentável e suficiente; Que seu uso seja transparente e controlado pelos mecanismos de controles internos e externos” (CEBES, 2011c, p. 347).

Evidência de que este tema se mantém ao longo do período, foi encontrado, dois anos depois, por ocasião do debate em torno do Programa Mais Médicos, o editorial da RSB no qual o CEBES reafirma a necessidade e viabilidade de se garantir um patamar mínimo de investimento para a saúde, como pode ser verificado no trecho:

“(…) com a retirada dos incentivos e as renúncias fiscais aos planos e seguros privados de saúde, e com o incremento de recursos advindos dos royalties do Pré-Sal e da Taxação de Grandes Fortunas, é perfeitamente possível garantir esse patamar mínimo de investimento na saúde dos brasileiros, sem que isso acarrete desequilíbrio fiscal” (CEBES, 2013b, p. 203).

Mantendo esse comprometimento com a defesa do financiamento adequado para a Saúde, por ocasião de novo processo eleitoral a entidade novamente posiciona-se da seguinte forma:

“O Cebes conclama toda a população e os candidatos a cargos políticos na eleições de 2014 a lutarem a favor do: aumento das despesas públicas com saúde da União para um mínimo de 10% do orçamento federal” (CEBES, 2014b, p. 196).

Diante do exposto percebe-se, portanto, que a entidade manteve, ao longo de todo o período, uma postura crítica diante das decisões governamentais referentes ao

financiamento da saúde, as quais de modo geral, ocasionaram aporte de recursos insuficiente ao SUS, comprometendo sua efetiva implementação.

b) Gestão do SUS

No que se refere à gestão do SUS, a entidade reconhece, em seus documentos, a necessidade de promover mudanças direcionadas ao fortalecimento da capacidade de gestão pública das instituições e serviços de saúde, como pode ser verificado a seguir:

(...) avançar na implantação de modelos próprios para a gestão da saúde, que assegurem a efetividade e a qualidade dos serviços, preservando o seu caráter público (...). Valorizar o critério de qualidade técnica, assim como o encurtamento de prazos nos processos licitatórios para contratação de serviços ou compra de bens, buscando relações de custo-efetividade; e adotar mecanismos de responsabilização de gestores, profissionais e técnicos quanto ao desempenho dos serviços de saúde” (CEBES, et al, 2010, p.4).

Tal temática é abordada pelos Cebes em uma dupla dimensão, por um lado enfatizando a necessidade de se superar os problemas estruturais da administração pública brasileira, a exemplo do patrimonialismo e clientelismo⁵⁴, destacando, nesse sentido, a importância da qualificação e compromisso das equipes dirigentes, como pode ser evidenciado nos trechos a seguir:

“(...) O CEBES tem ressaltado a importância de que a saúde não seja moeda de negociação política na composição dos governos, e, sob essa perspectiva, se alia à necessidade de qualificação e compromisso como pré-requisito para os gestores” (CEBES, 2012e, p.506).

“Redução do número de cargos de confiança àqueles estritamente relacionados com a condução estratégica da política de saúde dos governos eleitos, reservando o preenchimento daqueles referentes aos níveis operacionais para servidores de carreira” (CEBES, et al, 2011, p.5-6).

Desse modo, O CEBES destaca em seus editoriais a importância da qualificação das equipes gestoras da saúde à efetivação do SUS. A entidade critica o fato de que a escolha dos gestores, na prática não era pautada pela qualificação e

⁵⁴ Ver, por exemplo, PAIM e TEIXEIRA (2007).

compromisso, mas sim pela negociação política em nome da governabilidade, conforme pode ser visto a seguir:

“o ponto de partida dos gestores municipais deveria ser a constituição de uma equipe tecnicamente preparada para pensar a saúde do município. Isso é particularmente importante quando se sabe que a escolha dos secretários(as), em geral, não se dá com base em critérios técnicos, mas políticos. Essa característica da política do Estado brasileiro tem sido um dos entraves para o avanço do SUS” (CEBES, 2012e, p. 506).

Além da qualificação dos gestores, tendo em vista o processo de descentralização que progressivamente distribuiu entre as esferas de governo as funções e competências de cada instância para a efetivação do SUS federativo, a entidade destaca também a importância da qualificação do nível municipal e a importância da articulação interfederativa:

“É nesse nível da gestão pública que as demandas por atenção à saúde são apresentadas pela população, e é esse nível de gestão que, apoiado pelos governos estadual e federal, deve garantir a oferta e o acesso aos serviços de saúde, de acordo com as necessidades daquela (uma das mais complexas atribuições que a gestão municipal tem no campo das políticas públicas). (...) Essa visão solidária entre municípios, estados e governo federal é fundamental para a realização do SUS, mas ainda está por ser construída, não só no setor saúde, mas em toda a sociedade brasileira, marcada pela lógica capitalista e pela supremacia do individualismo sobre o coletivo” (CEBES, 2012e, p.506).

Mais recentemente, sobre a gestão de unidades de saúde, a entidade posiciona-se criticamente com relação ao crescimento da gestão privada de serviços públicos de saúde, a partir de meados da década de 1990, com a implantação das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSICIP) e Organizações Sociais (OS), que vem se tornando progressivamente responsáveis pela gestão de hospitais, centros de saúde, Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e unidades de saúde da família. A posição do Cebes com relação a este processo fica clara no trecho a seguir, elaborado por ocasião do debate em torno das eleições presidenciais de 2014:

“(...) o Cebes conclama toda a população brasileira e os candidatos a cargos políticos nas eleições de 2014 a repudiar (...) a contratação de

entidades privadas para a gestão de serviços públicos de saúde, responsáveis pela introdução da lógica privada em detrimento dos interesses públicos nesses serviços. (...) Entidades como essa, além de dependerem de recursos públicos e contribuírem para fortalecer o mercado de seguros privados, vêm contribuindo para a introdução, nas unidades públicas de saúde que gerenciam, de um conjunto de técnicas e valores típicos do mercado privado, de benefício duvidoso para o serviço público” (CEBES, 2014b, p. 195-196).

Diante do exposto percebe-se que o Cebes destaca a importância do fortalecimento da gestão pública do SUS com ênfase na qualidade e efetividade dos serviços, criticando as ações desenvolvidas em sentido contrário.

c) Modelos de atenção à saúde

Quanto ao Modelo de atenção à saúde o Cebes destaca em suas Agendas estratégicas a importância de se organizar “redes regionalizadas de atenção ordenadas pela atenção primária em saúde”⁵⁵, como pode ser verificado nos trechos a seguir:

“fortalecer e expandir as estratégias de promoção da integralidade e da universalidade da atenção à saúde por meio da configuração de redes de atenção organizadas regionalmente em consonância com a situação de saúde” (CEBES, et al, 2010, p.5).

“Ampliação, com padronização da qualidade, da oferta de atenção primária; Criação de centros de coordenação regionais, responsáveis pela orientação dos fluxos de informações assistenciais e de pacientes, tornando a atenção primária ordenadora da rede de serviços, a partir de 2012; Criação de uma rede de atenção hospitalar e de serviços especializados de maior complexidade, incluindo centros de terapia intensiva, ampliação regionalizada da oferta e coordenação do acesso, por meio da gestão de filas únicas” (CEBES, et al, 2011, p.3-4).

Em editorial no qual o Cebes analisou as repercussões de Alma-Ata por ocasião do aniversário de 30 anos da mesma, a entidade avaliou que tal declaração não alcançou

⁵⁵ O debate em torno da implantação das Redes de Atenção à Saúde corresponde à efetivação da diretriz relativa à regionalização dos serviços de saúde, e vem se desenvolvendo a partir do início dos anos 2000, notadamente a partir da NOAS 2001/2002 (PAIM; TEIXEIRA, 2007). Capiteada por organizações internacionais, a exemplo da OPS (MENDES, 2011), esse debate ganhou corpo com a proposta apresentada no Decreto presidencial 7508 (BRASIL, 2011).

totalmente seus objetivos, apesar de duas décadas de existência, conforme pode ser verificado a seguir:

“a Declaração de Alma-Ata completou 30 anos sem que seus objetivos fossem totalmente concretizados. A promessa era desenvolver ações urgentes baseadas na participação social e a promoção da atenção básica à saúde. A essência da Alma-Ata foi perdida, pois os resultados sanitários nunca foram tão desiguais no mundo, assim como nunca foi tão precário e injusto o acesso à saúde” (CEBES, 2008, p.3).

Quanto à realidade brasileira, para a entidade, ainda não é consensual o lugar da Atenção Primária no SUS, vez que são distintas as abordagens acerca do papel estratégico que a APS pode ocupar no processo de reorientação do sistema. Nesse sentido, o editorial dedicado ao tema, problematiza as distintas concepções acerca da APS e aponta a possibilidade desta contribuir para a mudança do “modelo assistencial”:

“vista por alguns gestores como programa seletivo que oferta uma ‘cesta’ restrita de serviços e por outros, meramente como um dos níveis de atenção à saúde, ainda não foi viabilizada em sua concepção descentralizada, mais abrangente e integral. Estratégica porta de entrada do sistema, a atenção primária tem um papel preponderante no processo de implementação do novo modelo assistencial do SUS, desde que superadas a superposição de redes de assistência, a falta de uniformidade na execução do Programa Saúde da Família (PSF), as desigualdades no acesso e na utilização dos serviços, a pouca valorização e formação inadequada dos profissionais, a focalização e seletividade de ofertas do pronto-atendimento mínimo” (CEBES, 2008, p.3).

A entidade destaca que apesar das mais de duas décadas do SUS ainda persiste um sistema de saúde que localiza o hospital no centro da atenção à saúde, demonstrando a dificuldade de apreensão da atenção primária como ordenadora do processo do cuidado:

“A cultura hegemônica que sempre localizou o hospital no centro da atenção à saúde, ocasionando a persistente dificuldade de compreender o sentido real da atenção primária. Estas mudanças, quando relacionadas ao modelo de atenção, precisam considerar a complexidade da saúde e a atenção primária como eixo coordenador do processo do cuidado” (CEBES, 2012d, p. 318).

Além disso, o Centro retoma um debate mais amplo acerca da determinação social da saúde e defende a formulação de políticas públicas mais amplas que privilegiem a promoção da justiça social, ultrapassado os limites da reorganização do sistema de saúde (IPHC/CISP, 2003), como se evidencia no trecho a seguir:

“As políticas públicas nessa área não devem se limitar a promover incentivos de mudança de comportamento individual diante dos riscos das enfermidades. (...) No nosso entendimento, a retomada do debate sobre determinação social da saúde deve ir além das questões de filosofia moral. (...) O escopo da discussão sobre determinação social da saúde tem que ser amplo, ou seja, não pode se limitar ao marco disciplinar da epidemiologia, devendo abranger uma ampla gama de questões sobre as relações entre saúde, sociedade, economia, democracia e políticas públicas” (CEBES, 2009c, p. 341-342).

Portanto, em suas publicações o CEBES aponta várias questões em torno da configuração da Atenção Primária à Saúde e faz crítica à hegemonia ainda persistente do modelo médico hospitalocêntrico no âmbito do sistema de saúde brasileiro, apontando a necessidade de se avançar com a formulação e implementação de políticas que levem em conta a concepção ampliada de Saúde⁵⁶ que foi adotada na CF de 1988.

d) Política de gestão do trabalho

Diante da complexidade da gestão do trabalho no SUS o Cebes defende a valorização do trabalhador da saúde, e a melhoria das suas condições de trabalho e remuneração. Esse tema, entretanto, é mencionado explicitamente apenas em um documento da RSD, em 2010, como segue:

(...) valorizar o trabalho em saúde, eliminando a precarização, adotando parâmetros nacionais de cargos, carreiras e vencimentos para os trabalhadores da saúde e assegurando o co-financiamento das políticas de gestão do trabalho pelas três esferas de governo. (...) É fundamental intensa articulação entre as políticas de saúde, educação e ciência e tecnologia para suprir as necessidades estruturais de profissionais de saúde no SUS, aproximar o perfil e a distribuição das ofertas de formação, bem como a produção de

⁵⁶ O capítulo Saúde da CF em seu artigo 196 incorpora a seguinte concepção: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (CF, 1988, art. 196).

conhecimento em relação às necessidades de saúde da população e de organização dos serviços” (CEBES, et al, 2010, p.4-5)

e) Controle e participação social

A participação social é sem dúvida, entre os eixos estudados (Figura 1), o mais freqüentemente abordado pelo Cebes em suas publicações, seja como tema central de números da Revista onde foram abordadas as conferências de saúde e a participação social em saúde nos 20 anos do SUS (CEBES, 2010a), seja como tema secundário desenvolvido ao longo das demais publicações da entidade. Nas Agendas Estratégicas a entidade destaca a importância e necessidade de fortalecimento do controle e participação social, como pode ser verificado a seguir:

“Valorizar os movimentos sociais, acatando as deliberações políticas dos fóruns legítimos de participação como as Conferências e Conselhos de Saúde” (CEBES, et al, 2010, p.5).

“Fortalecimento do Controle Social, ampliando a representação, a representatividade, a capacidade de aglutinação de interesses e a formulação de uma agenda pautada pelas necessidades de saúde desde 2011” (CEBES, et al, 2011, p.6).

O Centro atribuiu tal importância ao tema porque considera que *“a participação e o controle social estão entre as maiores inovações do projeto da Reforma Sanitária”* (CEBES, 2006b, p.141). Além disso, a entidade destaca sua origem e compromisso com os movimentos sociais como pode ser verificado a seguir:

“O Cebes nasceu com os movimentos sociais e populares e continua a dialogar com a sociedade e suas demandas de forma a transformar estruturas e viabilizar o projeto de equidade para a sociedade brasileira” (CEBES, 2013d, p. 550).

Em várias de suas publicações o Centro reconhece que as instâncias institucionais de participação social legitimadas formalmente, Conselhos e Conferências de Saúde, conferem ao setor a mais sólida estrutura de participação social entre as políticas sociais no país. Além delas, destaca também o crescimento no país de instâncias de participação social de representação plural, como associações de defesas de direitos, representação de interesses específicos, sindicatos e organizações não governamentais (CEBES, 2006b). Ademais, o Cebes também fez críticas à ação dos movimentos sociais, como pode ser evidenciado nos trechos:

“a consciência popular sobre os direitos sociais e, particularmente, sobre o direito a saúde, está motivando cada vez mais a adesão de movimentos sociais” (CEBES, 2011c, p. 347).

“no fundo, a mediocridade do debate e sua curta visão só se tornam possíveis porque os movimentos sociais estão paralisados e silenciosos” (CEBES, 2010d, p. 606).

Tais problemas decorrem, segundo o Cebes, da ausência de um processo permanente de mobilização popular que resulte na manutenção e ampliação das bases dos movimentos sociais e partidos, bem como da inserção de muitas das lideranças desses movimentos em cargos e funções da administração pública, como se depreende do fragmento reproduzido abaixo:

“a debilidade da participação e do controle social está estreitamente vinculada à ausência de política dos movimentos sociais e dos partidos atuais, que não são mais capazes de articular um interesse geral da sociedade que se traduza no campo da saúde. Nos últimos anos, em que muitos de seus integrantes estiveram em posição de poder instituída pelo governo, os movimentos sociais acabaram por se distanciar ainda mais da possibilidade de uma atuação crítica, básica para o aprofundamento de sua ação política” (CEBES, 2010d, p. 606).

Nesse contexto, a entidade compromete-se, em várias publicações, com a retomada do debate crítico, amplo e politizado e com a *“formação de sujeitos instituintes, ou seja, com capacidade crítica e com voz ativa no campo da saúde”* (CEBES, 2010d, p. 606), o que revela a preocupação com a retomada, ampliação e articulação de movimentos sociais que dêem sustentação política ao processo de Reforma Sanitária.

f) Desenvolvimento tecnológico e inovação

As propostas da entidade acerca do desenvolvimento tecnológico e inovação versam de modo geral para a integração entre as áreas de saúde, ciência, tecnologia e indústria em prol da garantia de produção nacional de insumos necessários ao funcionamento do SUS, como pode ser verificado a seguir:

“buscar a articulação entre as políticas de saúde, de ciência e tecnologia e de indústria e comércio de modo a proporcionar ao SUS os insumos necessários ao enfrentamento dos problemas de saúde dos brasileiros” (CEBES et al, 2010, p. 5).

“Investimento em Pesquisa e Desenvolvimento (P&D) de tecnologias que promovam o bem-estar e a autonomia dos usuários, minimizem os riscos de iatrogenia e sejam economicamente suportáveis pelo país e pela sociedade” (CEBES et al, 2010, p. 7).

Nesse sentido, aparece em um editorial da RSB a menção ao tema, como parte do debate sobre financiamento do SUS. Neste texto, destaca-se que sua insuficiência prejudica a efetivação do sistema inclusive pela limitação da produção de conhecimentos e tecnologias, como pode ser verificado no trecho:

“O atual financiamento público da saúde não é condizente com o projeto universalista da Constituição Federal. Este projeto requer, entre tantas necessidades, a ampliação da infraestrutura, profissionais qualificados e bem pagos, insumos adequados, produção de conhecimento e de tecnologias. Tudo isso requer mais investimento público” (CEBES, 2012d, p. 317).

g) Regulação do setor privado

Em suas Agendas Estratégicas o Cebes destaca a necessidade de revisão dos estímulos/benefícios até então oferecidos ao setor privado, reafirmando a necessidade de valorização do interesse público, como pode ser visualizado nos trechos:

“garantir a capacidade de intervenção da Agência Nacional de Saúde Suplementar, orientada pelo interesse público. Ao longo dos quatro anos de governo, para eliminar os subsídios públicos aos planos e seguros privados de saúde, incluindo aqueles do funcionalismo público, nas três esferas de governo” (CEBES et al, 2010, p. 4).

“Rever a concessão dos subsídios públicos por meio do estabelecimento de limites progressivos para a dedução no imposto de renda de pessoa física e imposto de renda de pessoa jurídica (IRPF e IRPJ) de despesas com planos de saúde a partir de 2012 e dos gastos diretos públicos com planos privados de saúde” (CEBES et al, 2011, p. 5).

Ao longo dos editoriais da RSD, a entidade destacou e criticou o progressivo favorecimento ao setor privado ao longo do processo de implementação do SUS e, além

disso, defendeu a reversão desse favorecimento em prol do interesse público, como pode ser evidenciado nos trechos:

“O SUS foi gradualmente submetido a uma convivência com o emergente setor privado dos planos de saúde que recebe benefícios generosos para o seu fortalecimento como a renúncia fiscal ou a regulação permissiva. A cada dia esse mercado faminto dos planos privados oferece maior diversidade no seu cardápio de produtos e, atualmente, cerca de 30% da população nacional compõe a sua clientela” (CEBES, 2011c, p.346).

“é preciso reverter a lógica de favorecimento do mercado setorial, que, desde 1968, recebe benefícios por meio da renúncia fiscal. Isso significa inverter a ajuda que o Estado brasileiro oferece ao crescimento e fortalecimento do setor privado em benefício do setor público. (...) Considerar o aumento da governabilidade do Estado sobre o setor privado de saúde, para além do que vem sendo realizado pela ANS, a partir das bases preconizadas pela Constituição, de forma a tornar o Sistema de Saúde realmente ÚNICO” (CEBES, 2013a, p.5).

De modo geral, ao longo de diversas publicações a entidade defendeu a importância do SUS enquanto uma política de Estado, que garanta à população brasileira acesso à saúde universal, humanizada e de qualidade, correspondendo, portanto, à institucionalização parcial dos princípios da RSB (CEBES, 2012d). Analisou seu processo de implementação desde sua criação⁵⁷, destacando que apesar dos problemas, o SUS sobreviveu e se consolidou como um sistema público universal (CEBES, 2011c). Fez também críticas, demonstrando, muitas vezes, indignação com a permanência de problemas que atingem a população ameaçando, os princípios conquistados (CEBES, 2009e) e também indicou possíveis caminhos para a superação desses problemas, enfatizando sempre a mobilização dos seus associados, leitores, população e movimentos sociais em geral.

O debate sobre todas essas temáticas, portanto, segundo o Cebes, demonstra o quanto se tem tentado subverter a lógica do SUS para um sistema complementar ao

⁵⁷ Desse modo, a entidade reconhece que apesar dos 20 anos de implantação do sistema, a maioria da população brasileira não se sente segura quanto a garantia de uma atenção integral que realize o direito à saúde conforme é garantido pela CF de 1988. Tal fato deveu-se à implantação tortuosa do SUS, não priorizado nas plataformas dos últimos governos democráticos, que *“negligenciaram a saúde em prol de uma de política econômica restritiva e de acordos políticos particularistas”* (CEBES, 2009e, p.186). Restando então à imagem popular do SUS, a marca de suas *“mazelas”* (CEBES, 2009a, p.3), bem como a ausência da divulgação dos serviços prestados com qualidade (CEBES, 2009a; 2009e; 2010a).

mercado privado em saúde. Diante disso, como fez a cada publicação, a entidade conclamou os cebianos e a sociedade civil como um todo à mobilização, como pode ser evidenciado no trecho a seguir:

“é hora de refazer o pacto político que permitiu sua criação e os avanços alcançados e viabilizar o aprofundamento dessa política solidária, única solução para a construção de uma sociedade democrática com coesão social” (CEBES, 2009a, p. 5).

4.2.3. Do debate eleitoral à participação nas Conferências Nacionais de Saúde (12^a, 13^a e 14^a)

A importância das conferências de saúde enquanto espaços centrais de participação social em saúde, sempre foi reconhecida pela entidade. Desse modo, ao longo do período estudado, o CEBES buscou contribuir na construção de cada nova edição desse espaço.

Em 2003, à época da convocação da 12^a Conferência Nacional de Saúde (Tema “Saúde: direito de todos e dever do Estado – A saúde que temos, o SUS que queremos”), a entidade, através da sua DN, encabeçada por Sara Escorel⁵⁸, participou mais amplamente desse processo, desde a convocação até a avaliação da conferência após sua realização. Como contribuição ao debate realizado no período pré-conferência o Centro destacou a nova metodologia utilizada e editou um primeiro conjunto de textos para servir de referência para os debates nas Conferências Estaduais de Saúde, seguido posteriormente, de um número especial da Saúde em Debate, considerado como os ‘Cadernos da 12^a’ (CEBES, 2003b; 2003c).

Além de se envolver com a organização da conferência, o CEBES explicitou sua posição política apresentada em documento conjunto com a Abrasco destinado aos delegados. Tal documento intitulado “Saúde, justiça e inclusão social” (CEBES; ABRASCO, 2003) reafirma as análises e propostas apresentadas na “Carta em Defesa da Saúde do Povo Brasileiro” (CEBES; ABRASCO, 2002) por ocasião das eleições presidenciais, e endereçada à sociedade, partidos, candidatos, governos e parlamento. Nessa carta os intelectuais do movimento sanitário reconsideraram e reafirmaram as

⁵⁸ Cabe destacar que a presidente da entidade participou da Comissão de relatoria da Conferência na função de relatora Adjunta.

diretrizes da Reforma Sanitária e os princípios do SUS, como pode ser evidenciado a seguir:

“Consideramos a Reforma Sanitária como uma reforma democrática do Estado, de caráter processual e ainda inconclusa; A RSB engloba uma multiplicidade de objetos e concepções que ultrapassam as tarefas de organização do SUS; A RSB tem como princípio orientador a promoção da justiça social, obrigando a redução das assombrosas iniquidades econômicas, sociais e sanitárias que persistem e se agravam em nosso país; (...) O exercício pleno da cidadania encontra uma expressão única e ímpar nas Conferências e Conselhos de Saúde. Estes fóruns legítimos de participação da sociedade, espaços de construção do controle público e importantes mecanismos para a democratização das informações devem ser permanentemente reforçados como protagonistas do processo ainda inconcluso da RSB; Os princípios da universalidade e da equidade do direito à saúde de todos os brasileiros devem ser mantidos sem trégua” (CEBES; ABRASCO, 2002, p. 1-5).

Finalizado o processo, a entidade avaliou que a 12ª CNS não alcançou o êxito esperado tanto pelo adoecimento e falecimento do coordenador geral da Comissão Executiva, Sérgio Arouca, quanto pelo esgotamento do modelo de organização e deliberação da mesma. Apesar das críticas a entidade destacou positivamente a inovação de se votar parcialmente o relatório final em domicílio, e o malefício da ausência de relatório impedir a sua difusão e posicionamento diante das deliberações. Diante do exposto, o Cebes defendeu a necessidade de se pensar um novo modelo de organização das Conferências, comprometendo-se inclusive com sua construção (CEBES, 2004a).

O ano de 2007⁵⁹ tem como marco a realização da 13ª CNS com o tema “Saúde e qualidade de vida: Política de Estado e desenvolvimento”. Diferentemente da última edição, em que o Cebes contribuiu amplamente ao debate pré e pós-conferência, a contribuição da entidade ao debate em torno da 13ª CNS foi tímida. Uma única referência à 13ª nos editoriais da RSD foi feita quase dois anos antes à sua realização, no segundo editorial publicado pela gestão de Sonia Fleury após sua posse para a refundação do Cebes. O texto enfatizou a importância da retomada do projeto da RSB e da realização da 13ª CNS, espaço que “não poderia ser desperdiçado” (CEBES, 2006a).

⁵⁹ Não houve publicação de edições da RSD ou documentos temáticos acerca da conferência, nos anos de 2007 e 2008, tendo sido editado apenas um número da revista em cada um, sem menção direta à conferência nos seus editoriais, embora, vale destacar, a RSD de modo geral se ocupasse de temas relevantes à saúde brasileira que compõem as principais pautas do setor. No primeiro a entidade destacou a necessidade de atualização da agenda da RSB adequando-a a complexidade dos temas e demandas em saúde atuais (CEBES, 2007) e no segundo dedicou-se à Atenção Primária em Saúde por ocasião do aniversário de 30 anos da Declaração de Alma-Ata (CEBES, 2008).

O ano de 2011 por sua vez, corresponde à realização da 14ª CNS, para a qual também não houve uma mobilização expressiva da entidade quanto à sua preparação e avaliação. Ao contrário da 13ª, por sua vez, a entidade chamou atenção para a importância do evento no editorial que antecedia sua realização e contribuiu para o debate que a precedeu através da publicação do documento “Agenda Estratégica para a Saúde”, assinado pelo CEBES, ABRASCO, ABRASME, ABRES, CONASEMS e outras entidades (CEBES et al, 2011), discutido no item anterior.

4.2.4 Debate político nos momentos eleitorais

Ao longo do estudo foi evidente o envolvimento do Cebes nas diversas eleições governamentais verificadas no período, podendo-se perceber nos diversos documentos analisados, que em todos estes momentos, a entidade posicionou-se pelo compromisso com a construção ética e imparcial do debate, sem assumir ligação com qualquer candidato. Desse modo, a entidade reconhece a importância desses momentos e busca contribuir no levantamento das questões relevantes à saúde, e de modo mais amplo, à consolidação da democracia no país, como pode ser exemplificado no trecho abaixo:

“cumpre ressaltar que o horizonte de nossa ação, como tem sido revelado de forma evidente ao longo de nossa história e em nossos documentos, não se limita ao campo estritamente ‘sanitário’. As políticas econômica, fiscal e tributária guardam indissociável relação com as políticas sociais e redistributivas, além de as viabilizar ou limitar, como duramente comprovamos ao longo desses 22 anos de construção do SUS” (CEBES, 2010e, p. 5).

Foi possível captar nos documentos analisados que a entidade contribuiu ao debate suscitado pelas eleições presidenciais de 2002, das quais o PT saiu vitorioso, através da publicação de um Documento intitulado “Carta em Defesa da Saúde do Povo Brasileiro” (CEBES; ABRASCO, 2002). Endereçada à sociedade, partidos, candidatos, governos e parlamento, a carta foi produzida por intelectuais da RSB com o objetivo de resgatar e reafirmar as diretrizes da Reforma Sanitária e os princípios do SUS (já descrita anteriormente).

Ocorrida a posse do novo governo, o CEBES considerou seu papel manter a análise crítica das políticas sociais (a exemplo da Política de Previdência Social), bem como da política nacional de saúde, assumindo uma posição crítica, sem ufanismo,

diante da chegada de Lula (e do Partido dos Trabalhadores - PT) à presidência (CEBES, 2003a). Nesse sentido, destaca a importância da retomada da RSB, considerada, por setores do recém-empossado governo como “*parcialmente implantada, uma utopia, e a universalização do direito à saúde uma proposta financeiramente inviável*” (CEBES, 2003a, p.4). Apesar disso, expressa certa esperança na implantação de mudanças substantivas na política de saúde, fazendo menção especial à expectativa positiva quanto à relação do novo ministro com o Conselho Nacional de Saúde.

Posteriormente, transcorrido mais de um ano do novo governo o Centro criticou as iniciativas até então implementadas, comentando que “*o conjunto de iniciativas não consegue constituir uma política de saúde articulada e coesa dirigida à universalização do acesso e à garantia do direito à saúde integral e de qualidade*” (CEBES, 2004b, p.89).

O período dos dois últimos anos do primeiro governo do Presidente Lula e, por conseguinte o ano de 2006, quando ocorreu o pleito que o reelegeu, corresponde à crise e início da refundação do Cebes. Desse modo, envolvido no processo de sua reestruturação, os editoriais do Centro deste período davam conta de reflexões necessárias a tal processo e, portanto, não se direcionavam às eleições, embora a defesa da retomada e revitalização do projeto da RSB, associem-se ao momento presente de reflexão sobre projetos políticos em disputa pelo governo. Ultrapassado o período de crise e refundação, e tendo retornado à regularidade de suas atividades e atuação política, o Cebes retomou suas contribuições à análise da política de saúde no contexto eleitoral motivado por reflexões desencadeadas a partir das eleições municipais de 2008. Em editorial lançado logo após o pleito, a entidade analisou como os Partidos Políticos estavam se posicionando em relação à política de saúde e quais as conseqüências de tais posicionamentos para o SUS, como pode ser verificado no trecho:

“Se por um lado, os partidos da base governista sempre disputaram com ardor a direção dos órgãos e serviços da saúde, eles têm sido totalmente omissos na defesa do SUS como política pública. Haja vista a quase total ausência de celebrações por parte dos governos — nacional, estaduais e municipais — dos 20 anos do SUS, um dos baluartes da inclusão social da nossa recente democracia. (...) A oposição, em contrário, saiu em sua defesa” (CEBES, 2009a, p.3).

Nas eleições presidenciais do ano de 2010, por sua vez, a entidade dedicou ao tema quatro publicações que antecederam o pleito, duas das quais o abordavam como

tema central: “Desafios da Saúde e os novos governos” (CEBES, 2010f) e “A saúde em debate na eleições presidenciais: Memória e perspectivas” (CEBES, 2010g). Esse último consistiu em número especial que abordou o processo político brasileiro, a memória dos pleitos anteriores, a aplicação da Lei da ficha limpa⁶⁰ nas eleições daquele ano e os programas dos candidatos.

Primeiramente a entidade lançou-se à análise das candidaturas eleitorais pré-lançadas, concluindo que as referidas candidaturas não tocavam nas questões sociais, o que para a entidade, era “*proposital, já que como o assunto demandava implicações fiscais estava sendo evitado*” (CEBES, 2010b, p. 175). Quando as candidaturas foram formalizadas, a entidade analisou as propostas apresentadas em editorial específico (CEBES, 2010b). A partir dessa análise, o Cebes indicou que o verdadeiro caminho para a universalização dos direitos sociais não estava na agenda em debate pelos principais candidatos (Dilma e Serra), tal como se apresentava na mídia, nem tampouco era de conhecimento da opinião pública, como evidencia o trecho que segue:

“universalizar direitos sociais numa sociedade altamente desigual como a nossa requer compreensão clara de que isso é política social redistributiva. Mas isso não se faz sem uma reforma tributária redistributiva e também requer política social organizada e planejada com horizonte mínimo de uma década. Isso tudo não está nas agendas políticas das candidaturas principais, nem das mídias, nem do “consenso da opinião pública” (CEBES, 2010b, p.176).

Uma vez oficializados os referidos planos de governo, o Cebes não identificou grandes mudanças entre os documentos apresentados previamente e os que foram formalizados. A análise dos mesmos revela seu caráter genérico, com apelo ao “*senso comum*” e às suas expectativas mais imediatas, além da ênfase às qualidades dos candidatos (CEBES, 2010c, p. 413). Ainda segundo o Centro, garantida a eleição “tais planos e projetos mudavam”, ficando mais “*pragmáticos*”, limitados aos prazos e recursos, bem como às intermediações políticas inerentes à governabilidade, predominando na saúde propostas focalizadas de “*oferta de serviços assistenciais*” (CEBES, 2010c, p 413).

⁶⁰ Lei das Inelegibilidades, sancionada pelo presidente Luiz Inácio Lula da Silva em 04 de junho de 2010, na Lei Complementar n.º 135/2010, alcunhada Lei da Ficha Limpa. Impede que políticos condenados pela Justiça, ainda que provisoriamente, concorram às eleições e assumam cargos eletivos, além de aumentar de três para oito anos o período de inelegibilidade dos candidatos após o cumprimento da pena (CAMARGO, 2013; FALCÃO; OLIVEIRA, 2012).

Diante do exposto, o Cebes destacou a falta de compromisso dos governos com mudanças mais profundas, apontando a segmentação de políticas sociais, marcadas por *“iniciativas de transgressão constitucional de políticas públicas universais”*, além da *“não regulamentação de dispositivos imprescindíveis ao financiamento da saúde e coordenação interfederativa”* (CEBES, 2010c, p.413). Em número dedicado aos desafios a serem enfrentados na área de saúde a entidade destacou a violência urbana e a deterioração do meio ambiente como duas dimensões complexas com as quais o governo deveria se confrontar. Nesse particular a entidade assume sua discordância em relação à *“penúria intelectual a que foi reduzido o debate presidencial sobre saúde, especialmente no segundo turno”* (CEBES, 2010d, p. 605).

E mais, extrapolando a responsabilidade dos mecanismos da democracia representativa, em destaque no momento, traz ao centro do debate a importância da participação popular, na formulação e direcionamento das políticas públicas, bem como da vitalidade e autonomia dos movimentos sociais, na construção da verdadeira democracia (CEBES, 2010d). Após apontar esses dois importantes caminhos, contudo, a entidade assume-se pessimista, como pode ser evidenciado nos trechos:

“De fato, para nós do CEBES, a verdadeira democracia associa-se com a força e a amplitude da participação popular na formulação e no direcionamento das políticas públicas, bem como com a vitalidade dos movimentos sociais, que gozem de plena autonomia, portanto, não se submetam a qualquer tutela por parte do Estado. Quanto a estes dois aspectos nossa avaliação é pessimista. (...) O chamado controle social, termo que se refere especialmente aos conselhos de saúde, não se interessa em pensar e debater com grandeza ético-política os temas centrais das políticas de saúde. Os conselhos de saúde estão burocratizados e sua prática em nada caracteriza o debate entre distintos atores como atividade ‘parlamentar’” (CEBES, 2010d, p.606).

Diante da problemática apresentada, o Cebes assume seu objetivo de recuperar o debate crítico e politizado na saúde e de colaborar na formação de sujeitos instituintes (CEBES, 2010d). Essas reflexões correspondem, segundo a entidade, ao seu empenho de trazer a saúde à pauta do debate eleitoral e de subsidiar a cobrança futura dos eleitos pelo cumprimento integral de suas plataformas. Quanto ao segundo aspecto, o Cebes avalia que os cinco Governos Federais eleitos democraticamente pós-1988, prometeram fidelidade às políticas sociais constitucionalmente previstas, mas, uma vez eleitos,

implementaram políticas que em nada contribuíram para dotar o país de política social de fato e de direito (CEBES, 2010e).

Paralelamente a essas reflexões o editorial faz referência a dois documentos⁶¹ que demonstravam o compromisso do Cebes com a defesa do SUS e sua discordância com as medidas desenvolvidas ao longo dos anos, que subvertiam os seus princípios e diretrizes, relegando a saúde a interesses de outras ordens. Tais documentos orientaram e marcaram as posições e bases sobre as quais o Cebes e demais entidades engajadas nesses objetivos, se propunham a interagir com as diversas candidaturas. O primeiro documento celebra e analisa os 20 anos do SUS e da CF 88, destacando a grandeza e avanços do sistema, faz também críticas e destaca 28 problemas do SUS considerados inaceitáveis, como pode ser evidenciado nos trechos destacados a seguir:

“celebra a grande conquista da sociedade brasileira, que mudou a história da política social no país ao instituir a saúde como direito de todos os cidadãos, sem distinção de qualquer natureza, e dever do Estado.(...) Em 20 anos de SUS, a saúde tem sido negligenciada em prol de uma de política econômica restritiva e de acordos políticos particularistas. (...) Consideramos inaceitável que persistam os problemas que serão citados, pois já temos condições de exigir a sua superação imediatas: (...) que ainda não exista uma fonte estável para o financiamento do SUS; (...) que serviços do SUS ainda não funcionem como uma rede integrada;(...) que a população não tenha ainda acesso seguro e regular aos medicamentos e exames vinculados ao ato terapêutico (CEBES, 2009e, p. 185-188)

O documento “SUS: Qual o rumo? (CEBES, 2010h) por sua vez traz uma revisão de conceitos sobre Políticas Públicas e a apresentação de uma proposta com 8 tópicos, que visam o esforço permanente de implementação do SUS “legal”, e consequente correção de rumos do SUS “real”⁶² chamando a atenção também para a cobrança de compromissos assumidos publicamente, pelos candidatos nas eleições de 2010, a exemplo da regulação das relações público-privado no setor e o aperfeiçoamento da gestão pública, como evidencia o trecho a seguir:

⁶¹ São eles: “Vinte anos do SUS: celebrar o conquistado, repudiar o inaceitável” (CEBES, 2009e) e “SUS: Qual o rumo? (CEBES, 2010h).

⁶² A distinção entre SUS “legal” e “real”, remete à análise feita por Paim (2006), que distingue o Sus “formal”, do “real”, apontando ainda a possibilidade de implementação de um “SUS para pobres” limitado à provisão de serviços básicos à população de baixa renda, com tendência à privatização dos serviços assistenciais de maior complexidade.

“Assunção pela sociedade e Estado de valores que levem a uma precedência da organização e funcionamento dos Sistemas Públicos de Proteção Social, sobre os programas de transferência de renda, em caráter estrutural, permanente e progressivo a ser conferido aos sistemas públicos; Assunção de reestruturação da relação público – privada na saúde, para um patamar mais avançado e civilizado, com etapas definidas e comprometidas publicamente; Assunção da inadiabilidade de avançar e modernizar a estrutura da administração pública no gerenciamento de unidades públicas de saúde” (CEBES, 2010h, p 14-16).

Sobre o último processo eleitoral que esse estudo abrange, verificou-se uma única menção direta ao pleito pelo Cebes, no editorial “Em defesa do direito universal à saúde: saúde é direito e não negócio” (CEBES, 2014b), texto que analisa a competição com o setor privado a que o SUS vinha sendo submetido nos 26 anos de sua implementação, acirrada pela então propagação da proposta da CUS. Na referida publicação a entidade conclama *“toda a população brasileira e candidatos a cargos políticos das eleições de 2014 a repudiarem a CUS”*, o subsídio ao setor privado e a gestão privada (por OS e OSCIP) de serviços públicos e a defenderem a destinação de 10% das receitas da união para a saúde, o fortalecimento do SUS e da *“capacidade de gestão do Estado”* (CEBES, 2014b, p. 196).

Para além da análise das candidaturas nos períodos eleitorais e das ações implementadas pelos planos vitoriosos nas urnas depois de empossados, o Cebes também se dedicou, em muitas de suas publicações, a analisar os modelos de desenvolvimento a que tais projetos de governo se vinculavam. Desse modo, a entidade explicitou as verdadeiras motivações de tais projetos, como pode ser verificado no trecho a seguir:

“o padrão nacional de desenvolvimento é predominantemente voltado aos interesses do mercado, ou seja, é baseado no fortalecimento do consumo, com prejuízo para as políticas sociais básicas que visam à consolidação dos direitos sociais. Nesse contexto, o direito universal à saúde não ganhou o espaço que a sociedade brasileira espera” (CEBES, 2012b, p.153).

Portanto, segundo o Centro, o país inseriu-se num *“círculo vicioso entre dependência, atraso e iniquidade”*, considerando que os objetivos ‘setoriais’ para a saúde enfrentavam *“barreiras intransponíveis oriundas do próprio modelo de desenvolvimento adotado”*, qual seja, *“o capitalismo, excludente do ponto de vista*

social e dependente do ponto de vista do conhecimento e de sua capacidade de inovação” (CEBES, 2012b, p. 153).

Por conta disso, a entidade destaca que *“o setor saúde brasileiro é marcado pela contradição imposta à efetivação do direito universal”* à saúde face à *“mercantilização e financeirização do setor”*, consequência da tendência mundial direcionada ao atendimento dos interesses do capital (CEBES, 2013a, p. 4). Contrariamente à sua concepção original, o sistema de saúde brasileiro é compelido *“à semelhança do modelo norte-americano”*, a ser *“deficiente para os pobres, tecnológico, sofisticado e resolutivo para os que podem pagar”* (CEBES, 2013a, p.4).

A entidade destaca que a política econômica praticada, até então, pelos governos anteriores, foi mantida desde o início do governo Lula até o governo Dilma, no qual *“novo impulso desenvolvimentista marcou a continuidade da consolidação dos interesses do capital, inclusive na saúde”* (CEBES, 2011b, p.185) (CEBES, 2010e; 2014b; 2014e), como evidenciam os trechos:

“a sucessão das intervenções apontadas, sob lógica cada vez menos disfarçável, sugere que a área econômica dos Governos, desde 1990, responde pela política de Estado implícita (real), atrelada à moldagem do nosso sistema de saúde ao paradigma do norte-americano” (CEBES, 2009b, p.194).

“A experiência acumulada ao longo dos cinco Governos Federais eleitos democraticamente no período pós-1988 revela que tem sido extremamente fácil, para os diversos postulantes aos cargos Executivos, prometerem fidelidade às políticas sociais constitucionalmente previstas, (...) e, uma vez eleitos, implementarem políticas que em nada contribuem para dotar o País de um sistema público de saúde condizente com o status de Política Social de fato e de direito, e não uma mera compensação a ser prestada aos mais pobres e excluídos”(CEBES, 2010e, p. 7).

“A Política Econômica, praticada ao longo dos últimos governos, vem privilegiando o pagamento de juros de dívidas e o superávit primário em detrimento de políticas sociais para a garantia dos direitos sociais” (CEBES, 2011c, p. 346).

Diante do exposto, pode-se constatar que o Cebes tem sido taxativo na defesa do direito à saúde e do SUS constitucional, apontando que a conquista da saúde em seu sentido mais amplo requer profundas mudanças, como destaca o texto a seguir:

“a conquista da saúde, tal como define a Constituição, requer para sua sustentação e efetivação um modelo de Estado e de desenvolvimento comprometidos com a melhoria das condições de

vida, incluindo, nesse contexto, a oferta de serviços para toda a população. (...) Nessa perspectiva, o Cebes reafirma a radicalização da democracia, na qual as instituições possam sobreviver livres do jogo do poder' como espaços reais de efetivação de direitos sociais" (CEBES, 2014c, p. 412-413).

4.2.5. Iniciativas para o fortalecimento do CEBES

Paralelamente à análise crítica e posicionamento político da entidade diante dos fatos da conjuntura, foi possível identificar algumas iniciativas desenvolvidas pela DN ao longo das distintas gestões direcionadas ao fortalecimento do Centro. Dentre essas medidas podem-se citar: O projeto de formação política intitulado “Formação em Cidadania para a Saúde”, O Projeto de Pesquisa “Memória e História do CEBES” e a Dinamização do site da entidade.

O projeto “Formação em Cidadania para a Saúde” consistiu em cursos presenciais realizados pelos núcleos da entidade nos Estados⁶³ e de fóruns de debates com especialistas. Objetivava a retomada do debate sobre temas importantes e estratégicos para a reforma sanitária (CEBES, 2011c).

O projeto de Pesquisa “Memória e História do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde”, financiado pela Fiocruz, visava apreender a memória e história do Cebes, tornando público seu acervo histórico. Previa a realização de uma série de entrevistas com ex-presidentes da entidade como José Ruben de Alcântara Bonfim, Paulo Amarante, Volnei Garrafa, Sarah Escorel, José Gomes Temporão, entre outros, cujo conteúdo gravado seria disponibilizado pelo portal da entidade (CEBES, 2008b).

A dinamização do site da entidade (<http://cebes.org.br/>) foi realizada com o lançamento de sua nova versão em março de 2013, motivada pela necessidade de tornar a comunicação com seus leitores mais independente e lhe conferir maior flexibilidade, harmonia e fluidez (CEBES, 2013).

4.3. A visão do CEBES sobre a Reforma Sanitária Brasileira

A RSB foi tema recorrente nas publicações analisadas nesse estudo, sendo abordada de modo transversal a todas as temáticas desenvolvidas pela entidade ao longo

⁶³ Os Núcleos do CEBES, institucionais, estaduais, municipais e/ou locais, poderão ser constituídos a partir da adesão formal aos estatutos, aos princípios e aos objetivos programáticos do Cebes.

do período analisado, sobretudo no que se refere a sua retomada e revitalização em cada contexto analisado, denotando o compromisso do Cebes com a mesma. Tal compromisso, já reconhecido na história da RSB (CEBES, 2005b; CEBES, 1979) foi revigorado na ‘re-fundação’ do CEBES, a partir da qual a entidade tem-se voltado para a retomada do espírito crítico e do debate propositivo que deu origem ao projeto da RSB, no sentido de manter vivo o clima dos movimentos que se organizaram em torno da mesma, os quais são capazes de exercitar essa crítica, de reconhecer as deficiências, de reorientar os compromissos institucionais e de radicalizar a democracia (CEBES, 2008).

Esse processo contribuiu para a “*retomada do movimento sanitário*”, reconhecido pela própria entidade a partir de 2006. Essa retomada do projeto da Reforma Sanitária representa para o Cebes a tentativa de “*superar a dissociação entre Estado e sociedade, entre governo e forças sociais organizadas, entre as políticas e o sistema público e as necessidades e aspirações da população*” (CEBES, 2006a, p.3). Com esse objetivo a entidade estimulou a análise sobre a configuração da RSB naquele momento, e reflexão se “*a institucionalidade que foi criada tem sido capaz de dar conta do projeto da Reforma Sanitária, adaptando-o às novas conjunturas e demandas que se apresentam na sociedade brasileira*” (CEBES, 2006a, p.3).

Nesse movimento de atualização, ao longo do período em estudo o Cebes abordou, em seus editoriais, temáticas como gênero, desenvolvimento sustentável e saúde para os grupos LGBT e população negra, os quais refletiram as relações entre as novas demandas sociais e o aprofundamento da Reforma Sanitária, e até mesmo a reflexão e tomada de posicionamento político perante questões até então não abordadas pelo movimento sanitário, como a questão ambiental (CEBES, 2010d).

Essa atualização da agenda, é uma ação destacada pelo CEBES ao defender que a “*Reforma Sanitária deve acompanhar o ‘bonde da história’, atualizar-se para corresponder à complexidade dos temas e demandas em saúde hoje*”, inclusive porque agrega novos atores (CEBES, 2007, p.3) “*hoje fundamentais no movimento da saúde,*” (CEBES, 2007, p.3).

Apesar da atualização de sua agenda, o Cebes reafirma continuamente seu antigo compromisso com o debate sobre a relação entre saúde e sociedade, ultrapassando a busca de solução dos problemas setoriais. Reflete, ainda, sobre os principais temas da agenda do movimento sanitário, destacando a diferença entre a

importância/profundidade do que se defendia nos anos 80 (*“levar a questão da democracia ao centro do debate e das decisões nacionais”*) e hoje (movimento subdividiu-se em pautas talvez de menor envergadura) (CEBES, 2011a, p.4).

A entidade reconhece a necessidade de renovação do movimento sanitário, por uma força jovem influenciada pelo uso das novas tecnologias da informação, mas destaca que se deu um *“afunilamento das energias políticas do movimento”* (CEBES, 2011a, p.4) em torno de dois tipos de problemas que são de natureza inteiramente setorial: a defesa do SUS e a defesa do modelo público da gerência dos hospitais do SUS. Tal subdivisão de pautas foi criticada porque *“descola a saúde do conjunto da sociedade e estreita o horizonte do debate desviando o foco das questões centrais”* (CEBES, 2011a, p.4).

Nesse particular o Cebes destaca duas temáticas centrais na agenda de debate: o futuro da gestão do SUS e o futuro do modelo de desenvolvimento, defendendo que o que deve ser rechaçado em definitivo é a idéia de que tanto o SUS quanto o processo de desenvolvimento estejam voltados para consagrar somente os interesses do capital (CEBES, 2011a). Nesse sentido, chama a atenção para que, na última década, o movimento sanitário brasileiro *“têm retomado o papel de articulação dos movimentos em defesa do SUS e de crítica às políticas que impedem maiores avanços do sistema”*, como o baixo financiamento do setor, com destaque à luta pela ampliação do orçamento federal para a saúde (Saúde + 10). Reafirma, portanto, que o MRS tem se apresentado como *“porta-voz das demandas dos trabalhadores e usuários”*, apresentando propostas nas quais a saúde tenha papel central na melhoria das condições de vida de todos os brasileiros, recolocando-a, assim, na agenda nacional (CEBES, 2014e, p. 5).

Nessa discussão da relação entre sociedade e saúde tendo como perspectiva um novo processo de desenvolvimento centrado nos direitos e políticas sociais (CEBES, 2013a), a entidade defende que *“os rumos e métodos do desenvolvimento não podem ser arbitrados nos gabinetes oficiais mediante um conluio com as grandes empresas”* (CEBES, 2011a, p.5) e, além disso, que é preciso *“garantir que os frutos do desenvolvimento possam ser revertidos para objetivos sociais de relevância nacional e que favoreçam a maturação progressiva de um Estado de Bem-Estar”* (CEBES, 2011a, p.5).

Diante desse desafio, o Cebes reconhece que seu sucesso só poderá ser alcançado mediante o fortalecimento do movimento sanitário pela sua *“aliança com os*

demais movimentos da sociedade civil”, bem como através do fim dos subsídios ao setor privado e de sua efetiva regulação pelo Estado (CEBES, 2011a, p.5; 2013a). Nesse sentido, destaca a importância da análise da conjuntura política e econômico-social e a compreensão da globalização⁶⁴ para a definição dos rumos do projeto da RSB para o futuro (CEBES, 2011a). Nesse particular, ampliando a ótica para o horizonte internacional, a entidade destaca a importância da articulação com os movimentos sociais dos demais países da América Latina, que constituem nichos de resistência aos ditames das agências internacionais, também fiéis à luta pelo direito à saúde e à construção de um mundo justo e igualitário (CEBES, 2009a; 2014d; 2014g).

Retomar e atualizar a agenda política da RSB, conforme já foi dito, implica em *“repensar seus objetivos e estratégias para construir novos arranjos sociais e políticos que garantam sua sustentação é o caminho defendido pela entidade”* (CEBES, 2012b). Nessa perspectiva, a entidade tem lutado continuamente pela revitalização do movimento sanitário e tem buscado construir uma reflexão crítica sobre as relações entre o Estado e a sociedade brasileira *“sob o prisma da economia política”* (CEBES, 2012b, p. 151), a fim de que surjam alternativas de transformação da economia e da política que contemplem mudanças nas atuais relações de poder da sociedade.

5. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A análise dos resultados apresentados neste trabalho à luz do quadro teórico definido anteriormente (Figura 1), permite a identificação de três aspectos relevantes acerca da trajetória e do posicionamento do Cebes com relação à Política de Saúde implementada no período 2003 – 2014.

Considerando que o período estudado corresponde ao momento em que se deu a refundação do Cebes cabe, em primeiro lugar, sistematizar o que foi feito pelas Diretorias que assumiram a condução da entidade neste período para resgatar seu projeto histórico e político, bem como para ampliar e fortalecer suas bases de sustentação. Como vimos no capítulo anterior, a Diretoria eleita em 2006, sob a

⁶⁴ Segundo a análise feita pela entidade, este processo tem sido *“regido pelo capital e pelo mercado, (...) e vem produzindo desigualdades e assimetrias (...) impondo um modelo de revolução tecnológica que acirra a condição de dependência e de atraso entre países, com repercussões para a saúde”* (CEBES, 2012b, p. 152-153).

presidência de Sonia Fleury, responsável pela mobilização em torno da refundação, centrou sua atuação na retomada do debate acerca da identidade do centro.

Esse debate propiciou toda uma reflexão em torno das estratégias para a retomada e avanço do processo de RSB em uma conjuntura marcada pelo “desencanto” com o rumo das políticas econômicas e sociais adotadas pelos sucessivos governos federais eleitos democraticamente no período pós-1988. Como abordado no capítulo anterior, vários autores apontam que tais governos implementaram políticas econômicas e sociais francamente marcadas pelo ideal neoliberal e, portanto, distantes da efetivação do SUS constitucional e do projeto da RSB (NORONHA e SOARES, 2001; COSTA, 2013; PAIM, 2013a).

A mudança na gestão governamental ao nível federal em 2003 trouxe a expectativa da possibilidade de reorientação da política de saúde, no sentido da priorização de determinadas estratégias que implicassem no fortalecimento da gestão pública do sistema e na reversão do modelo de atenção. De fato, vários autores apontam, em concordância com a visão do Cebes nesse momento, que a mudança das forças políticas que assumiram o governo federal, aumentou as expectativas com relação à modificação das políticas sociais, sobretudo a saúde, no sentido de sua reaproximação ao projeto constitucional. Esperava-se, então, o rompimento com as políticas neoliberais até então vigentes e a ampliação e fortalecimento da presença do Estado na economia de modo a propiciar as bases financeiras e institucionais para a retomada e consolidação das políticas voltadas à garantia dos direitos sociais. (MENICUCCI, 2011; COSTA, 2013; CARVALHO, 2013).

Contrariando estas expectativas, diversos estudos constatam que não ocorreram grandes mudanças. O governo Lula manteve a mesma linha do governo FHC na política econômica e na gestão das políticas sociais, compondo a “*dialética do menos pior*” (TEIXEIRA; PAIM, 2005, p. 282). No caso da saúde, considerando-a em seu âmbito setorial, não se verificaram “*mudanças ou ações de maior envergadura*” embora o país tenha se tornado “*um pouco mais saudável pela via das políticas econômicas e sociais*” (MENICUCCI, 2011, p. 531). Assim, apesar da retórica dos dirigentes enfatizar o interesse em priorizar a saúde, verificou-se uma “*prática píflia*” (CARVALHO, 2013, p. 18). Desse modo, o que foi feito não “*desestabilizara o núcleo da agenda liberal*”, que pelo contrário, “*avançava e ameaçava o direito universal a saúde*” (COSTA, 2013, p.244).

Assim, conforme apontam alguns estudos, o projeto político histórico da RSB estava sendo abandonado pelos dirigentes que assumiam a gestão da política de saúde no período pós-constituente (PAIM, 2008). Diante disso, o Cebes, sujeito coletivo organicamente comprometido com o projeto da RSB, percebeu a necessidade de repensar sua atuação/posicionamento, aprofundando um debate que culminou no processo de refundação. Isto representa, do ponto de vista político e estratégico, um importante momento de inflexão na trajetória dessa entidade diante dos fatos que se apresentaram naquela conjuntura.

Como vimos no capítulo anterior, a refundação do Cebes se deu a partir da eleição de uma nova diretoria, que tratou de reafirmar a identidade e os princípios norteadores do Centro através dos documentos “Plataforma de Refundação” e “A identidade política do CEBES”, ao tempo em que tratava de garantir a sustentabilidade financeira da entidade, através da regularização da cobrança de anuidades dos associados e do estabelecimento de convênios com instituições parceiras.

Ultrapassada a crise, as Diretorias Nacionais que se sucederam no período estudado, desenvolveram projetos direcionados à consolidação do Centro, a exemplo do Projeto “Formação em Cidadania para a Saúde” e o projeto de pesquisa “Memória e História do Cebes”, bem como a dinamização do site da entidade. De fato, pode-se verificar através dos documentos analisados (Apêndices A1 e A2) e da linha do tempo construída (Apêndice A4), que o Centro retomou a publicação regular de sua revista e de outros documentos que contemplam a análise de temas relevantes no processo de luta política em saúde que subsidiaram a tomada de posição diante das medidas adotadas pelos governos no cenário político configurado ao longo do período estudado.

Nessa perspectiva cabe, em segundo lugar, retomar os resultados apresentados com relação ao posicionamento adotado pela entidade face à política oficial conduzida especificamente pelo MS. As publicações analisadas nesse estudo ilustram claramente o compromisso assumido/perseguido pela entidade com o ideário da RSB. Nesse sentido, é importante constatar que o Cebes formulou e divulgou um conjunto de posições críticas sobre os diversos aspectos que envolvem a efetivação desse projeto, seja em âmbito setorial relativo à implementação do SUS, seja em seu sentido mais amplo direcionado à crítica e reorientação do modelo econômico de desenvolvimento, bem como o fortalecimento das políticas sociais e a radicalização da democracia, inclusive na área de saúde.

Assim, a maioria dos documentos que apresentam a crítica ao modelo de desenvolvimento adotado pelos governos do período o aponta como determinante dos obstáculos ao fortalecimento do processo de RSB, destacando seus efeitos sobre a reprodução social a partir da “reestruturação produtiva” que redefine as formas de exploração dos trabalhadores e promove a desmobilização e desarticulação política dos movimentos sociais. Essa crítica se acentuou, inclusive, durante o primeiro governo Dilma, diante das ações adotadas pelo Estado na área econômica e social, as quais vem favorecendo ainda mais a “mercantilização da saúde”

Em consonância com as análises veiculadas nas publicações do Centro, outros autores também defendem a centralidade da crítica ao atual modelo de desenvolvimento econômico e social brasileiro, que privilegia os interesses do capital financeiro e compromete a efetivação dos direitos sociais, inclusive o direito universal à saúde. Em contraponto a esta opção, que tendencialmente favorece a implementação de um “SUS para pobres” (PAIM, 2006), Costa (2013) destaca que é fundamental considerar a saúde como diretriz política eixo do projeto de desenvolvimento do país. Em outro trabalho, Gadelha e Costa (2012, p. 19), apontam a importância da atuação da população na busca de um “*projeto de desenvolvimento nacional pautado por um modelo de sociedade que contemple o interesse social e econômico da coletividade*”.

Dentre os posicionamentos adotados com relação ao processo de implementação do SUS, a entidade reconheceu os avanços, porém dedicou-se a analisar as dificuldades enfrentadas priorizando: a) crítica ao processo de subfinanciamento do SUS e apresentação de propostas alternativas para garantir a sustentabilidade financeira do sistema (cumprimento do disposto na EC 29; taxaço das grandes fortunas; ressarcimento dos planos privados ao SUS, por exemplo); b) crítica e posicionamento contrário às mudanças operadas no âmbito da gestão do SUS com estímulo à expansão da privatização da gestão pública (OS; OSCIP); c) crítica à relativa paralisação no processo de mobilização e articulação dos movimentos sociais em torno da garantia do direito universal à saúde.

De forma secundária e pontual, já que foram privilegiados os temas citados no parágrafo anterior, a entidade também se posicionou criticamente com relação ao processo de manutenção/mudança dos modelos de atenção em saúde, criticando a persistência do modelo hospitalocêntrico e as dificuldades enfrentadas no processo de consolidação da APS. Além disso, posicionou-se em algumas ocasiões, defendendo a

necessidade de se avançar no processo de regulação do setor privado, criticando o progressivo favorecimento do referido setor ao longo do processo de implementação do SUS.

O reconhecimento dos avanços e as críticas feitas pela entidade, citados anteriormente, convergem com as análises realizadas por outros autores que também destacam os benefícios alcançados e criticam o subfinanciamento, o favorecimento ao mercado privado de planos de saúde, a delegação de responsabilidade sobre o gerenciamento de serviços públicos a entidades privadas, como importantes entraves impostos à efetivação do SUS ao longo das mais de duas décadas de sua implementação (VIANA, MACHADO, 2008; MENICUCCI, 2009; CARVALHO, 2013; SANTOS, 2013; PAIM, 2013a).

Os resultados permitem ainda constatar que o principal interlocutor com o qual a entidade manteve relação ao longo do período estudado foi o MS/Governo federal, pois suas publicações, em sua maioria, refletem o posicionamento diante das decisões adotadas por esta instância de gestão da política de saúde, denunciando o rumo adotado em termos de direcionamento do processo de implementação do SUS e seu distanciamento da garantia do direito universal à saúde integral e de qualidade.

Cabe destacar que o Cebes manteve seu posicionamento crítico, apesar de ter ocorrido, principalmente no período do segundo mandato do Presidente Lula, a ocupação de cargos do alto escalão do MS por militantes da RSB. Essa postura distanciada adotada pelo Cebes coaduna-se com as críticas à atuação do MS apontadas por alguns autores que destacam o “*caráter burocrático de sua organização, operando por meio de ações fragmentadas e desarticuladas, com baixa capacidade técnica normativa e de indução de políticas*” (COSTA, 2013, p. 247), bem como a “*histórica fragmentação na condução nacional da política de saúde*” (VIANA e MACHADO, 2008, p. 674), revelando, de certo modo, a autonomia da entidade e a coerência das sucessivas Direções da entidade, com os princípios que norteiam sua atuação enquanto centro de estudos dedicado à análise crítica do processo político em saúde.

Além dessa via, o Cebes também atuou junto ao Conselho Nacional de Saúde e nas Conferências de Saúde. No primeiro, ocupou posição titular no grupo de representantes do segmento de profissionais de saúde, subsegmento composto por entidades representativas da comunidade científica da área da saúde. Nesse sentido, o Cebes envolveu-se, no processo eleitoral para a composição do CNS em 2006, e ao

longo de todo o período estudado. Nas Conferências, reconhecendo sua importância enquanto espaços centrais de participação social em saúde, o Centro buscou contribuir para o desenvolvimento do processo de organização e relatoria, tendo, inclusive participado da Comissão de Relatoria da 12ª CNS.

Diante do exposto, é importante destacar ainda que o período iniciado com a refundação do Cebes caracterizou-se pela explicitação por parte da entidade de uma visão de mundo que vincula o processo de democratização da Saúde a um projeto socialista. Nesse particular, a entidade defende como caminho a necessidade de articulação com movimentos sociais de outros países da América Latina onde se constituíram governos de caráter mais popular e de esquerda, os quais, segundo os documentos analisados, vêm sendo progressivamente pressionados pelos ditames das agências internacionais neoliberais representantes dos interesses do capital, constituindo-se, portanto, ameaças aos avanços alcançados no campo dos direitos sociais e da própria estratégia de articulação latino-americana.

A articulação/atuação dos movimentos sociais em defesa da democracia e da implementação de projetos políticos que favorecem a melhoria das condições de vida e saúde das camadas populares, também se constitui no caminho apontado por outros autores como Paim (2013a, p. 1934), para o qual *“resta às forças progressistas da sociedade civil apostar nos portadores da antítese que tendem a emergir dos movimentos sociais”*. Costa (2013, p. 251-252), por sua vez, defende que *“a atualização dos objetivos e estratégias nacionais da saúde requer, para sustentar-se, a construção de novos consensos e arranjos sociais e políticos”*.

Posto isso, um terceiro aspecto que merece ser destacado é o estabelecimento de alianças do Cebes com outras entidades da sociedade civil. Tais alianças resultaram na elaboração de documentos conjuntos nos quais são reiteradas as posições dessas entidades com relação ao processo de implementação do SUS e a construção de projetos políticos que apontem para o aprofundamento da democracia e a reorientação das políticas econômicas e sociais. As entidades signatárias dos documentos analisados foram: ABRASCO, ABRES, AMPASA, APSP, CFM, CONASEMS, REDE UNIDA e SBMFC.

Dentre as mesmas há que se destacar a relação estreita com a ABRASCO, enfatizada pelo próprio Cebes em seu processo de crise/refundação e nas publicações conjuntas das mesmas. A proximidade de ideais do Cebes e da Abrasco fica evidente

nos documentos “Carta em Defesa da Saúde do Povo Brasileiro” e “Saúde, justiça e inclusão social”, nos quais as entidades reconsideraram e reafirmam as diretrizes da RSB e os princípios do SUS. Aliadas às demais entidades citadas, Cebes e Abrasco mantêm a defesa do SUS no documento “O SUS pra valer”, chamando ainda a população à reflexão acerca do modelo de democracia que se deseja, e no documento “Agenda Estratégica para a Saúde no Brasil” o conjunto de entidades propõe cinco diretrizes para orientar a política de saúde, configurando assim, um arco de alianças estratégicas no processo de RSB.

Pelo exposto pode-se constatar que o Cebes constituiu-se como um sujeito político coletivo, um ator social (TESTA, 1995) que por sua atuação política no período analisado, posicionou-se criticamente com relação ao encaminhamento dado à política governamental em saúde, defendendo sistematicamente os princípios e valores que fundamentam o projeto de RSB. Nessa perspectiva segundo a concepção elaborada por Mário Testa, apresentada no quadro teórico, o posicionamento político do Cebes no período 2003-2014 fez parte da guerra de posições caracterizada pelo enfrentamento entre um projeto mercantilista, hegemônico (PAIM, 2008), e o projeto da RSB, que gerou ao longo do período várias decisões governamentais que caracterizam o projeto racionalizador (PAIM, 2008).

A refundação do Cebes significou, nesse sentido, a retomada do projeto original da RSB e a reafirmação da identidade política deste ator social que tem tido no setor saúde e no espaço social mais amplo um papel privilegiado na acumulação de poder técnico e político (TESTA, 1995) utilizado cotidianamente em função da difusão de conhecimentos científicos sobre a problemática de saúde e de valores democráticos que inspiram a defesa do direito à saúde enquanto direito de cidadania e o processo de construção do SUS.

Concluindo, pode-se afirmar que este trabalho evidenciou a multiplicidade de temas e de formas de atuação do Cebes no período, os quais se articulam em torno de um eixo central que é a defesa do direito à saúde como direito de cidadania e do processo de implementação da RSB. Esse último aspecto é central na identidade política do Cebes, desde a sua criação em 1976, tendo sido retomado e reafirmado nesse período. Nessa perspectiva a retomada da proposta original do Centro e do projeto histórico da RSB e sua atualização na conjuntura mais recente, evidenciam a consciência histórica e política dos seus militantes e do seu corpo dirigente com relação

ao que Paim (2008, p. 296) chamou de “*promessas não cumpridas*” da Reforma Sanitária, bem como da necessidade de reafirmar os princípios e diretrizes deste projeto. Em consonância com o referido autor, o Cebes defende que a RSB se desenvolveu com avanços e retrocessos, porém não se esgotou. Assim, a entidade aposta não na mudança do Estado, mas na importância de ampliar a rearticulação dos movimentos sociais e identificação dos novos sujeitos políticos com os quais possa se articular para manter e ampliar a luta pela RSB.

Por fim, é necessário apontar a possibilidade de continuidade desse trabalho, com ampliação das fontes para além das documentais e bibliográficas, abrangendo, por exemplo, entrevistas com militantes históricos do Cebes que possam agregar mais elementos a análise da conjuntura atual da política de saúde.

REFERÊNCIAS

- ABRASCO. CEBES. ABRES. REDE UNIDA. AMPASA. O SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade. In: CEBES. Saúde em Debate. v. 30, n. 71, p. 385-396, set./dez. 2005
- BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Fundação Estatal Saúde da Família: proposta para Debate. 2ª versão.- Salvador: SESAB, 2007
- BRASIL. Decreto Nº 5.839, de 11 de Julho de 2006. Dispõe sobre a organização, as atribuições e o processo eleitoral do Conselho Nacional de Saúde - CNS e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Decreto/D5839.htm>. Acesso em: 27 Jan.2015
- BRASIL. Decreto no 7508, de junho de 2011. Brasília-DF, 2011.
- BRASIL. PORTARIA Nº 2.814, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012. Disponível: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/index.htm> . Acesso em: 30.11.14
- BRASIL. Resolução nº 407, de 12 de setembro de 2008. Alterado pela Resolução Nº 435, de 12 de agosto de 2010. Estabelece o Regimento Interno do Conselho Nacional de Saúde. DOU nº 47, de 11 de março de 2009. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2008/res0407_12_09_2008.html >. Acesso em: 27 Jan.2015
- CAMARGO, Guilherme Pessoa Franco de. A lei da ficha limpa e a revolução eleitoral. In: Âmbito Jurídico, Rio Grande, XVI, n. 110, mar 2013.
- CARDOSO, F. M.; CAMPOS, G. W. de S. Reformas Neoliberais, Reforma Sanitária Brasileira e Fundações Estatais de Direito Privado: análise de documento da Fundação Estatal de Saúde da Família (FESF) - Bahia. *Saúde debate*, Jun 2013, vol.37, no.97, p.219-232. ISSN 0103-1104

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. estudos avançados 27 (78), 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ea/v27n78/02.pdf>>. Acesso 19.02.16

CEBES. A questão democrática na área da saúde. 1979. Disponível em: http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2015/10/Cebes_Saúde-e-Democracia.pdf. Acesso: 04.10.15

CEBES. Diretoria Nacional. EDITORIAL. Saúde em Debate. v. 27, n. 63, p. 3-4, jan./abr. 2003a

CEBES. Diretoria Nacional. EDITORIAL. Saúde em Debate. v. 27, n. 64, p. 91-92, maio/ago. 2003b

CEBES. Diretoria Nacional. EDITORIAL. Saúde em Debate. v. 27, n. 65, p. 182 – 183, set./dez. 2003c

CEBES. Diretoria Nacional. EDITORIAL. Saúde em Debate. v. 28, n. 66, p. 3, jan./abr. 2004a

CEBES. Diretoria Nacional. EDITORIAL. Saúde em Debate. v. 28, n. 67, p. 89, maio/ago. 2004b

CEBES. Diretoria Nacional. A crise do CEBES [editorial]. Saúde em Debate. v. 29, n. 69, p. 3, jan./abr. 2005a

CEBES. Diretoria Nacional. O futuro do CEBES [editorial]. Saúde em Debate. v. 29, n. 70, p. 107, maio/ago. 2005b

CEBES. Diretoria Nacional. Refundação do CEBES [editorial]. Saúde em Debate. v. 30, n. 71, p. 227-228, set./dez. 2005c

CEBES. Carta de Brasília. Saúde em Debate. v. 29, n. 70, p. 221-223, maio/ago. 2005d

CEBES. Diretoria Nacional. A identidade política do CEBES. In: CEBES. Saúde em Debate. v. 30, n. 71, p. 397-399, set./dez. 2005e

CEBES. Diretoria Nacional. O lugar estratégico da gestão na conquista do SUS pra valer. In: CEBES. Saúde em Debate. v. 30, n. 71, p. 382-384, set./dez. 2005f

CEBES. Diretoria Nacional. EDITORIAL. Saúde em Debate. v. 30, n. 72, p. 3 – 4, jan./abr. 2006a

CEBES. Diretoria Nacional. O controle social e o projeto da Reforma Sanitária [editorial]. Saúde em Debate. v. 30, n. 73/74, p. 141 – 142, maio./dez. 2006b

CEBES. Diretoria Nacional. EDITORIAL. Saúde em Debate. v. 31, n. 75/76/77, p. 3, jan./dez. 2007

CEBES. Diretoria Nacional. EDITORIAL. Saúde em Debate. v. 32, n. 78/79/80, p. 3, jan./dez. 2008

CEBES. Linha do Tempo. 2008b. Disponível em <http://cebes.org.br/linha-do-tempo/ano-2008/>. Acesso em 07.09.14

- CEBES. Diretoria Nacional. Partidos, governo e os equívocos sobre o SUS [editorial]. Saúde em Debate. v. 33, n. 81, p. 3 – 5, jan./abr. 2009a
- CEBES. Diretoria Nacional. EDITORIAL. Saúde em Debate. v. 33, n. 82, p. 193 – 194, maio/ago. 2009b
- CEBES. Diretoria Nacional. EDITORIAL. Saúde em Debate. v. 33, n. 83, p. 341 – 342, set./dez. 2009c
- CEBES. Diretoria Nacional. Saúde em Debate. v. 33, n. 81, jan./abr. 2009d
- CEBES. Vinte anos do SUS: celebrar o conquistado, repudiar o inaceitável. Saúde em Debate. v. 33, n. 81, p. 185-188, jan./abr. 2009e
- CEBES. Diretoria Nacional. O direito á saúde é um direito humano inadiável [editorial]. Saúde em Debate. v. 34, n. 84, p. 4 – 7, jan./mar. 2010a
- CEBES. Diretoria Nacional. Política social e eleições [editorial]. Saúde em Debate. v. 34, n. 85, p. 175 – 177, abr./jun. 2010b
- CEBES. Diretoria Nacional. Para além da conjuntura eleitoral [editorial]. Saúde em Debate. v. 34, n. 86, p. 413 – 415, jul./set. 2010c
- CEBES. Diretoria Nacional. Saúde e democracia, hoje [editorial]. Saúde em Debate. v. 34, n. 87, p. 604 – 606, out./dez. 2010d
- CEBES. Diretoria Nacional. EDITORIAL. Saúde em Debate. v. 34, n. especial, p. 4 – 7, set. 2010e
- CEBES. Diretoria Nacional. Saúde em Debate. v. 34, n. 87. 2010f
- CEBES. Diretoria Nacional. Saúde em Debate. v. 34, n. especial, set. 2010g
- CEBES. 2010h. SUS: qual o rumo? Disponível em: http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/03/SUS-Qual-o-rumo_3.pdf Acesso: 28.10.15
- CEBES. Diretoria Nacional. EDITORIAL. Saúde em Debate. v. 35, n. 88, p. 4 – 5, jan./mar. 2011a
- CEBES. Diretoria Nacional. EDITORIAL. Saúde em Debate. v. 35, n. 89, p. 184 – 185, abr./jun. 2011b
- CEBES. Diretoria Nacional. EDITORIAL. Saúde em Debate. v. 35, n. 90, p. 346 – 348, jul./set. 2011c
- CEBES. Diretoria Nacional. EDITORIAL. Saúde em Debate. v. 35, n. 91, p. 502 – 503, out./dez. 2011d
- CEBES. Diretoria Nacional. Saúde em Debate. v. 35, n. 90, jul./set. 2011e
- CEBES. Diretoria Nacional. Saúde em Debate. v. 35, n. 91, out./dez. 2011f
- CEBES. Diretoria Nacional. EDITORIAL. Saúde em Debate. v. 36, n. 92, p. 5 – 6, jan./mar. 2012a

CEBES. Diretoria Nacional. Desenvolvimento e saúde. EDITORIAL. Saúde em Debate. v. 36, n. 93, p. 151 – 153, abr./jun. 2012b

CEBES. Diretoria Nacional. A Rio + 20 não pode ser mais uma oportunidade perdida. Saúde em Debate. EDITORIAL. v. 36, n. especial, p. 4 – 5, jun. 2012c

CEBES. Diretoria Nacional. Lições brasileiras na busca do Direito Universal à Saúde [editorial]. Saúde em Debate. v. 36, n. 94, p. 317 – 318, jun./set. 2012d

CEBES. Diretoria Nacional. A gestão municipal e a garantia do direito à saúde [editorial]. Saúde em Debate. v. 36, n. 95, p. 506 – 508, out./dez. 2012e

CEBES. Saúde, desenvolvimento e Sustentabilidade: desafios da Rio + 20. Saúde em Debate. v. 36, n. especial, jun. 2012g

CEBES. Linha do Tempo. 2013. Disponível em: <http://cebes.org.br/linha-do-tempo/ano-2013/>. Acesso em 07.09.14

CEBES. Diretoria Nacional. Direito à Saúde: 25 anos [editorial]. Saúde em Debate. v. 37, n. 96, p. 4 – 5, jan./mar. 2013a

CEBES. Diretoria Nacional. O SUS precisa de Mais Médicos e de Muito Mais! [editorial]. Saúde em Debate. v. 37, n. 97, p. 200 – 203, abr./jun. 2013b

CEBES. Diretoria Nacional. A equidade como política [editorial]. Saúde em Debate. v. 37, n. 99, p. 548 – 550, out./dez. 2013d

CEBES. Quem Somos. 2014. Disponível em: <http://cebes.com.br/o-cebes/quem-somos/>. Acesso: 07.09.14

CEBES. Diretoria Nacional. Em defesa do direito universal à saúde: saúde é direito e não negócio [editorial]. Saúde em Debate. v. 38, n. 101, p. 194 – 196, abr./jun. 2014b

CEBES. Diretoria Nacional. Saúde como política de Estado [editorial]. Saúde em Debate. v. 38, n. 102, p. 412 – 413, set./dez. 2014c

CEBES. Diretoria Nacional. EDITORIAL. Saúde em Debate. v. 38, n. 103, p. 675 – 676, out./dez. 2014d

CEBES. Diretoria Nacional. EDITORIAL. Saúde em Debate. v. 38, n. especial, p. 5 – 6, out. 2014e

CEBES. Diretoria Nacional. Saúde em Debate. v. 38, n. 100, jan./mar. 2014f

CEBES. Carta do Brasil. 2014g. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/11/Carta.pdf>. Acesso: 08.05.15

CEBES. Estatuto Social. 2016. Disponível em: <http://cebes.org.br/o-cebes/estatuto-social/>. Acesso em: 15.01.16

CEBES; ABRASCO. Em Defesa da Saúde dos Brasileiros. In: Saúde em Debate. v. 26, n. 62, p. 290 – 294, set./dez. 2002

CEBES; ABRASCO. Saúde, justiça e inclusão social. Rio de Janeiro/Brasília. 2003. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/folder/10006002836.pdf>. Acesso 28.10.15

CEBES; ABRASCO; Rede Unida et al. Agenda estratégica para a saúde no Brasil. 2011. Disponível em: http://www.saudeigualparatodos.org.br/pdf/Agenda_Saude_para_Todos.pdf. Acesso: 21.07.14

CEBES; ABRASCO; Rede Unida et al. Uma agenda estratégica para a saúde no Brasil. 2010. Disponível em: <http://www.cebes.org.br/media/File/Agenda%20Estrategica%20para%20a%20Saude.pdf>. Acesso: 19.07.14

CNS. Conselho Nacional de Saúde. Conselheiros (as) Nacionais de Saúde. 02 de Fevereiro de 2016. Disponível em: < http://conselho.saude.gov.br/expediente/Composicao_CNS.pdf>. Acesso em: 20 Fev.2016

Constituição da República Federativa do Brasil de 05 de outubro de 1988. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado; 1988. Título VIII. Da Ordem Social. Capítulo II. Seção II. Da Saúde. Arts 196-200.

COSTA, A. M. Saúde e desenvolvimento. In: SADER, E (org.). 10 anos de governos pós-neoliberais no Brasil: Lula e Dilma. São Paulo, SP: Boitempo; Rio de Janeiro: FLACSO Brasil 2013. p. 239-252

CPPS/ OPAS. Formulación de Políticas de Salud. 1975. cap. III .

ESCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. P. 385-434

ESCOREL, Sarah. Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. 208 p

FALCÃO, Joaquim; OLIVEIRA, Fabiana Luci de. Poder Judiciário e Competição Política: as eleições de 2010 e a lei da "ficha-limpa". Opin. Publica, Campinas , v. 18, n. 2, p. 337-354, nov. 2012 .

FEDERICO, L. Análise política em saúde: a contribuição do pensamento estratégico. Salvador: EDUFBA, 2015. 286p.

FLEURY, S. (organizadora). Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

FLEURY, S. Estado sem cidadãos. Seguridade Social na América Latina. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

GADELHA, C.A.G. & COSTA, L.S. Saúde e desenvolvimento no Brasil: avanços e desafios. Rev Saúde Pública 2012;46(Supl):13-20

HOCHMAN, G. Saudades do futuro ou um sistema de saúde em tempos democráticos. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29(10):1927-1953, out, 2013

IANNI, A. M. Z. et al . Os Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da Abrasco: um campo científico em disputa. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 20, n. 2, p. 503-513, Feb. 2015 .

IPHC/CISP. Declaração para a Saúde dos Povos/Assembléia Mundial de Saúde dos Povos. Bangladesh. Dezembro, 2000. In: *Saúde em Debate*. v. 27, n. 63, p. 79 – 85, jun./abr. 2003

KLECZKOWSKI, B.; ROEMER, M.; VAN DER WERFF, A. Sistemas nacionales de salud y su reorientación hacia la salud para todos. *Cuadernos de Salud Pública*. nº 77, OMS, 1984.

MACHADO, K. Crise da saúde acende alerta no SUS. *Radis*. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP); FIOCRUZ. Comunicação e Saúde desde 1982, número 33, maio de 2005. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/33>. Acesso: 28.02.16

MAGNO, Liz Duque; PAIM, Jairnilson Silva. Dos clamores das ruas aos rumores no Congresso: uma análise da conjuntura recente da saúde no Brasil. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde*, [S.l.], v. 9, n. 4, dec. 2015. ISSN 1981-6278.

MATUS, C. Política, Planificación y Gobierno. OPS, Washington D.C., 1987. 772p

MÈDICI, A. 26 Anos de SUS: Avanços e Desafios. 29.07.14. Disponível em: <http://cebes.org.br/publicacao/a-equidade-como-politica/>. Acesso: 02.02.16

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549p.

MENICUCCI, T. M. G. A Política de Saúde no Governo Lula. *Saúde Soc.* São Paulo, v.20, n.2, p.522-532, 2011

MENICUCCI, T. M. G. SUS, 20 ANOS: BALANÇO E PERSPECTIVAS. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(7):1620-1625, jul, 2009

MINISTÉRIO DA ADMINISTRAÇÃO FEDERAL E REFORMA DO ESTADO. Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Brasília: Imprensa Nacional, novembro 1995. Plano aprovado pela Câmara da Reforma do Estado da Presidência da República em setembro de 1995.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. A reforma da atenção hospitalar brasileira. Brasília, DF, 2004

NORONHA, J. C. & SOARES, L. T. A política de saúde no Brasil nos anos 90. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2):445-450, 2001

NORONHA, José Carvalho de. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 29, n. 5, p. 847-849, May 2013 .

PAIM, J.S. Análise do processo da Reforma Sanitária Brasileira no período de 2007 a 2016. Projeto submetido para avaliação na categoria de Bolsa de Produtividade de Pesquisa. Salvador, 2013b

PAIM, J.S. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública*, 29(10): 1927-1953, 2013c

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

PAIM, J.S. Reforma Sanitária Brasileira: *eppur sinuove*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29(10):1927-1953, out, 2013a

PAIM, J.S.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. The Lancet, 2011; 377:1778-1797

PAIM, J. S. Equidade e reforma em sistemas de serviços de saúde: o caso do SUS. Saude soc., São Paulo , v. 15, n. 2, p. 34-46, Aug. 2006 .

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C.F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 12, supl. p. 1819-1829, Nov. 2007

POULANTAZAS, N. O Estado, o poder e o socialismo. Tradução Rita Lima. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1981.

SANTOS, J.S.; TEIXEIRA, C.F. Política de saúde no Brasil: produção científica 1988-2014. Revista Saúde em Debate. No prelo

SANTOS, N. R. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. Ciência & Saúde Coletiva, 18(1):273-280, 2013

SOPHIA, D. C. Saúde e Utopia. O Cebes e a Reforma Sanitária Brasileira. Hucitec. São Paulo: Hucitec/Sobravime, 2015, 328p.

SOUSA, C. M. de; SOUZA, A. de. (Orgs). Jornadas de junho: repercussões e leituras. Campina Grande: EDUEPB, 2013.

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (org) Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências. 1ª Ed. Salvador, EDUFBA. 2010, p.154.

TEIXEIRA, C. F.; SOUZA, L. E.; PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde, a difícil construção de um sistema universal na sociedade brasileira, IN: ALMEIDA FILHO, N; PAIM, J. S. (orgs). Saúde Coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: MEDBOOK, 2014, p. 121-37

TEIXEIRA, C.F. PAIM, J. A política de saúde no governo Lula e a dialética do menos pior. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 29, n. 71, p. 268-283, set./dez. 2005

TEIXEIRA, S.F. (org.). Reforma Sanitária em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Abrasco. 1989. p. 17-46.

TESTA, M. Decidir en Salud: ¿Quién?, ¿Cómo? Y ¿Porqué?. Salud Colectiva. Buenos Aires, 3(3): 247-257, Septiembre - Diciembre, 2007

TESTA, M. Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde. São Paulo: HUCITEC/- Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.

TESTA, Mario. Pensar em saúde. Porto Alegre: Artes médicas/ABRASCO, 1992. p. 117-128

VIANA, A. L. D.; MACHADO, C. V. Proteção social em saúde: um balanço dos 20 anos do SUS. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 18 [4]: 645-684, 2008

APÊNDICES

Apêndice A1 - Editoriais do CEBES analisados no período 2003-2014 por ano de publicação

Nº	Ano/Editorial
	2003
1	CEBES. Diretoria Nacional. EDITORIAL. Saúde em Debate. v. 27, n. 63, p. 3-4, jan./abr. 2003
2	CEBES. Diretoria Nacional. EDITORIAL. Saúde em Debate. v. 27, n. 64, p. 91-92, maio/ago. 2003
3	CEBES. Diretoria Nacional. EDITORIAL. Saúde em Debate. v. 27, n. 65, p. 182 – 183, set./dez. 2003
	2004
4	CEBES. Diretoria Nacional. EDITORIAL. Saúde em Debate. v. 28, n. 66, p. 3, jan./abr. 2004
5	CEBES. Diretoria Nacional. EDITORIAL. Saúde em Debate. v. 28, n. 67, p. 89, maio/ago. 2004
6	CEBES. Diretoria Nacional. EDITORIAL. Saúde em Debate. v. 28, n. 68, p. 189, set./dez. 2004
	2005
7	CEBES. Diretoria Nacional. A crise do CEBES [editorial]. Saúde em Debate. v. 29, n. 69, p. 3, jan./abr. 2005
8	CEBES. Diretoria Nacional. O futuro do CEBES [editorial]. Saúde em Debate. v. 29, n. 70, p. 107, maio/ago. 2005
9	CEBES. Diretoria Nacional. Refundação do CEBES [editorial]. Saúde em Debate. v. 30, n. 71, p. 227-228, set./dez. 2005
	2006
10	CEBES. Diretoria Nacional. EDITORIAL. Saúde em Debate. v. 30, n. 72, p. 3 – 4, jan./abr. 2006
11	CEBES. Diretoria Nacional. O controle social e o projeto da Reforma Sanitária [editorial]. Saúde em Debate. v. 30, n. 73/74, p. 141 – 142, maio./dez. 2006
	2007
12	CEBES. Diretoria Nacional. EDITORIAL. Saúde em Debate. v. 31, n. 75/76/77, p. 3, jan./dez. 2007
	2008
13	CEBES. Diretoria Nacional. EDITORIAL. Saúde em Debate. v. 32, n. 78/79/80, p. 3, jan./dez. 2008
	2009
14	CEBES. Diretoria Nacional. Partidos, governo e os equívocos sobre o SUS [editorial]. Saúde em Debate. v. 33, n. 81, p. 3 – 5, jan./abr. 2009
15	CEBES. Diretoria Nacional. EDITORIAL. Saúde em Debate. v. 33, n. 82, p. 193 – 194, maio/ago. 2009
16	CEBES. Diretoria Nacional. EDITORIAL. Saúde em Debate. v. 33, n. 83, p. 341 – 342, set./dez. 2009
	2010
17	CEBES. Diretoria Nacional. O direito á saúde é um direito humano inadiável [editorial]. Saúde em Debate. v. 34, n. 84, p. 4 – 7, jan./mar. 2010
18	CEBES. Diretoria Nacional. Política social e eleições [editorial]. Saúde em Debate. v. 34, n. 85, p. 175 – 177, abr./jun. 2010
19	CEBES. Diretoria Nacional. Para além da conjuntura eleitoral [editorial]. Saúde em Debate. v. 34, n. 86, p. 413 – 415, jul./set. 2010

20	CEBES. Diretoria Nacional. Saúde e democracia, hoje [editorial]. Saúde em Debate. v. 34, n. 87, p. 604 – 606, out./dez. 2010
21	CEBES. Diretoria Nacional. EDITORIAL. Saúde em Debate. v. 34, n. especial, p. 4 – 7, set. 2010
	2011
22	CEBES. Diretoria Nacional. EDITORIAL. Saúde em Debate. v. 35, n. 88, p. 4 – 5, jan./mar. 2011
23	CEBES. Diretoria Nacional. EDITORIAL. Saúde em Debate. v. 35, n. 89, p. 184 – 185, abr./jun. 2011
24	CEBES. Diretoria Nacional. EDITORIAL. Saúde em Debate. v. 35, n. 90, p. 346 – 348, jul./set. 2011
25	CEBES. Diretoria Nacional. EDITORIAL. Saúde em Debate. v. 35, n. 91, p. 502 – 503, out./dez. 2011
	2012
26	CEBES. Diretoria Nacional. EDITORIAL. Saúde em Debate. v. 36, n. 92, p. 5 – 6, jan./mar. 2012
27	CEBES. Diretoria Nacional. Desenvolvimento e saúde. EDITORIAL. Saúde em Debate. v. 36, n. 93, p. 151 – 153, abr./jun. 2012
28	CEBES. Diretoria Nacional. A Rio + 20 não pode ser mais uma oportunidade perdida. Saúde em Debate. EDITORIAL. v. 36, n. especial, p. 4 – 5, jun. 2012
29	CEBES. Diretoria Nacional. Lições brasileiras na busca do Direito Universal à Saúde [editorial]. Saúde em Debate. v. 36, n. 94, p. 317 – 318, jun./set. 2012
30	CEBES. Diretoria Nacional. A gestão municipal e a garantia do direito à saúde [editorial]. Saúde em Debate. v. 36, n. 95, p. 506 – 508, out./dez. 2012
	2013
31	CEBES. Diretoria Nacional. Direito à Saúde: 25 anos [editorial]. Saúde em Debate. v. 37, n. 96, p. 4 – 5, jan./mar. 2013
32	CEBES. Diretoria Nacional. O SUS precisa de Mais Médicos e de Muito Mais! [editorial]. Saúde em Debate. v. 37, n. 97, p. 200 – 203, abr./jun. 2013
33	CEBES. Diretoria Nacional. Saúde para grupos LGBT exige a radicalização democrática [editorial]. Saúde em Debate. v. 37, n. 98, p. 366 – 368, jul./set. 2013
34	CEBES. Diretoria Nacional. A equidade como política [editorial]. Saúde em Debate. v. 37, n. 99, p. 548 – 550, out./dez. 2013
35	CEBES. Diretoria Nacional. EDITORIAL. Saúde em Debate. v. 37, n. especial, p. 6, set./dez. 2013
	2014
36	CEBES. Diretoria Nacional. A Revista Saúde em Debate comemora seu 100º número [editorial]. Saúde em Debate. v. 38, n. 100, p. 4, jan./mar. 2014
37	CEBES. Diretoria Nacional. Em defesa do direito universal à saúde: saúde é direito e não negócio [editorial]. Saúde em Debate. v. 38, n. 101, p. 194 – 196, abr./jun. 2014
38	CEBES. Diretoria Nacional. Saúde como política de Estado [editorial]. Saúde em Debate. v. 38, n. 102, p. 412 – 413, set./dez. 2014
39	CEBES. Diretoria Nacional. EDITORIAL. Saúde em Debate. v. 38, n. 103, p. 675 – 676, out./dez. 2014
40	CEBES. Diretoria Nacional. EDITORIAL. Saúde em Debate. v. 38, n. especial, p. 5 – 6, out. 2014

Apêndice A2 - Documentos do CEBES analisados no período 2003-2014 por ano de publicação

Nº	Ano/Documento
	1979
1	A questão democrática da saúde CEBES. A questão democrática na área da saúde. 1979. Disponível em: http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2015/10/Cebes_Saúde-e-Democracia.pdf . Acesso: 04.10.15
	2003
2	Declaração de Bangladesh – IPHC/CISP. Declaração para a Saúde dos Povos/Assembléia Mundial de Saúde dos Povos. Bangladesh. Dezembro, 2000. In: Saúde em Debate. v. 27, n. 63, p. 79 – 85, jun./abr. 2003
3	Carta em Defesa da Saúde do Povo Brasileiro (RSD nº 62) – CEBES; ABRASCO. Em Defesa da Saúde dos Brasileiros. In: Saúde em Debate. v. 26, n. 62, p. 290 – 294, set./dez. 2002
4	“Saúde, justiça e inclusão social” - CEBES; ABRASCO. Saúde, justiça e inclusão social. Rio de Janeiro/Brasília. 2003. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/10006002836.pdf . Acesso 28.10.15
	2005
5	“A identidade política do CEBES” - CEBES. Diretoria Nacional. A identidade política do CEBES. In: CEBES. Saúde em Debate. v. 30, n. 71, p. 397-399, set./dez. 2005
6	“O SUS pra valer” - ABRASCO. CEBES. ABRES. REDE UNIDA. AMPASA. O SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade. In: CEBES. Saúde em Debate. v. 30, n. 71, p. 385-396, set./dez. 2005
7	“O lugar estratégico da gestão na conquista do SUS pra valer” - CEBES. Diretoria Nacional. O lugar estratégico da gestão na conquista do SUS pra valer. In: CEBES. Saúde em Debate. v. 30, n. 71, p. 382-384, set./dez. 2005
	2009
8	Documento de comemoração dos 20 anos do SUS - CEBES. Vinte anos do SUS: celebrar o conquistado, repudiar o inaceitável. Saúde em Debate. v. 33, n. 81, p. 185-188, jan./abr. 2009
	2010
9	SUS: qual o rumo?” – CEBES. 2010. SUS: qual o rumo? Disponível em: http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/03/SUS-Qual-o-rumo_3.pdf Acesso: 28.10.15
	2011
10	Agenda Estratégica para a Saúde no Brasil – CEBES; ABRASCO; Rede Unida et al. Agenda estratégica para a saúde no Brasil. 2011. Disponível em: http://www.saudeigualparatodos.org.br/pdf/Agenda_Saude_para_Todos.pdf . Acesso: 21.07.14
	2014
11	‘Carta do Brasil’ - CEBES. Carta do Brasil. 2014. Disponível em: http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/11/Carta.pdf . Acesso: 08.05.15

Apêndice A3 – Matriz de análise dos Editoriais/Documentos da Revista do CEBES analisados no período 2003-2014

Nº	Fichamento do Editorial/Documento: Posicionamentos	OBS

Apêndice A4 – Linha do tempo

Clicar 2 vezes sobre o ícone abaixo para abrir:



Linha do Tempo
CEBES - 2003 - 2014

Ano	2003			2004			
Revistas	V 27 n. 63 Jan Abr 2003	V 27 n. 64 mai ago 2003	v 27 n 65 set dez 2003	v 28 n 66 jan abr 2004	vol 28 n 67 mai ago 2004	v 28 n 68 set dez 2004	v 29 n 69 jan abr 2005
nº	1	2	3	4	5	6	7
Governo	Lula I						
Conjuntura	1. Economia: manutenção da política monetarista de FHC ⁵⁵ ; Saúde: MS - equipe buscou políticas coerentes com o SUS; nomeação de Arouca como Sec gestão participativa; 12ª CNS idealizada e conduzida por militantes da RSB; Redefinição do MA - reorganização AB + VS + AE; Saúde: Medida populistas - intersetorial ⁵⁵						
Eventos	12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) ¹						I Conferência Na
Financiamento	Contingenciamento de Recursos do MS ; MP autorizando propaganda de cigarro ⁵⁵	Desvinculação de recursos da saúde e educação; Não cumprimento da EC 29; ⁵⁵		Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do MEC no SUS ⁵⁸			Crise no setor hospitalar do Rio ⁵⁷
Gestão							
Modelos de Atenção	Política Nacional de Humanização ¹⁷ (Humaniza-Sus)			1 - Política Nacional de Saúde Bucal ¹⁸ 2 - Resolução 338 ¹⁹ (Política Nacional de Assistência Farmacêutica - PNAF) 3 - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PNAISM ²⁰ Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS - 2004 ⁵⁵ Estatuto do Idoso ⁵⁵			
Relação público - privada							Pesquisas indicam cre
Ministro da Saúde	Humberto Costa ³⁶ (01/01/03 a 08/07/05)						
Diretoria	Gestão 2000 - 2003			Gestão 2003- 2006			
Composição	P. Sarah Escorel (RJ) VC. Armando de Negri Filho (RS) Maria Malik (SP)		1ª CE. Ana	P. Sarah Escorel (RJ) 1ª VC José Gomes Temporão(RJ) CE. Emerson Elias Merhy (SP)			
Temas/CAPA	12ª CNS - 7 a 11 de dezembro de 2003	12ª CNS	12ª CNS Sérgio Arouca	*	*	*	A crise do Cebes
Temas abordados nos editoriais	Novo governo - perspectivas e avaliação		12ª CNS Sérgio Arouca - Preparatório, avaliação e consequências			Crise e revitalizaçã	
Posições do Cebes	Crítica em relação à chegada de Lula (PT) à presidência; Expressar certa esperança em mudanças substantivas na Política de Saúde; Destaque ao Controle Social (Proximidade da 12ª CNS); retomada da importância da RSB	Avalia o 1º semestre do novo governo (críticas: semelhança com os governos anteriores; descumprimento da EC-29); Destaca a importância e perspectivas da CNS (mudança na metodologia e compromete-se com o estímulo ao debate pré-conferência)	Cadernos da 12ª (Documento para os delegados) ; Destaque ao MRSB; Reafirmação de sua tarefa de propagar o ideário RSB; É preciso um salto de qualidade na saúde; Tarefa e a tarefa do governo: fazer chegar o ideário da RS ao cidadão no seu dia-a-dia.	Avalia a 12ª Conferência Nacional de Saúde (inovação - votação do relatório em domicílio; necessidade de mudança do modelo)	Fatos da conjuntura atual de saúde; Crítica às iniciativas do governo (não promovem a universalidade e direito à saúde); Solicitação à PGP de Ação no MP pelo cumprimento da EC 29 (junto com Abrasco e Eduardo Jorge) ; Reflexão sobre o futuro	A RSD atuou no que foi vital para a construção do SUS; Perspectivas para o ano que se iniciará, bandeira de luta: mais justiça social e igualdade.	História do Cebes marcada por fragilidade financeira; 2005 - Cebes viveu a sua maior crise financeira (1ª Sem - atividade políticas prejudicadas); Revitalização do CEBES; Chamada à reflexão sobre o futuro da entidade
Posições de outros atores	Revolta do Buzu ³⁹			Revolta da Catraca ⁴⁰			Func
Documentos	1. Declaração de Bangladesh (Assembleia mundial de saúde dos povos) - Metas para um mundo melhor (Econômicas, políticas...) Defesa do direito à saúde; Crítica às políticas econômicas e neoliberais; Destaque a APS e Participação social		2. Carta em Defesa da Saúde do Povo Brasileiro (Contexto eleitoral - reafirma a RSB e o SUS) 3. Saúde, justiça e inclusão social (Doc p os delegados, reforça o anterior- Posição política Cebes e Abrasco)				4. A identidade política do CEBES; 5. O SUS na conquista d

2005		2006		2007	2008	2009		
v 29 n 70 mai ago 2005	v 29 n 71 Set Dez 2005	V 30 n 72 Jan Abr 2006	V 30 n 73 74 Mai Dez 2006	V 31 n 75 76 77 Jan Dez 2007	V 32 n 78 79 80 Jan Dez 2008	V 33 n 81 Jan Abr 2009	V 33 n 82 Mai Ago 2009	V 33 n 83 Set Dez 2009
8	9	10	11	12	13	14	15	16
Brasil Sorridente, Farmácia Popular e SAMU ⁵⁵ ; Política: Mensalão (Maio de 2005); Políticas sociais: Ênfase no Bolsa Família (2003), sem avanço na ação				Mensalão; Inflexão do MRSB; Liderança de militante da RSB; Programa do governo sem novidades - manutenção ⁵⁶ ; Ênfase na pesquisa e tecnologia ⁵⁶ visualizando a saúde com medicação p HIV; ações intersetoriais; acidentes trânsito=epi				
cional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica ²				13ª Conferência Nacional de Saúde ³	Eleições Municipais ³³	Governo envia propsta ao Congresso para dedução dos gastos e saúde do IR ³⁵		
				1 - Blocos de financiamento ⁷ 2 - Fim da CPMF ⁸ 3 - PAC da Saúde ⁵⁶	Projeto de Lei 3609 ⁹ (Contribuição Social para Saúde - CSS)			
		Pactos pela vida, em defesa do SUS e de Gestão ¹⁴		PLC 92/07 - Fundações Estatais ⁵⁹	Portaria 1.559 ¹⁵ (Política Nacional de Regulação)			
		1 - Portaria 648 ²¹ (Política Nacional de Atenção Básica - PNAB) 2 - Portaria 687 ²² (Política Nacional de Promoção da Saúde - PNP)			Portaria 154 ²¹ (Núcleos de apoio à Saúde da Família - NASF)	Portaria 992 ²⁴ (Política Nacional de Saúde Integral da População Negra - PNSISH)		
scimento do SAMS(estacionado até a gestão anterior) ⁵⁵								
José Saraiva Felipe ³⁷ (08/07/05 a 31/03/06)		Agenor Álvares ³⁸ (31/03/06 a 16/03/07)		Gestão 2006 - 2009				
				P. Sônia Fleury (RJ) 1º VC. Lígia Bahia (RJ) CE. Paulo Amarante (RJ)				
O Futuro do Cebes	A Refundação do Cebes	*	*	*	*	20 anos de SUS	*	Determinação Social da Saúde
ção do Cebes	Controle Social / Revitalização da RSB (novas pautas)				SUS			
Dificuldades do Cebes: ideológico (de projeto) e financeiro; O Cebes tem lugar de destaque na história da RSB importância das publicações do CEBES; futuro do CEBES: a diretoria apresenta prováveis alternativas	Refundação e revitalização dos seus instrumentos de comunicação; Plataforma política a diretoria	Crítica a dissociação entre Estado e Sociedade ; Defesa da retomada e revitalização do projeto da RSB; Destaque ao Controle Social por ocasião da 13ªCNS	Reconhece a participação/control social como algumas das > inovações da RSB e seus avanços; Reconhece que avançou-se na construção de sistemas de políticas sociais abrangentes, crítica: tais avanços não tem sido capazes de lidar com as iniquidades na distribuição dos recursos sociais;	Debate sobre gênero questão central à atualização da agenda da RSB; Necessidade de renovação das estratégias de Reforma Sanitária (Novos atores)	Analisa os resultados de Alma-Ata – sua essência foi perdida; não é consensual o lugar da APS; Distintas abordagens da APS ; Papel atual do CEBES (Pós refundação) enquanto espaço de mobilização , de manter vivo o ideário da RSB	A maioria da população não tem segurança qt a garantia do direito a saúde; SUS identificado pela mazelas, governos não o defendem; Crítica as tentativas de tornar o SUS suplementar ao privado; Aponta como única solução refazer o pacto político que o criou	Crítica às medidas econômicas dos governos (a partir de 1990) descapitalizam o SUS, favorecendo o mercado privado dos planos de saúde; Modelo norte-americano; Simpósio do Cebes p discutir e fazer alianças	Análise e discussão sobre determinação social da saúde tem que ser amplo, além de epidemiologia, abranger saúde, sociedade, economia, democracia e políticas públicas.
iação do Movimento Passe Livre (MPL) ⁴¹	Fundação do Movimento Passe Livre (MPL) ⁴¹ Eleições Presidenciais							
pra valer (desafios atuais da RSB, pelo FRSB) ; 6. O lugar estratégico da gestão o SUS pra valer (posição Cebes - gestão hospitalar)								

2010					2011			
v 34 n 84 jan mar 2010	v34 n 85 abr jun 2010	v 34 n 86 jul set 2010	v 34 n 87 out dez 2010	V 34 N eps set 2010	v 35 n 88 jan mar 2011	v 35 n 89 abr jun 2011	v 35 n 90 jul set 2011	v 35 n 91 out dez 2011
17	18	19	20	21	22	23	24	25
LULA II								
no um dos pilares do desenvolvimento industrial; Temporão: Programa ousado e polêmico ⁵⁶ (tocou em aspectos nunca abordados - DDS, aborto, propaganda de alcool, quebra de licença de demia; judicialização); Crise econômico-financeira municipal (fim de 2008) ⁵⁶								
					14ª Conferência Nacional de Saúde ⁴			
					Aprovação da EC 29 ⁶¹			
					Decreto 7508 ¹⁶ (Regulamentação da Lei 8.080/90)			
Portaria GM/MS 4.279 ²⁵ (Rede de Atenção à Saúde)					1 - Portarias 1600; 1601; 2026 ²⁶ (Política Nacional de Atenção às Urgências) 2 - Portaria 2.029 ²⁷ (Institui a atenção domiciliar no SUS) 3 - Portaria 2.488 ²⁸ (Política Nacional de Atenção Básica - PNAB)			
José Gomes Temporão ⁴³ (16/03/07 a 31/12/10)								
Gestão 2009 - 2011								
P. Roberto Passos Nogueira VP. Luiz Antonio Neves EC. Paulo Amarante (RJ)								
Participação Social em Saúde	Política de Saúde para a primeira infância	Cecilia Donangelo	Desafios da Saúde e os novos governos	A saúde em debate na eleições presidenciais: Memória e perspectivas	Saúde da família e educação popular	*	Rumos do SUS: o legal e o real	Construir o SUS como verdadeira Política Pública
SUS	Eleições		Desafios para os novos governos	Eleições	Revitalização da RSB (novas pautas)			
Análise dos 20 anos de SUS - a garantia do acesso universal a um sistema público de saúde de qualidade ainda é um importante desafio; Convoca a "celebrar o conquistado e repudiar o inaceitável"	Crítica as candidaturas eleitorais pré-lançadas: não abordam as políticas sociais; Lula- crítica a falta de abordagem sobre redistribuição de renda ou igualdade social ; crítica ao congelamento de recursos para saúde e educação; Não cita reforma tributária redistributiva e política social organizada	Crítica o conteúdo dos programas e propostas eleitorais (genéricos, qualificam os candidatos); (MUDANÇA DOS PLANOS PÓS-ELEIÇÃO - limitados pela governabilidade; não se comprometem com as dívidas dos direitos sociais); Caminho: retomar e ampliar a agenda e dinâmica da RSB	Efeitos da violência urbana e a deterioração do meio ambiente - Dívida histórica do MRSB ; Crítica ao debate presidencial sobre saúde - penúria intelectual; Visão pessimista sobre movimentos sociais (paralisados e sem política); Retomar o debate crítico, amplo e politizado	Corrida eleitoral: destaca seu compromisso em levantas questões de saúde e sua ligação com a democracia inconclusa; crítica aos últimos governos - falta de compromisso com o SUS	Presupostos: definição dos rumos e métodos do desenvolvimento (evitarconluio com as grandes empresas); SUS não está ameaçado; Interessa sua preservação e ampliação; Êxito depende da aliança do movimento sanitário, com os demais movimentos da sociedade civil;	Retomada do MRSB nos últimos 5 anos; Importância da visão política de longo e amplo alcance, articular o interesse público às grandes questões da sociedade e da vida democrática; preciso refletir e formular estratégias face novo impulso desenvolvimentista do governo Dilma.	Crítica a dificuldade de regulamentação da EC 29 (mais um ex da falta de compromisso com o SUS); SUS apesar das dificuldades (contínuos ataques dos governos: subfinanciamento e favorecimento do privado) avança; crescimento da consciência popular sobre os direitos sociais; urgente um novo pacto da sociedade com o SUS	Crítica a EC 29 aprovada - avanço (define gastos em saúde); derrota (não fixa investimento da união); Causas: modelo de reprodução social e desenvolvimento econômico desenvolvido no país.
Eleições presidenciais ⁴⁴					Agenda Estratégica para a Saúde ⁴⁵ (CEBES); Movimento Primavera da Saúde ⁶⁰			
7. Documento de comemoração dos 20 anos do SUS - destaca grandeza e avanços do sistema; crítica a falta de responsabilidade dos governos com a seguridade social e o SUS				Cita o Doc 7 e 8. SUS: qual o rumo?			9. Agenda Estratégica para a Saúde no Brasil: 5 diretrizes de uma política de saúde 5 estrelas para pobres ou ricos (Assinam cebes e demais entidades)	

2014				
V38 n 100 Jan Mar 2014	v.38, n 101abr jun 2014	v 38, n 102 Jul set 2014	V 38 n 103 Out Dez 2014	v 38 n esp out 2014
36	37	38	39	40

4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora⁵

1 - Veto da presidenta Dilma a anistia de multas das operadoras e planos de saúde¹¹ 2 - Pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), denunciando o subfinanciamento do SUS¹²

1 - Portaria 1³¹ (Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional - PNAISP) 2 - Decreto 8.368³² (Regulamentação da Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do espectro Autista) 3 - Portaria 19975 (Política Nacional de Atenção Integral às pessoas com doenças raras)⁶

Criação do Marco Regulatório das Parcerias de Desenvolvimento Produtivo (PDP)³⁴

Arthur Chioro⁶⁶ (03/02/14 continuando até o fim do período desse estudo)

Gestão 2013 - 2015

a VP. Isabela Soares Santos EC. Paulo Amarante (RI) Maria Lucia Frizon Rizzoto (PR)

Financiamento e gestão do SUS	Doenças crônicas	Políticas e práticas de saúde	Saúde, reformas, resistência	Avaliação da Atenção Básica à Saúde no Brasil
ção RSD		Modelo de Estado e Desenvolvimento		
RSD - um dos mais importantes veículos de divulgação dos debates da RSB, dos caminhos e descaminhos do SUS e da construção de pensamento crítico na área da saúde brasileira e latino-americana	Rejeita: a CUS; o subsídio ao setor privado, a gestão privada (por OS e OSCIP); Defende: destinação de 10% das receitas da união para a saúde, do fortalecimento do SUS e da capacidade de gestão do Estado.	A conquista da saúde, 2º a Constituição, requer um modelo de Estado e de desenvolvimento comprometidos com a melhoria das condições de vida;	Resgata a Carta do Brasil (conjuntura atual da América Latina; dificuldades da esquerda no continente; necessidade urgente de um novo modelo de Estado e de sociedade); Alerta aos militantes do MRSB para integrar-se aos movimentos sociais da AL.	Crítica às políticas neoliberais de 1990 (fortalecimento do setor privado, prioridade à média e alta complexidade em detrimento da AB); importância do MRS na articulação em defesa do SUS.
1 - Por um SUS de todos os brasileiros ⁴⁹ (Movimento da Reforma Sanitária Brasileira) 2 - Porque defender o SUS - Diferenças entre Direito Universal e Cobertura Universal de Saúde ⁵⁰ (CEBES) 3 - Plebiscito Popular pela Constituinte ⁵¹ 4 - Livro Branco: Brasil Saúde 2015 ⁵² (Associação Nacional de Hospitais Privados - Anahp) 5 - Eleições presidenciais ⁵³ 6 - Derrubada do decreto 8243/1 ⁵⁴ (Política Nacional de Participação Social - PNPS)				
			11. 'Carta do Brasil' (Alames) - Análise da conjuntura atual dos países latino-americanos	

Notas – Linha do Tempo

- 1 - http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CES_consolidado.pdf
- 2 - http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/confer_nacional_de%20medicamentos.pdf
- 3 - http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/13cns_M.pdf
- 4 - http://conselho.saude.gov.br/14cns/docs/Relatorio_final.pdf
- 5 - <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2015/07/4a-Conferencia-Nacional-de-Saude-do-Trabalhador-e-da-Trabalhadora-Relatorio-Final.pdf>
- 6 - http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0199_30_01_2014.html
- 7 - http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007.html
- 8 - <http://www12.senado.leg.br/noticias/entenda-o-assunto/cpmf>
- 9 - https://pt.wikipedia.org/wiki/Contribui%C3%A7%C3%A3o_Social_para_a_Sa%C3%BAde
- 10 - http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm
- 11 - <http://www.pt.org.br/dilma-veta-reducao-de-multas-as-operadoras-de-planos-de-saude/>
- 12 - <http://portal.cfm.org.br/images/PDF/apresentao-integra-datafolha203.pdf>
- 13 - <http://www.rio20.gov.br/documentos.html>
- 14 - http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PactosPelaVida_Vol1DiretOperDefesaSUSEGestao.pdf
- 15 - http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html
- 16 - http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm
- 17 - <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus.pdf>
- 18 - http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/cisb/doc/politica_nacional.pdf
- 19 - http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html
- 20 - http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf
- 21 - http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006_comp.html
- 22 - http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria687_30_03_06.pdf
- 23 - http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf
- 24 - http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html
- 25 - http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html
- 26 - http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1601_07_07_2011_rep.html
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2026_24_08_2011.html
- 27 - http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2029_24_08_2011.html
- 28 - http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html
- 29 - http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html
- 30 - http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm
- 31 - http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html
- 32 - http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2014/Decreto/D8368.htm
- 33 - <http://www.tse.jus.br/eleicoes/eleicoes-antiores/eleicoes-2008/eleicoes-2008>
- 34 - <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/novembro/13/Marco-Regulat--rio-das-PDP-VF-12-11-2014.pdf>
- 35 - <http://www1.folha.uol.com.br/mercado/2009/11/658349-governo-barra-no-congresso-projetos-para-aumentar-deducoes-do-ir.shtml>
- 36 - https://pt.wikipedia.org/wiki/Humberto_Costa
- 37 - https://pt.wikipedia.org/wiki/Jos%C3%A9_Saraiva_Felipe
- 38 - https://pt.wikipedia.org/wiki/Agenor_%C3%81lvares
- 39 - Manolo. Teses sobre a Revolta do Buzu <<http://passapalavra.info/2011/09/46384>>
Movimento Passe Livre São Paulo. Não começou em Salvador, não vai terminar em São Paulo. MARICATO, Ermínia *et al.* Cidades rebeldes: passe livre e as manifestações que tomaram as ruas do Brasil. 1ª Ed. - São Paulo: Boitempo: Carta Maior, 2013.
- 40 - Leo Vinicius. A guerra da Tarifa. São Paulo. Faisca, 2005.
<<http://brasil.indymedia.org/media/2006/03/347686.pdf>>
Movimento Passe Livre São Paulo. Não começou em Salvador, não vai terminar em São Paulo. MARICATO, Ermínia *et al.* Cidades rebeldes: passe livre e as manifestações que tomaram as ruas do Brasil. 1ª Ed. - São Paulo: Boitempo: Carta Maior, 2013.
- 41 - <http://saopaulo.mpl.org.br/apresentacao/carta-de-principios/>
Livro: Movimento Passe Livre São Paulo. Não começou em Salvador, não vai terminar em São Paulo. In: MARICATO, Ermínia *et al.* Cidades rebeldes: passe livre e as manifestações que tomaram as ruas do Brasil. 1ª Ed. - São Paulo: Boitempo : Carta Maior, 2013.
- 42 - https://pt.wikipedia.org/wiki/Lista_de_elei%C3%A7%C3%B5es_presidenciais_no_Brasil

- 43 - https://pt.wikipedia.org/wiki/Jos%C3%A9_Gomes_Tempor%C3%A3o
- 44 - https://pt.wikipedia.org/wiki/Lista_de_elei%C3%A7%C3%B5es_presidenciais_no_Brasil
- 45 - <http://www.cebes.org.br/media/File/Agenda%20Estrategica%20para%20a%20Saude.pdf>
- 46 - <http://www.saudemaisdez.org.br/>
- 47 - MARICATO, Ermínia *et al.* Cidades rebeldes: passe livre e as manifestações que tomaram as ruas do Brasil. 1ª Ed. - São Paulo: Boitempo: Carta Maior, 2013.
- 48 - http://bvsm.sau.gov.br/bvsm/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html
- 49 - <http://www.abrasco.org.br/site/2014/07/por-um-sus-de-todos-os-brasileiros/>
- 50 - <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/07/layout-7-para-internet.pdf>
- 51 - <http://www.plebiscitoconstituente.org.br/>
- 52 - https://pt.wikipedia.org/wiki/Alexandre_Padilha
- 53 - https://pt.wikipedia.org/wiki/Lista_de_elei%C3%A7%C3%B5es_presidenciais_no_Brasil
- 54 - <http://www.tellyepi.com/watch/U3DC3UkfSu8>
- 55 - Teixeira, C.F. Paim, J. A política de saúde no governo Lula e a dialética do menos pior. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 29, n. 71, p. 268-283, set./dez. 2005
- 56 - Menicucci, T. M. G. A Política de Saúde no Governo Lula. Saúde Soc. São Paulo, v.20, n.2, p.522-532, 2011
- 57 - MACHADO, K. Crise da saúde acende alerta no SUS. Radis. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP); FIOCRUZ. Comunicação e Saúde desde 1982, número 33, maio de 2005. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/33>. Acesso: 28.02.16
- http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Decreto/D5392.htm
- 58 - BRASIL. PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº. 1006/MEC/MS Em, 27 de maio de 2004 http://sistema4.saude.sp.gov.br/sahe/documento/portaria/PI_1006_270504.pdf
- 59 - PLC 92/07 Ementa - Regulamenta o inciso XIX do art. 37 da Constituição Federal, parte final, para definir as áreas de atuação de fundações instituídas pelo poder público. Estabelece que o Poder Público poderá instituir fundação estatal, sem fins lucrativos, nas áreas de atuação que especifica. Regulamenta a Constituição Federal de 1988.
- 60 - <http://cebes.org.br/2012/04/a-primavera-da-saude-e-as-lutas-que-ainda-precisamos-vencer-para-garantirmos-o-direito-a-saude/>
- 61 - <http://cebes.org.br/2014/07/26-anos-de-sus-avancos-e-desafios-andre-medici/>
- 62 - MÊDICI, A. 26 Anos de SUS: Avanços e Desafios. 29.07.14. Disponível em: <<http://cebes.org.br/publicacao/a-equidade-como-politica/>>. Acesso: 02.02.16
- 63 - AFONSO, T. Brasil já realizou 3,7 mil casamentos entre pessoas do mesmo sexo. *Agência CNJ de Notícias*. 15.05.15 Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/noticias/cnj/79374-brasil-ja-realizou-3-7-mil-casamentos-entre-pessoas-do-mesmo-sexo>. Acesso em 19.02.16
- 64 - COSTA, A. M. Saúde e desenvolvimento. In: SADER, E (org.). 10 anos de governos pós-neoliberais no Brasil: Lula e Dilma. São Paulo, SP: Boitempo; Rio de Janeiro: FLACSO Brasil 2013. p. 239-252
- 65 - CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. estudos avançados 27 (78), 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ea/v27n78/02.pdf>>. Acesso 19.02.16
- 66 - https://pt.wikipedia.org/wiki/Arthur_Chioro

Apêndice A5 - Diretorias Nacionais do Cebes 2000 - 2015

	2000 -2003	2003 - 2006	2006 - 2009	2009 - 2011	2011 - 2013	2013 - 2015
Presidente	Sarah Escorel (RJ)	Sarah Escorel (RJ)	Sônia Fleury (RJ)	Roberto Passos Nogueira	Ana Maria Costa	Ana Maria Costa
1º Vice-presidente	Armando de Negri Filho (RS)	José Gomes Temporão (RJ)	Lígia Bahia (RJ)	Luiz Antonio Neves	Alcides Silva de Miranda	Isabela Soares Santos
Editor Científico	Ana Maria Malik (SP)	Emerson Elias Merhy (SP)	Paulo Amarante (RJ)	Paulo Amarante (RJ)	Paulo Amarante (RJ)	Paulo Amarante (RJ) Maria Lucia Frizon Rizzoto (PR)

Apêndice A6 - Principais diretores Nacionais do Cebes de 2000 a 2015 e seus currículos resumidos

Gestão	Componentes	Função	Currículo resumido
1) 2000 - 2003	Sarah Escorel (RJ)	Presidente	Graduação em Medicina pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (1977), mestrado em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (1987) e doutorado em Sociologia pela Universidade de Brasília (1998). Pesquisadora titular da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Políticas de Saúde, atuando principalmente nos seguintes temas: exclusão social, participação social em saúde e reforma sanitária brasileira. http://lattes.cnpq.br/8743293593040988
	Armando de Negri Filho (RS)	1º Vice-presidente	Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1990) e mestrado em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas (1995). Atualmente cursando Mestrado Profissional em Saúde Global e Diplomacia da Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz). Gestor do Laboratório de Inovação em Planejamento, Gestão, Avaliação e Regulação de Políticas, Sistemas, Redes e Serviços de Saúde do Hospital do Coração São Paulo (LIGRESS/HCor). Doutorando em Ciências pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. http://lattes.cnpq.br/6894670404266376
	Ana Maria Malik (SP)	Coordenador Conselho Editorial	Graduada em Medicina pela Universidade de São Paulo (1978), mestre em Administração de Empresas pela Fundação Getulio Vargas - SP (1983) e doutora em Medicina (Medicina Preventiva) pela Universidade de São Paulo (1991). Professora Titular da EAESP-FGV (departamento de Administração Geral e Recursos Humanos). Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Administração em Saúde, sendo seus assuntos de maior experiência gestão e administração em saúde, recursos humanos em saúde e planejamento em saúde, avaliação, qualidade e segurança em saúde. http://lattes.cnpq.br/9829102938377756
2) 2003 - 2006	Sarah Escorel (RJ)	Presidente	Já apresentada anteriormente
	José Gomes Temporão (RJ)	1º Vice-presidente	Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (1977), mestrado em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (1984) e doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (2002). Atualmente é pesquisador titular da Fundação Oswaldo Cruz, ministro da saúde do Ministério da Saúde e membro do cancer control advisory committee - World Health Organization. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Gestão e Planejamento Em Saúde, atuando principalmente nos seguintes temas: sus, saúde, vacinas, tuberculose e medicamentos. http://lattes.cnpq.br/2882634779116749 (Atualizado em 10/07/2012)
	Emerson Elias Merhy (SP)	Coordenador Conselho Editorial	Possui graduação em Medicina pela Universidade de São Paulo (1973), mestrado em Medicina (Medicina Preventiva) pela Universidade de São Paulo (1983) e doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (1990). Livre-docente em Planejamento e Gestão em Saúde, pela Unicamp (2000). Atualmente é Professor Titular de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Campus-Macacá, tendo sido professor associado da Universidade Estadual de Campinas, na qual se aposentou em 2003. É um dos coordenadores da Linha de Pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde, que foi vinculada a pós graduação da clínica médica da ufrj, até 2014. Professor da Pós Graduação em Saúde Coletiva da UFRGS. Professor da Pós Graduação em Ciências da Saúde da UFF. Professor do Mestrado Profissional em APS da UFRJ. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase nos processos de Avaliação da Produção do Cuidado e o Mundo do Trabalho em Saúde, bem como, em Gestão e Planejamento em Saúde, atuando principalmente nos seguintes temas: trabalho em saúde, medicina social, rede básica, gestão da mudança e gestão de processo de trabalho, educação permanente e gestão organizacional. Dedicar-se a pesquisa sobre micropolítica do trabalho e o cuidado em saúde e participa do coletivo micropolítica, instituição e governo. Como pesquisador atua nas relações

			intercessoras entre micropolítica do trabalho, educação permanente e produção de conhecimento, tendo junto ao coletivo desenvolvido metodologias de investigação pautadas pelos processos de avaliação compartilhadas, nos quais o melhor avaliador é quem pede, quem faz e quem usa. Coordena a Rede Nacional de Observatórios de Políticas e Cuidado em Saúde sediada primariamente na UFRJ. http://lattes.cnpq.br/1302025007008899
3) 2006 - 2009	Sônia Fleury (RJ)	Presidente	Iniciou sua carreira acadêmica no Setor de Psicologia Social da UFMG, sob a coordenação do Professor Célio Garcia, onde desenvolveu atividades de docência, pesquisa e análise institucional durante a década de 1970. Neste período participou de análises institucionais com Michel Foucault e Georges Lapassade (ver G. Lapassade. Les chevaux du diable. Une derive transversaliste. Universitaires, Paris. 1974). No final dos anos 1970, trabalhou na FINEP, onde participou da implantação do programa de apoio a pesquisas que constituiu o campo da Saúde Coletiva. Ao mesmo tempo, atuou como pesquisadora do PESES/FINEP/FIOCRUZ, sob a coordenação de Sergio Arouca, analisando o Complexo Previdenciário de Assistência. Participou ativamente na luta pela democratização, como liderança em algumas das mais atuantes instituições do setor de saúde como o CEBES e a ABRASCO, onde foi formulado e impulsionado o projeto da Reforma Sanitária Brasileira que resultou na criação do Sistema Único de Saúde - SUS. Durante a Nova República atuou como consultora do Ministério da Previdência Social, na gestão do Dr. Waldir Pires, onde se formulou a proposta de uma previdência viável e inclusiva. A participação política em organizações da sociedade civil também incluiu ser membro do conselho consultor do IBASE durante a gestão do Betinho, e refundar o CEBES como presidente na gestão 2006-2009. A experiência associada de militância e especialista na área a qualificou para exercer o papel de consultora da Assembleia Nacional Constituinte, para a elaboração do capítulo sobre a Seguridade Social da Constituição de 1988, na relatoria do Senador Almir Gabriel. Teve participação ativa na redação do documento preparatório e como expositora na 8ª Conferência Nacional de Saúde. Fundou o NUPES ? Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde na Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, com o objetivo de estudar de forma comparada a Reforma Sanitária Brasileira. Na Presidência da FIOCRUZ, assessorou o vice-presidente, Mario Hamilton no desenvolvimento da metodologia e implantação do o 1º. Congresso Interno da FIOCRUZ, uma experiência original de participação no planejamento institucional. Aposentou como pesquisadora titular em 1995. Seu trabalho em prol da construção de uma sociedade democrática e da universalização dos direitos sociais no Brasil foi reconhecido quando recebeu Medalha de Ouro Oswaldo Cruz do Ministério da Saúde em 2009 e em perfil traçado por Kelly Morris para a revista inglesa The Lancet, Volume 377, Issue 9779 (http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60720-4/fulltext#). Com a eleição de Lula, foi nomeada membro do Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social, CDES 2003-2006. Também foi Membro da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). Nos Estados Unidos foi Faculty Fellow do Kellogg Institute for International Studies (1990/91) da Notre Dame University. No Banco Interamericano de Desenvolvimento BID, Washington DC, exerceu a função de Senior Social Development Specialist Lecturer no INDES-Instituto Interamericano para o Desenvolvimento Social, lecionando Políticas Sociais para gestores latino-americanos (1997/2002). Professora visitante em diversas Universidades na América Latina e na Europa. Membro de conselhos editoriais e acadêmicos em diversos países. Atuou em diferentes ocasiões como consultora tanto de Ministérios e órgãos do governo como de diversas organizações não governamentais no Brasil. Também foi consultora em vários países dos principais organismos internacionais: OPS, BID, UNDP, World Bank, FLACSO, dentre outros. Sua obra foi publicada em vários idiomas e países, contando em 2014 com um total de 134 artigos em publicações científicas, 70 capítulos de livros, 12 livros publicados, 14 coletâneas organizadas. Recentemente vem desenvolvendo atividades de documentários e vídeos para apoio didático e registro de experiências inovadoras (peep.ebape.fgv.br). http://lattes.cnpq.br/9598943377170446
	Lígia Bahia (RJ)	1º Vice-presidente	Professora Associada da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Possui graduação em Medicina pela Universidade

			Federal do Rio de Janeiro (1980), mestrado em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (1990) e doutorado em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (1999). Atualmente é professora associada da Universidade Federal do Rio de Janeiro. . Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Políticas de Saúde Planejamento, principalmente nos seguintes temas: sistemas de proteção social e saúde, relações entre o público privado no sistema de saúde brasileiro, mercado de planos e seguros de saúde, financiamento público e privado, regulamentação dos planos de saúde. http://lattes.cnpq.br/1810292003452931
	Paulo Amarante (RJ)	Editor	Possui graduação em Medicina pela Escola de Medicina da Santa Casa de Misericórdia (1976), Especialização em Psiquiatria pelo Instituto de Psiquiatria da UFRJ (1978). Mestrado em Medicina Social pelo Instituto de Medicina Social da UERJ (1982) e doutorado em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (1994), quando fez estágio de doutoramento em Trieste/Itália (Centro Studi i Riserche per la Salute Mental, 1992)) e Pós doutorado na AUSL Imola/Itália em 1996. . Tem título de especialista em Psiquiatria pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). Fundador do primeiro Curso Básico de Acompanhamento Domiciliar em Saúde Mental (Fiocruz) e da primeira Residência Multiprofissional em Saúde Mental (convênio IPP/MS com ENSP/Fiocruz). Atualmente é Professor e Pesquisador Titular do Departamento de Direitos Humanos, Saúde e Diversidade Cultural da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz. É líder do Grupo de Pesquisas "Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial" (LAPS) do CNPq. É professor do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Mental da Universidade Federal de Santa Catarina e tem participado como professor convidado em universidades nacionais e estrangeiras. É coordenador do Curso de Atenção à Crise do Adulto da Redesampa do Município de São Paulo. Foi coordenador do Projeto Loucos pela Diversidade, convênio entre o Ministério da Cultura e o Ministério da Saúde. Sua atuação acadêmica e política é voltada para os seguintes temas: reforma psiquiátrica, saúde mental, epistemologia; filosofia da ciência, políticas públicas e políticas de saúde. É Coordenador do GT de Saúde Mental e Vice-Presidente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e ex-Presidente da Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME) para a qual foi eleito Presidente Honoris causa em 06 de junho de 2015. Membro do Conselho Consultivo da Plataforma Brasileira de Política de Drogas. Vice presidente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). É autor dos livros "Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil", "O Homem e a Serpente - Outras histórias para a loucura e a psiquiatria", "Saúde Mental e Atenção Psicossocial", "Teoria e Crítica em Saúde Mental - Textos selecionados" e outros. Membro do Fórum Permanente de Direito e Saúde da Escola da Magistratura do Estado do Rio de Janeiro (EMERJ). Membro do Comitê Executivo Brasileiro da International School Franca & Franco Basaglia (OMS/Centro de Studi e Ricerche per la Salute Menta/Trieste/Itália). Membro do Conselho Consultivo da Plataforma Brasileira de Política de Drogas. Editor Científico da Revista Saúde em Debate e Diretor de Política Editorial do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - Cebes. Coordenador da Coleção Loucura & Civilização da Editora Fiocruz. http://lattes.cnpq.br/5548618710308950
4) 2009 - 2011	Roberto Passos Nogueira	Presidente	Graduado em Medicina pela Universidade Federal do Ceará (1973), mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (1976) e doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (1998). Pesquisador do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - DF e do Núcleo de Estudos de Saúde Pública da Universidade de Brasília. http://lattes.cnpq.br/5400905338525717
	Luiz Antonio Neves	1º Vice-presidente	Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal de Juiz de Fora (1974), mestrado em Medicina Pediatria pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (1992) e doutorado em Saúde da Mulher e da Criança pela Fundação Oswaldo Cruz (2001). Atualmente é chefe de serviço de pediatria do Hospital Albert Sabin e professor especial II da Universidade Federal de Juiz de Fora, além de preceptor e consultor no Programa da saúde da família. Tem experiência na área de

			Medicina, com ênfase em Neonatologia, atuando principalmente nos seguintes temas: neonatologia, baixo peso ao nascimento, pediatria, natimortalidade, fatores de risco e follow-up de recém nascidos de alto risco. http://lattes.cnpq.br/0532363521276397
	Paulo Amarante (RJ)	Editor Científico	Já apresentado anteriormente
5) 2011 - 2013	Ana Maria Costa	Presidente	Graduada em Medicina pela Universidade de Brasília onde também concluiu o Doutorado em Ciências da Saúde em 2004. Docente do Curso de Medicina da Escola Superior de Ciências da Saúde do DF. Já ocupou diversos cargos na gestão federal do Sistema Único de Saúde. Exerce docência e pesquisa em Saúde Coletiva, com ênfase aos estudos em Avaliação de Políticas, Gênero e Saúde, Saúde da Mulher e em Gestão Participativa. Integra Grupo de Pesquisa Análises de Políticas de Saúde no Brasil.2013-2017. A produção científica está direcionada aos temas: Políticas e Gestão de Saúde, Gestão Participativa, Gênero e Saúde, Avaliação de Políticas, Saúde da Mulher. Compõe o Grupo Temático Gênero e Saúde da ABRASCO (Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva). Diretora do CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde) e Coordenadora Geral da Asociación Latino Americana de Medicina Social y Salud Colectiva (ALAMES). http://lattes.cnpq.br/7288065169001393
	Alcides Silva de Miranda	Vice-presidente	ALCIDES SILVA DE MIRANDA, graduado em Medicina (FEMP/PA), com especialização em Medicina de Família e Comunidade (Programa de Residência Médica do SSC-GHC/RS), Mestrado em Saúde Pública (MSP-UECE) e Doutorado em Saúde Coletiva (ISC-UFBA). É Professor Adjunto (nível 4) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Departamento de Assistência e Orientação Profissional, cursos de graduação (Bacharelado) e Pós-graduação (Mestrado Acadêmico) em Saúde Coletiva. Atualmente é Coordenador da Comissão de Política, Planejamento e Gestão da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). Atua primordialmente no campo da Saúde Coletiva, em atividades de ensino, extensão, pesquisa e desenvolvimento tecnológico, com ênfase nos temas de Políticas, Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde. http://lattes.cnpq.br/4836670181191443
	Paulo Amarante (RJ)	Editor Científico	Já apresentado anteriormente
6) 2013 - 2015	Ana Maria Costa	Presidente	Já apresentada anteriormente
	Isabela Soares Santos	Vice-presidente	É pesquisadora do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública (Daps/Ensp/Fiocruz). Atualmente também é Diretora Executiva do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e está na Coordenação do Programa de Desenvolvimento e Inovação Tecnológica em Saúde Pública da Vice-Presidência de Pesquisa e Laboratórios de Referência da Fiocruz (PDTSP/VPPLR). Tem experiência na área de Saúde Pública, com ênfase em Economia da Saúde e Políticas de Saúde, atuando principalmente nos seguintes temas: mix público-privado em saúde, financiamento do setor de saúde e desigualdades em saúde. Possui graduação em Ciências Sociais pela Universidade de São Paulo (1997) e mestrado e doutorado em Saúde Pública pela ENSP/Fundação Oswaldo Cruz (respectivamente 2000 e 2009). http://lattes.cnpq.br/5322744451785966
	Paulo Amarante (RJ) Maria Lucia Frizon Rizzoto (PR)	Editor Científico	Já apresentado anteriormente

ANEXO

ANEXO – Objetivos e atribuições do CEBES (CEBES, 2016⁶⁵)

<p>Ações relacionadas à atuação política e sustentabilidade da entidade</p> <p>Buscar assegurar a sustentabilidade político-econômica do Cebes; Desenvolver e implementar a linha política e as estratégias de ação do Cebes; Divulgar, junto aos associados e ao público em geral, os posicionamentos, as atividades de representação, de participação de eventos e de iniciativas desenvolvidas pelo Cebes; Realizar contratos e convênios com editoras, centros de estudos e pesquisas ou entidades de direito público ou privado, nacionais ou estrangeiras que se ocupem da problemática de saúde; Constituir grupos de trabalhos para estudos de temas de interesse da entidade que contribuam para a definição de sua posição com respeito à problemática de saúde; Patrocinar atividades (cursos, simpósios, seminários, reuniões e outros) relacionadas à saúde pública, propostos por entidades associadas e parceiras ou associados individuais; Trabalhar em prol de uma legislação que atenda as necessidades de saúde do povo brasileiro; Cooperar com instituições de pesquisas, ensino e prestação de serviços existentes ou que venham a existir, em assuntos relacionados com seus objetivos no país e no exterior; Criar ou associar-se a publicações para divulgação, promoção e propaganda dos trabalhos do Cebes e de temas relacionados com seus objetivos.</p>
<p>Ações relacionadas à produção de conhecimento científico sobre saúde</p> <p>Promover e incentivar o estudo de todos os fatores determinantes da saúde; Cooperar para o conhecimento, discussão e resolução dos problemas concernentes ao ensino das ciências da saúde; Elaborar estudos teóricos sobre saúde, visando sua posterior aplicação.</p>
<p>Ações relacionadas ao aprimoramento da formação profissional em Saúde</p> <p>Promover e estimular o desenvolvimento de ações visando ao aprimoramento da formação universitária e não universitária; Cooperar para o conhecimento, discussão e resolução dos problemas concernentes aos profissionais e estudantes que atuam na área da saúde; Promover e estimular o desenvolvimento de ações visando ao aprimoramento de grupos profissionais e/ou interessados;</p>
<p>Ações relacionadas à conscientização/mobilização da comunidade</p> <p>Promover e estimular o desenvolvimento de ações visando à conscientização da comunidade em relação aos problemas de saúde; Estimular o entrosamento entre entidades profissionais, voluntárias ou grupos da comunidade que trabalham ou venham a trabalhar em programas ou pesquisas em saúde.</p>

⁶⁵ CEBES. Estatuto Social. 2016. Disponível em: <<http://cebes.org.br/o-cebes/estatuto-social/>>. Acesso em: 15.01.16