



COMUNICACIÓN POLÍTICA: DISCURSOS DE SALUD PÚBLICA DE LOS EXMINISTROS DE SALUD EN BRASIL (1995-2016)

Danilo Fernandes Brasileiro¹
Maria Cristina da Costa Marques²

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

Palabras clave: Discursos; Historia; Salud Pública; Política; Política sanitaria.

1 INTRODUCCIÓN

El discurso, por definición, puede ser entendido como un modo particular de unidad lingüística y un enfoque en el uso del lenguaje (SCHIFFRIN, 1994). La idea de discurso fuera del campo de la lingüística resuena con ciertas corrientes constructivistas, en particular, la sociología del conocimiento. En diferentes aspectos, es concebido como una organización más allá de la frase, una forma de acción regida por normas, interactiva y contextualizada, asumido por sujetos en el seno de las relaciones interdiscursivas, ya que su construcción es considerada socialmente dependiente (MAINGUENEAU, 2014).

En esta perspectiva conceptual y epistémica, el discurso tiene “efectos de la verdad que en sí mismos no son ni verdaderos ni falsos” (FOUCAULT, 1982, pág. 7), ya que se trata de:

Un bien -finito, limitado, deseable, útil- que tiene sus reglas de aparición y también sus condiciones de apropiación y uso: un bien que sitúa, por tanto, desde su existencia (y no simplemente en sus "aplicaciones prácticas"), la cuestión de poder; un bien que es, por naturaleza, objeto de lucha y de una lucha política (FOUCAULT, 2007, pág. 136-137).

Por tanto, se parte del presupuesto que "Cualquier enunciado, por más inocente que sea, puede tener un significado político a partir del momento en que la situación lo autoriza. Por tanto,

¹ Máster en Ciencias por la UNIFESP. Estudiante de doctorado en la Facultad de Salud Pública de la Universidad de São Paulo (USP). Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-3905-7579> Correo electrónico: danilo.brasileiro@hc.fm.usp.br

² Doctora en Historia Social y profesora del Departamento de Gestión y Políticas de la Facultad de Salud Pública de la Universidad de São Paulo (USP). <http://orcid.org/0000-0002-7461-3710> Correo electrónico: mcmарques@usp.br

no es el discurso lo que es político, sino la situación de comunicación lo que lo hace así” (CHARAUDEAU, 2018, pág. 39). En este sentido, entre los lugares donde se produce este pensamiento, se encuentran quienes consideran el discurso como un “acto de comunicación”, como los estructurados en eventos gubernamentales, por ejemplo, ya que “el discurso político resulta de la sutil mezcla entre la palabra que debe fundar la política y quien debe gestionar la política” (CHARAUDEAU, 2018, pág. 45).

En el contexto de mejoramiento y gestión del Sistema Único de Salud (SUS), de marzo de 1990 a abril de 2016, 18 actores políticos, en mandatos de cinco presidentes diferentes, fueron ministros de salud (MINISTERIO DE SALUD, 2014). Su permanencia en el cargo varió desde menos de un año (Negri, Felipe y Álvares) hasta casi cuatro (Serra y Temporão) (MINISTERIO DE SALUD, 2014), y todos cumplieron con el rito ceremonial de traspaso del cargo, regulado por la Ley n. 70.274/1972 (BRASIL, 1972).

En el caso específico de las ceremonias de toma de posesión entre ministros de salud en Brasil, uno de los momentos principales es la enunciación institucional discursiva, es decir, el discurso inaugural, en el que se verbalizan ideas y posturas al público, siempre en una lógica de proyección de acciones que en teoría garantizará el bien común social, ya que el decisor, a través del discurso pronunciado, “[...] no sólo elaboró un proyecto en el que se inscribe el fin a alcanzar, sino que, además, tomó la decisión de comprometerse en la implementación de estas acciones de las que es, desde ese momento, plenamente responsable” (CHARAUDEAU, 2018, pág. 17).

Así, considerando el contenido discursivo y su representatividad en el campo político-ideológico (PIMENTEL; PANKE, 2020), así como sus acciones y consecuentes colaboraciones en torno al mejoramiento del SUS en los últimos treinta años, este estudio busca analizar los discursos de asunción de los ex ministros de Salud de Brasil, entre los años 1995 y 2016.

El análisis tiene como objetivo aportar sustratos teóricos para comprender los cambios discursivos, sus intenciones y la influencia de la comunicación política en la consolidación y mejora del SUS y, en consecuencia, en la Salud Pública brasileña, con pocos estudios dedicados al tema (PIMENTEL; PANKE, 2020 ; IACOMINI JUNIOR; CARDOSO; PRADO JUNIOR, 2018; PISTORI, 2018), ya que ninguno de ellos se dedicó al análisis específico de los discursos de los ejecutivos federales de salud, ya sea en la toma de posesión, transmisión de posesión y en otras innumerables situaciones.

2 MÉTODO

Se trata de un estudio histórico y documental con enfoque cualitativo. El marco temporal del estudio data de 1995 a 2016, justificado por el hecho de que, durante este período, en el que tres presidentes diferentes gobernaron Brasil y 12 ministros también diferentes actuaron al frente de la cartera de salud (BRASIL, 2014), hubo estabilidad democrática y continuidad en las acciones del Ministerio de Salud, que permitió la génesis, implementación y mejora de numerosas

acciones y programas federales de salud en el ámbito del SUS.

El corpus documental utilizado fue constituido por los discursos de ocho ex ministros de salud, pronunciados durante el acto de toma de posesión del cargo. Estos discursos fueron seleccionados y posteriormente impresos, luego de consultas digitales en la Biblioteca de la Universidad Federal de Londrina, Biblioteca del Ministerio de Salud y Sitio web del Ministerio de Salud, entre los años 2018 y 2020.

Si bien el recorte temporal está determinado entre 1995 y 2016, los discursos de asunción analizados se refieren a ocho ex ministros de salud (Cuadro 1), y los discursos de los ministros que se desempeñaron durante este período, como Adib Jatene, José Carlos Seixas, José Saraiva Felipe y José Agenor no fueron incluidos, ya que los investigadores, a pesar de las constantes búsquedas, no pudieron obtener copias de los discursos de los ex ministros anteriormente mencionados.

El marco teórico-metodológico para el análisis fue el método hermenéutico-dialéctico (MINAYO, 2006). El método apoya la acción del investigador en relación al análisis del discurso, ya que transita y opera desde características singulares de la hermenéutica - cuya estructura alcanza su concreción en el enfoque histórico, permitiendo la comprensión de los textos en las condiciones en las que surgen - y a través de la dialéctica -, partiendo de la premisa de que el lenguaje es un instrumento de comunicación en el que significados aparentemente similares expresan y ocultan la realidad conflictiva de desigualdades, dominación, explotación y resistencia y conformismo (MINAYO, 2006).

En su propuesta, Minayo (2006) segmenta el procedimiento analítico en tres fases: (1) ordenamiento de datos, (2) clasificación de datos y (3) análisis final.

Así, con ocho discursos impresos en mano, ellos fueron organizados y ordenados cronológicamente, a lo que siguió una lectura analítica, que permitió una clasificación previa, mostrando diferencias superficiales y homogeneidades. Luego de ordenarlos, se inició el proceso de clasificación con una lectura horizontal exhaustiva de cada uno de los discursos, por separado, discriminando en un archivo digital asignado a cada uno de los discursos, las impresiones iniciales, permitiendo la construcción y registro de categorías empíricas.

Una vez finalizado el proceso de lectura horizontal, se inició el procedimiento de lectura transversal. En esta etapa fueron identificadas y creadas unidades de sentidos, basadas en temas más relevantes, presentes y comunes en los ocho discursos, lo que permitió obtener extractos referentes a sus respectivos temas, posteriormente recopilados y, a su vez, reagrupados y categorizados.

Al final de la etapa de clasificación, con las categorías centrales definidas, se desarrolló el proceso de análisis de perspectiva crítica de los hallazgos, cotejándolos con la literatura

científica pertinente. El Cuadro 1 presenta la lista de ministros de salud de Brasil incluidos en el estudio.

Cuadro 1 – Galería de Ministros de Salud de Brasil incluidos en el estudio

Nombre	Periodo en el Ministerio	Partido	Presidente(a) de la República	DATOS BIOGRÁFICOS
Carlos César Silva de Albuquerque	13/12/1996 30/03/1998	PSDB	Fernando Henrique Cardoso	Nacido en Barra do Ribeiro-RS (19/07/1940). Egresado de la Facultad de Medicina de la Universidad Federal de Rio Grande do Sul (1966). Fue presidente del Hospital das Clínicas de Porto Alegre. Murió el 18/03/2005.
José Serra	31/03/1998 20/02/2002	PSDB	Fernando Henrique Cardoso	Nacido en São Paulo-SP (19/03/1942). Graduado en Ingeniería Civil por la Universidad de São Paulo (1964). Fue diputado federal y gobernador del estado de São Paulo. Actualmente es senador de la República.
Barjas Negri	21/02/2002 31/12/2002	PSDB	Fernando Henrique Cardoso	Nacido en São Paulo-SP (08/12/1950). Licenciado en Economía, con Maestría y Doctorado por la UNICAMP-SP. Fue secretario ejecutivo del FNDE, secretario ejecutivo del Ministerio de Salud y alcalde de la ciudad de Piracicaba.
Humberto Sergio Costa Lima	01/01/2003 08/07/2005	PT	Luiz Inácio Lula da Silva	Nacido en Campinas-SP (07/07/1957). Licenciado en Periodismo y Medicina, con posgrado en Medicina Clínica (FCM-UPE) y en Medicina General Comunitaria y Psiquiatría (UFPE). Fue concejal y secretario de Salud de Recife-PE, diputado estadual y federal. Actualmente es senador de la República.
José Gomes Temporão	16/03/2007 31/12/2010	PMDB	Luiz Inácio Lula da Silva	Nacido en Merufe, Portugal (20/10/1951). Licenciada en Medicina (UFRJ), Maestría en Salud Pública y Doctor en Salud Colectiva. Fue secretario nacional de Atención a la Salud (SAS) en 2005. Actualmente es profesor titular e investigador jubilado de la Fundación Oswaldo Cruz.
Alexandre Rocha Santos Padilha	01/01/2011 02/02/2014	PT	Dilma Vana Rousseff	Nacido en São Paulo-SP (14/09/1971). Egresado de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNICAMP, con especialización en Infectología en la FMUSP. Fue director nacional de Salud Indígena del Ministerio de Salud (2004-2005). Actualmente es diputado federal por São Paulo.
Ademar Arthur Chioro dos Reis	02/03/2014 02/10/2015	PT	Dilma Vana Rousseff	Nacido en Santos-SP (05/12/1963). Graduado en Medicina y Master en Salud Colectiva por la Facultad de Ciencias Médicas de la Unicamp y Doctor en Salud Colectiva por la UNIFESP. Fue director del Departamento de Atención Especializada del Ministerio de Salud (2003-2005) y Secretario de Salud de São Bernardo do Campo-SP. Actualmente es profesor de la Escuela Paulista de Medicina/UNIFESP.
Marcelo Costa e Castro	10/02/2015 27/04/2016	PMDB	Dilma Vana Rousseff	Nacido en São Raimundo Nonato-PI (09/06/1950). Graduado en la Facultad de Medicina de la Universidad de Piauí y Doctor en Psiquiatría por la UFRJ. Fue diputado estatal y federal por diversos mandatos. Actualmente es senador de la República.

Fuente: Brasil, 2014.

3 RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los discursos mantuvieron similitudes estructurales, relacionadas con el rito ceremonial para el que fueron elaborados. Siguieron una lógica en la que se presentaban secuencialmente agradecimientos al presidente, guiños a aliados políticos y órganos representativos, halagos sobre la nominación, conceptualización de temas relacionados con la salud, la gestión y el SUS, además de la enumeración de desafíos y la propuesta de acciones para enfrentarlos.

Así, fue posible construir, describir y analizar tres categorías temáticas: *conceptos inferidos, desafíos identificados y propuestas definidas*.

3.1 Conceptos inferidos

El término "concepto", originario del latín *conceptus*, significa "cosa concebida o formada en la mente", aunque en lenguaje natural tiene diferentes acepciones -de noción, juicio, opinión, idea o pensamiento-, además de designar un fenómeno que es aprehendido por el individuo, y su función es determinada por un contexto (MACULAN; LIMA, 2017; FERRATER-MORA, 2004). Además de esta definición, se puede decir que el concepto es "cualquier proceso que posibilite la descripción, clasificación y previsión de objetos cognoscibles" (ABBAGNANO, 1998, pág. 164).

Dicho esto, el concepto de *salud* estuvo presente en todos los discursos, y destacamos algunos que señalan diferentes perspectivas en las que debe basarse la acción del representante. Albuquerque, con un discurso más protocolar, con un texto breve, de poco más de seiscientas palabras, en el que se centró en temas como la descentralización, la salud suplementaria y la educación, señaló una perspectiva "globalizadora", tributaria de la lógica económica:

Al enfrentar los problemas de salud en esta visión globalizadora, insertos en las perspectivas socioeconómicas, estaremos creando condiciones para que el sistema de salud participe en esta nueva etapa que vive el país en todos los sectores, con la implementación del Plan Real y su gobierno de su excelencia. (ALBUQUERQUE, 1997, pág. 1).

Negri (2002) hizo un discurso sintético y pragmático, con aproximadamente mil palabras, habló sobre alcanzar metas e impactar la salud, mientras que Serra (1998, pág. 1), en un discurso más largo y elaborado, con unas tres mil seiscientas palabras y quince principios rectores, trajo un concepto ampliado de salud pública:

La salud de un pueblo, o al menos lo que la gente piensa sobre el estado general de su propia salud, refleja de forma sumamente sensible los aspectos más diversos de la sociedad. Sobre las condiciones de salud inciden factores tan diversos como el nivel de empleo, las tasas salariales, la inflación, las formas de organización familiar, los accidentes de tránsito, las inversiones en saneamiento, los hábitos de higiene familiar, los fenómenos ambientales y, en particular, afectan las condiciones de salud un conjunto de acciones que podemos denominar políticas de salud, en cuyo vértice se encuentra el Ministerio de Salud.

Lima presentó un discurso de cerca de dos mil setecientas palabras, de manera que conceptualizó la salud como resultado de la lógica ideológica del gobierno que representaba:

Asumo el Ministerio de Salud con la visión clara que todos tenemos de que la salud es algo que resulta de un conjunto de acciones, acciones que este gobierno ya ha manifestado su intención y su determinación de realizar; acciones en el área de la alimentación, vivienda, trabajo, salario, recreación, cultura y también las acciones de salud donde nosotros vamos a trabajar (LIMA, 2003, pág. 5).

Temporão desarrolló un discurso con fuerte influencia programática, con cerca de dos mil setecientas palabras y, a su vez, acercó la salud a la determinación social: “existen fuertes evidencias científicas de que los países que presentan perfiles de equidad en relación al nivel de vida referido a clases, género y raza también presentan un mejor nivel de salud” (TEMPORÃO, 2007, pág. 7).

Castro, pronunció un discurso de unas cuatro mil palabras, conceptualizando la salud como un derecho: “Un orgullo brasileño es tener la salud reconocida por la Constitución como un derecho y haber consagrado en sus estructuras la participación social, que trabaja con el Poder Público en la definición de sus políticas” (CASTRO, 2015, pág. 2-3).

Padilha (2011, pág. 4), con unas 9.900 palabras, la señaló como condición para el avance nacional: “[...] a veces tenemos este sentimiento de que la salud no está en el centro de la agenda de desarrollo de este país”, y Chioro dos Reis (2014, pág. 2), con un largo discurso, de aproximadamente cinco mil ochocientas palabras, postuló el compromiso de “[...] defender la vida, más salud, más democracia y más libertad”.

El concepto de salud aparece en diferentes perspectivas, reflejando la concepción de los sujetos del discurso, pero también su agenda político-gubernamental, es decir, la lógica socioeconómica o global, el Estado como productor de salud, esta como condición de desarrollo o constitucionalmente alineada y, finalmente, la perspectiva de la determinación social como pensamiento dialéctico.

Aunque solo en términos generales, Albuquerque (1997, pág. 1) se posicionó contra el SUS:

[...] el sistema de salud en Brasil se caracteriza por el modelo médico-curativo, centrado en el tratamiento de la enfermedad y, en torno al cual, se constituye una enorme estructura burocrática, que terminó por alejar el recurso de la necesidad, la terapia del paciente y al ciudadano de la salud.

Y Negri (2002, pág. 2-3) afirmó: “[...] la tarea de construir el Sistema Único de Salud no es un estandarte de algunos, como muchos todavía nos hacen creer, sino de todos aquellos que combinan la capacidad de comprender las dificultades que afectan a la población con la competencia para afrontarlas”. Así, indicó, ya en el discurso de asunción, que la defensa del SUS no era responsabilidad/privilegio de algunos, es decir, estratégicamente, buscaba posicionarse y

legitimarse como uno de los “nuevos constructores” del SUS, junto a los que participaron en el proyecto de la Reforma Sanitaria Brasileña, movimiento nacido dentro de los movimientos social, estudiantil, académico, sindical y profesional de la salud, incorporado por el Estado a partir de la Constitución de 1988 (PAIM, 2017). Además, esta afirmación parece ser una expresión político-ideológica de aproximación a la lógica partidista y la agenda del gobierno FHC.

En este gobierno, el concepto de SUS fue siendo paulatinamente construido en una lógica inaugural de exploración, descubrimiento de un terreno fértil, pero que demandaba actitudes concretas, alineadas con una perspectiva gerencial administrativa, ya que el funcionamiento de este sistema era considerado ineficiente y burocrático, cabiendo a los gestores hacerlo moderno y eficiente.

Lima (2003, pág. 6) señaló la necesidad de que el SUS se convierta en una “política hegemónica”, ya que era “un ejemplo de la reforma que debe llevarse a cabo en muchos países”, mientras que José Gomes Temporão (2007, pág. 4) entendió que “El SUS es una política de Estado, por lo tanto, es suprapartido”, incluso porque “El momento que atraviesa hoy el SUS está vinculado a la dinámica del Complejo Industrial de la Salud, compuesta por estructuración y procesos de funcionamiento que pueden resultar contradictorios y paradójicos a una política cuyas premisas son la universalidad y la equidad”.

Padilha (2011, pág. 4) señaló: “[...] somos plenamente conscientes de la importancia que tiene el SUS y el área de salud para la agenda nacional de desarrollo del país, somos plenamente conscientes de que no existiría reducción de la desigualdad sin este gran proyecto de inclusión social que es el SUS [...]”.

Chioro y Castro presentaron diferentes conceptos del SUS: “Después de todo, el SUS es un patrimonio, un hito civilizatorio para la producción de una sociedad más sana, justa y solidaria. Pero hay que recordar que este es un proyecto ético-político en disputa, no está dado” (REIS, 2014, pág. 13), y “el SUS es el retrato de la nueva forma de gobernar, donde nada está solo y todo está compuesto por el interés público” (CASTRO, 2015, pág. 6).

Entre los ex ministros del gobierno de Lula, el concepto de SUS fue alineado con calificaciones como complejidad y credibilidad, siendo definido como un ejemplo de política de salud para otros países y como una política social inclusiva, suprapartidaria en el centro socioeconómico complejo y paradójico de producción de salud. En el gobierno de Dilma, los ex ministros reiteraron la importancia del modelo universal con leves críticas, acercando su definición al patrimonio social, a un proyecto inclusivo, hito civilizatorio de interés público, y Chioro agregó que el sistema aún no estaba consolidado, sino en constante disputa ético-política.

En la relación entre estas representaciones ministeriales, cabe recordar la crítica de Jairnilson Paim (2017), en su ya histórico trabajo sobre la Reforma Sanitaria Brasileña, que refuerza el concepto de que fue, y sigue siendo, una lucha contrahegemónica, en el que los gobiernos, incluidos los de izquierda, a lo largo de los años de administración, flexibilizaron

principios y lineamientos para adecuarla a imperativos económicos y demandas corporativas.

3.2 Desafíos identificados

La comunicación en los discursos políticos a menudo apunta a la narrativa de desafíos a ser superados por el proyecto de trabajo del sujeto del discurso: los ministros de salud. Así, los desafíos que surgen en el análisis discursivo permiten vislumbrar estrategias o puntos clave a priorizar en la gestión.

Albuquerque (2017, pág. 1) ponderó que “La magnitud del desafío desautoriza la elocuencia retórica, las promesas fáciles y el optimismo intrascendente”, pero luego agregó: “Reafirmamos, en esta oportunidad, la convicción de que es posible para el sector público ofrecer un servicio de salud digno, eficiente y de calidad”.

Serra (1998, pág. 1/3), a su vez, señaló: “[...] el desafío de hoy, al que me enfrento a partir de los 56 años, es el mayor de todos”, ya que “Lo que necesitamos es para que funcione mejor. De hecho, esta es la síntesis de nuestro programa: hacer que los servicios de salud funcionen mejor”, mientras que Negri (2002, pág. 2) afirmó que sería “[...] necesario estar constantemente alerta para enfrentar nuevos desafíos, y dispuesto a superarlos. Sobre todo, la lucha por ampliar los recursos públicos para la salud jamás debe ser abandonada”. Se observa que los ex ministros del gobierno de FHC alinearon la gestión burocrática e ineficiente como los principales desafíos identificados, siempre refiriéndose a la lógica de la gestión administrativa, regida por calificativos como calidad, eficiencia y racionalidad.

En las declaraciones sobre la administración pública, era imperativo transformar la cultura burocrática del estado en una cultura gerencial, parte de la agenda del entonces Ministro de la Administración Federal y de la Reforma Administrativa, Bresser Pereira, quien en 1995 presentó el Plan Maestro de Reforma del Estado, concretado mediante la reforma de la Constitución de 1998. Entre las premisas de esta reforma se encontraba la necesidad de cambiar el modelo de administración pública brasileña vigente hasta entonces (PAULA, 2005).

Lima (2003, pág. 12) afirmó que, ante el desafío, debería “[...] corresponder no sólo a la confianza del presidente, que me dio esta gran responsabilidad, sino a la confianza del pueblo brasileño, que quiere, entre otras cosas, una condición de vida y de salud digna”.

Y Temporão (2007, pág. 2/4), que, “[...] al asumir la cartera del Ministerio de Salud de Brasil, me encuentro inmediatamente desafiado a articular la comprensión de los determinantes de la salud de la población brasileña, con el conjunto de medidas y acciones posibles dentro de la gobernabilidad sectorial”, ya que “El gobierno del Presidente Lula tiene este compromiso y enfrentará este desafío”.

Ciertamente, durante este período, la agenda federal de salud abordó en ocasiones temas de la Reforma Sanitaria, en línea con la agenda desarrollista del gobierno de Lula, el discurso de toma de posesión y gestión de Temporão acercó un proyecto a la concepción sanitarista, a la idea

de producción del proceso salud-enfermedad y la necesidad de establecer mecanismos de promoción de la salud (ARAÚJO, 2017).

Padilha (2011, pág. 4) consideró un desafío mayor insertar el SUS como estrategia necesaria para la solidez de un amplio proyecto desarrollista:

Queremos que todo el pueblo brasileño se sienta parte de esta quinta economía del mundo. Y no se sentirá parte de ella si no tiene una salud que se sienta como la salud de la quinta economía del mundo. No se sentirá parte si no tiene un Sistema Único de Salud que sea el Sistema Único de Salud de la quinta economía del mundo. Entonces, creo que este es nuestro principal desafío. Llevar de hecho la salud, cada esfuerzo de cada uno de nosotros, al centro de la agenda nacional de desarrollo del país.

Chioro dos Reis (2014, pág. 4) expuso desafíos que serían más importantes, priorizando el proyecto iniciado por su antecesor:

Mantendremos todo lo que la ministra Padilha viene conduciendo de manera brillante, pero tenemos el desafío, y esta fue la orden más importante que recibí de la presidenta Dilma, de mejorar aún más los procesos en curso, de innovar donde sea necesario, de ir más allá. No asumo el ministerio solo para cumplir un ciclo temporal. Tengo la misión, que me fue confiada por la presidenta Dilma, sumamente difícil, de profundizar y ampliar el excelente trabajo realizado por la ministra Padilha.

Castro (2015, pág. 12/20) presentó dos desafíos principales: “[...] la necesidad de que la Administración Pública se modernice para poder realizar sus servicios de manera ágil y con calidad y la de profundizar las estructuras del SUS”, añadiendo: “[...] asumo el desafío de, junto con todos, mejorar el nivel de salud de la población brasileña. ¡Llegué para unirme a ustedes en esta misión!”.

Durante el gobierno de Dilma, los desafíos expresados siguieron la lógica de vincular la mayor calidad del sistema de salud a la propuesta económica nacional desarrollista, así como al mejoramiento, perfeccionamiento y la eficiencia, y del ministro como gestor insertado en la dinámica del ejecutivo.

Si bien la gestión de los ministros de salud del gobierno de Dilma fue responsable de crear e implementar acciones con impacto positivo en la salud pública, Reis y Paim (2018) argumentan que la agenda de salud propuesta mantuvo compromisos programáticos que indicaron la continuidad del gobierno de Lula y que las políticas planteadas no proponían una innovación significativa ni explicitaban un compromiso explícito con los ideales de la RSB.

Otro desafío identificado fue la permanencia del paradigma de gestión en los gobiernos posteriores a los de FHC, naturalmente transmitido a la gestión ministerial y presente en los discursos inaugurales de los ministros de Salud. Paula (2005) afirma que se esperaba del gobierno de Lula la adopción de una lógica administrativa societaria, una alternativa a la visión gerencialista del gobierno de FHC, pero, aunque hubo aperturas en esta alineación, fue sin la tenacidad y prioridad deseadas.

3.3 Propuestas definidas

El análisis de los discursos inaugurales permitió percibir las propuestas presentadas por los ministros, que buscaban esencialmente dar identidad a la agenda de gestión.

Albuquerque fue más económico y poco objetivo en las propuestas concretas de su gestión; en aquella época le dijo a la prensa que el problema de la salud no sería la “falta de recursos, sino la forma de administrarlos” (ELIAS, 1997, pág. 205). En su discurso de asunción, afirmó:

Dedicaremos toda nuestra capacidad de trabajo y experiencia para, a través de una administración eficiente, incrementar la lucha contra el despilfarro, el fraude y la ociosidad, haciendo así rendir al máximo los recursos a nuestra disposición, asegurando que cada real gastado en salud produzca el máximo de resultados para el ciudadano. (ALBUQUERQUE, 1997, pág. 2).

Con el fin de racionalizar los recursos, una de las medidas que tomó su gestión fue un proyecto enviado a la Cámara de Diputados en 1997, tratando de reembolsar al SUS los recursos aplicados en la atención de los clientes de planes de medicina prepagos. La propuesta no se consolidó, sino que consistió en la creación de un fondo público-privado de cerca de R \$ 3 mil millones para financiar tratamientos de alto costo, que los planes de salud no cubrían y cuyos gastos corrían a cargo del SUS (COSTA, R., 2002).

Serra (1998, pág. 5) fue un poco más pragmático: “El primero consiste en la formación de equipos de salud de la familia compuestos por un médico, dos auxiliares de enfermería y seis agentes de salud municipales, con miras a atender a más o menos mil familias cada uno. Ya tenemos en Brasil 1.600 equipos”. Además, dirigió su atención a la salud suplementaria:

Tenemos que transformar la calidad de los servicios de salud en una verdadera obsesión nacional. Incluso invitaremos a todas las grandes empresas brasileñas que ya hayan alcanzado la excelencia en calidad a implantar y supervisar métodos de calidad total en un hospital público (SERRA, 1998, pág. 6).

Entre 1998 y 2001, durante la gestión de Serra, el Ministerio de Salud comenzó a constituirse como una fuerza política de hecho o, mejor dicho, un activo político importante para la negociación y proyección, ya que, hasta entonces, había sido un ministerio importante y estratégico, aunque menos representativo. Esto no fue accidental. Además del apelo público para la mejora de las condiciones de salud en esas circunstancias, entre nombres como Pedro Malan y Paulo Renato de Souza como potenciales sucesores de FHC, Serra fue el elegido, mostrando *a posteriori* el apoyo presidencial a la génesis e implementación de amplias políticas federales en su gestión (COSTA, R., 2002).

Como afirmó en su discurso, la propuesta de ampliar el Programa de Salud de la Familia (PSF) fue una de sus muchas acciones, como las dirigidas a los entes reguladores, medicamentos genéricos, tabaco y SIDA (PASCH et al., 2006). En el caso del PSF, que amplió las acciones del Programa de Agentes Comunitarios (PAC) entre 1996 y 2000, los equipos pasaron de 2.000 a

7.981, y los agentes comunitarios de salud, de 34.000 a 128.000 (DRAIBE, 2003).

Negri (2002, pág. 3/4) se refirió varias veces a la austeridad financiera y orgánica de la gestión, reafirmando la secuencia de las acciones de la gestión de Serra: “No escatimaré esfuerzos, además, para incrementar el número de equipos en el Programa de Salud de la Familia” y “Daré absoluta prioridad a incrementar y diversificar la oferta de medicamentos genéricos en el mercado”.

Lima (2003, pág. 8) mantuvo el patrón de sus antecesores, señalando las debilidades sobre las que actuaría, en una lógica programática, pero sin propuestas concretas o claras, salvo cuando asumió “[...] el compromiso de realizar, si es posible aún este año, una Conferencia Nacional de Salud extraordinaria para hacer un balance de estos años del Sistema Único de Salud y al mismo tiempo pensar en el próximo momento”. De hecho, fue la única propuesta en su discurso inaugural que luego se concretó (ARAÚJO, 2017).

Analizando la dinámica de la gestión de la salud en el primer mandato del presidente Lula, con Lima en el Ministerio, Teixeira y Paim (2005) afirmaron que la perspectiva de una nueva correlación de fuerzas en ese momento representaba una oportunidad para que el proyecto de la RSB se retomara y reinsertase en la agenda de las políticas públicas del país. Sin embargo, especialmente después de la administración de Lima, los avances sectoriales en el desarrollo del SUS no fueron suficientes para hacer avanzar el proceso de Reforma Sanitaria.

Temporão (2007, pág. 5) presentó 22 propuestas definidas; por ejemplo, "Institución de la Política Nacional para la Atención de la Salud de los Hombres" y, para la salud reproductiva:

8. Fortalecer la Política Nacional de Derechos Sexuales y Reproductivos, con énfasis en mejorar la atención obstétrica, combatir el cáncer ginecológico (la situación del cáncer cervicouterino es vergonzosa, 20 mil casos nuevos en 2007), en la planificación familiar, en la atención al aborto inseguro y combatir la violencia doméstica y sexual; añadiendo también la prevención y el tratamiento de las mujeres que viven con ETS/SIDA (TEMPORÃO, 2007, pág. 5).

Si bien se considera que tuvo enfrentamientos con los grandes medios, se entiende que fue perspicaz en utilizar la importancia de los medios en la sociedad y exponer su gestión, imbuida de la convicción progresista del pensamiento social de salud. Posteriormente, en entrevista, afirmó que "las relaciones con los medios siempre han sido uno de los mayores desafíos", lo que sugiere que esta relación se orientó por la premisa del enfrentamiento, que tenía en cuenta "la importancia de construir una conciencia política colectiva en el sentido de la conciencia sanitaria de Berlinguer, para asegurar la sostenibilidad política del SUS" (TEMPORÃO, 2018, pág. 2063).

Otra propuesta en su discurso inaugural fue la Política Nacional de Salud del Hombre (PNSH), regulada por ordenanzas del Ministerio de Salud publicadas entre 2009 y 2011, que orientó su implementación en los 27 estados federados, en 132 municipios (SCHWARZ et al., 2012). Años después, Temporão contó que, preparando su discurso inaugural, fue una propuesta

que decidió incluir, pues sintió que era necesario enfocarse y, en consecuencia, enfrentarla durante su mandato (HEMMI, 2019).

Padilha (2011, pág. 8/9) propuestas definidas, aludiendo a un pedido de la propia presidenta: “[...] lo más rápido posible, podemos implementar el Aquí Tem Farmácia Popular y medicamentos gratuitos para pacientes hipertensos y diabéticos en todo el país”. Además, propuso lo que luego se convirtió en un programa federal de salud, dado que ya consideraba: “El esfuerzo que se hizo en buscar traer y tener espacios abiertos para médicos extranjeros en el país. Todas las medidas deben ser discutidas y nosotros tenemos que contar con un espacio abierto para eso”.

Chioro dos Reis (2014, pág. 4) apuntó algunas propuestas, pero basó su discurso en la continuidad de las acciones de la gestión anterior: “Sin perder la noción de prioridad para el Programa Mais Médicos, también invertiremos en las demás categorías de nivel superior y técnico, en especial valorizando la Enfermería y los Agentes Comunitarios de Salud”. En el discurso de los dos ministros del gobierno de Dilma, ambos miembros del PT, se mencionó la necesidad de ofrecer profesionales médicos en el SUS, y Padilha incluyó a médicos de otros países. Chioro se comprometió a ampliar este programa, creado bajo la gestión anterior.

Desde la 9ª Conferencia Nacional de Salud, en 1992, hubo indicios de una Política Nacional de Recursos Humanos en Salud, y, en 2011, un estudio del Instituto de Investigaciones Económicas Aplicadas (IPEA) mostró que el déficit de estos profesionales era uno de los principales problemas señalados por los usuarios del SUS. Así, en 2013, algo que era embrionario en el discurso inaugural de Padilha fue creado y denominado Programa Mais Médicos, generando conflictos en el gobierno, además de implementarse en un año de efervescencia política, por la Medida Provisional n. 621, del 8 de julio de 2013, convertida en Ley n. 12.871, del 22 de octubre de 2013 (ALESSIO; SOUSA, 2017).

Castro (2015, pág. 10) trajo a la discusión algunas propuestas, refiriéndose a la creación de determinadas políticas, pero también sin mucha dirección ni pragmatismo, excepto en: “Mi propuesta será instituir un aporte permanente a la Seguridad Social, la CPMF, para que la salud sea segura en su financiamiento y garantizar a los municipios y estados la mitad de lo que recauda la Unión en el reparto de estos recursos”.^{20 (10)} Pese a ello, centró la descripción de propuestas articuladas en torno de ideas y perspectivas:

Nuestro propósito es mejorar las relaciones público-privadas, con el Poder Público ejerciendo su rol de regulador, supervisor y controlador del sector privado, no debiendo ser permitido que el Poder Público actúe como complemento del privado, en una inversión de roles (CASTRO, 2015, pág.16).

La CPMF es la contribución provisional sobre transacciones financieras, impuesto del 22 de octubre de 1996 regulado por la Ley n. 9.311, con cobro de la alícuota del 0,20%, legalmente garantizado hasta mediados de 2007 (COSTA, R., 2002; FRANÇA; COSTA, N., 2011). En una entrevista en esa época, Castro afirmó la necesidad del citado impuesto, "dividiendo todo lo que

se recauda de la CPMF en 50% para la seguridad social del gobierno y 50% para la salud - 25% para los estados y 25% para los municipios". (PASSARIHO; MATOSO; ALEGRETTI, 2015, pág. 1).

Discutir el financiamiento de la salud en Brasil es muy agotador en el contexto del capitalismo contemporáneo (MENDES; CARNUT; GUERRA, 2018). Los 30 años del SUS han estado marcados por la persistencia de la escasez de recursos, una histórica subfinanciación estructural (MENDES; CARNUT, 2018). Pero, si se aplicara el Art. 55 de las Disposiciones Constitucionales Transitorias de la Constitución Federal, el 30% de los recursos de la Seguridad Social sería destinado a la salud, lo que nunca sucedió (MARQUES; MENDES, 2005).

En 1997, Adib Jatene, creador de la CPMF, manifestó que esta fue desviada de su función original, pasando a servir el saldo de las cuentas del gobierno, lo cual, dada la falta de financiamiento del sistema (COSTA, R., 2002), va en contra de la afirmación que consideraba a la CPMF como la fuente más importante de financiamiento para el gasto federal en salud, con cerca del 30% de los recursos asignados por el Estado Federal (FRANÇA; COSTA, N., 2011); y en el período comprendido entre 1995 y 2015, Mendes (2014) constató que el gasto del Ministerio de Salud no fue alterado, manteniéndose en el 1,7% del producto bruto interno (PBI), mientras que el gasto en intereses de la deuda representó, en promedio, el 7,1%.

En cuanto a las propuestas identificadas, a excepción de Albuquerque, que basó su discurso en una lógica abstracta e inespecífica, los otros ex ministros, cada vez más, propusieron acciones concretas que pretendían implementar y/o mejorar. En los discursos de Serra, Padilha y Temporão, la descripción de las propuestas fue más elaborada y desarrollada, tanto que, años más tarde, algunas fueron implementadas.

Además de la permanencia por encima del promedio en relación con otros ministros - Serra, Temporão y Padilha, comenzaron al inicio del período presidencial de FHC, Lula y Dilma, respectivamente, por lo que estos tres presentaron construcción y elaboración discursiva, impregnada de desafíos y propuestas más consolidadas y explícitas que quienes pasaron menos tiempo en el cargo, ya sea por motivos de transitoriedad o de tensión política.

No se puede afirmar que por el hecho que desde el inicio de su mandato generaron un discurso más estructurado, dado que la inestabilidad frente al cargo ministerial es una variable continua, más el perfil técnico-político de cada personalidad, aunque posiblemente estas elecciones en el inicio de la gestión, como muestra la historia reciente, probablemente en medio de la coalición política tuvieron más apoyo y convicción de los jefes ejecutivos que los eligieron, lo que a nuestro entender justifica una mayor autonomía y prospección de planes futuros, sustentando una construcción discursiva con más libertad y elaboración.

Este tema específico está en línea con los hallazgos de Ferraz y Azevedo (2011), quienes se dedicaron a estudiar el tiempo promedio de permanencia de los ministros de salud en Brasil, identificando cuánto sus mandatos fueron reducidos, ya que en muchas situaciones, a pesar del

buen desempeño son discontinuados del cargo, en contra de la urgente necesidad de mandatos más extensos que permitan y contemplen la planificación de la salud a largo plazo, ya que, en comparación con los sistemas de salud de los países con un IDH (Índice de Desarrollo Humano) elevado, el término medio de los mandatos de los ministros brasileños fue considerablemente más corto.

Otro punto a considerar en este estudio es que, si bien no se pretende generalizar y homogeneizar a los ministros representantes de ambos partidos (PT y PSDB), como señaló Freitas (2018), a pesar de las divergencias en sus programas de formación, hubo entre ellos hasta 1992 un diálogo y por qué no decir un “acercamiento ideológico”, y fue luego de la gestión de José Serra, quien en su momento ya presentó un discurso inaugural más estructurado que su antecesor, que la cartera de salud comenzó a posicionarse, menos como un problema y más como un capital político activo, cuyo nivel de perfeccionamiento y firma personal pasaron a ser parte de los siguientes discursos.

Se advirtió así que, si bien todos los discursos analizados tienen similitudes en la construcción, la profundización y las proposiciones se tornaron más complejas y ambiciosas en los discursos posteriores, ocupando paulatinamente más protagonismo por parte de estos actores recién nombrados, ya que además de influenciadores y tomadores de decisiones, se tornaron responsables de liderar y dirigir las acciones, con un enfoque en la agregación de valor al sistema de salud brasileño (FERRAZ y AZEVEDO, 2011).

Aun así, entre muchas variables en un presidencialismo de coalición, regido por intereses económicos y de diferentes órdenes, si bien comprende una transformación natural en cuanto a las posiciones discursivas, se afirma que no hubo mayores discrepancias en las posturas conceptuales entre el primer y último discurso ministerial analizado, ya que las posiciones en torno a la Salud Pública y el SUS fueron más retóricas, reactivas y conjeturales, alineadas con la agenda presidencial, sin el esperado anuncio de una Política de Estado Suprapartido, con inversiones acordes a sus necesidades reales y situándolas más cercanas a los anhelos de accesibilidad y universalidad, defendidos por los entusiastas del proyecto de la RSB.

En este sentido, Paim (2018) afirma que los proyectos democráticos populares no fueron privilegiados por los actores políticos que tuvieron la oportunidad de ocupar el gobierno federal luego de la promulgación de la denominada Constitución Ciudadana. Según Paim (2008), desde el gobierno de FHC, marcado por el ajuste macroeconómico de las políticas de estabilización monetaria y privatización, se ha iniciado una reforma del Estado, en contra de la reforma democrática postulada por el proyecto de la RSB, continuada por los gobiernos del PT; por ejemplo, en el gobierno de Dilma, el enfoque se centró en reducir el gasto público y mantener el subfinanciamiento, con la expansión y el fortalecimiento del sector privado.

A pesar de los hallazgos expuestos en los últimos párrafos, se considera que a partir de los contenidos discursivos de los ex ministros analizados, especialmente en sus propuestas

definidas, como lo destaca Monteiro (2018), hubo una potencial transformación del sistema de salud brasileño, que a pesar de las diversas fuerzas político-ideológicas que marcan su campo de disputa y que boicotearon su consolidación, estructurándolo como un sistema segmentado, en el que conviven el SUS, el sistema de desembolso directo y el sistema suplementario de salud, los logros y avances son y, entre ellos, está la consolidación del reconocimiento público del derecho a la salud, además de la ampliación y estructuración del SUS.

Por lo tanto, la línea de pensamiento que emana de la presente investigación no es de conformismo, aunque se debe ser realista a partir de los avances y permanencias identificadas y rupturas aún por realizar, pues se cree que es necesario en este momento realizar un "análisis de lo posible", más ponderado, obviamente conscientes de que podríamos haber avanzado en muchos puntos, especialmente a favor de la ampliación y calidad del sistema, pero sin descartar cuánto el sistema de salud se perfeccionó y amplió, tanto que en este período, Brasil descentralizó atribuciones y recursos, aumentando la oferta y acceso a servicios y acciones de salud, mejorando los niveles de salud (PAIM, 2008, 2013), pero sin duda el hecho concreto es que el SUS fue implementado, pero no consolidado (PAIM, 2018).

4 CONCLUSIONES

Los discursos se asemejan en formato y contenido, con similitudes estructurales, atinentes al rito ceremonial simbólico en el que fueron pronunciados, y, aunque estuviesen alineados con una comunicación protocolar, mediática y política, la producción de la narrativa se vinculó, entre otras cosas, al proyecto de gobierno, a la agenda gubernamental, a la demanda del grupo político de su afiliación ya la trayectoria personal, concluyendo que esta producción también fue colectiva, respondiendo a expectativas ideológicas y sociales.

No se identificaron grandes rupturas en el pensamiento sobre la salud entre las plataformas de los gobiernos del PT y del PSDB, solo enfoques diferentes, con el mantenimiento de una línea de gestión operativa similar, subordinada a la lógica económica de la producción de salud.

Se afirma que, de Albuquerque a Lima, el contenido discursivo reveló permanencias en la proyección de medidas para consolidar el sistema, garantizar su paulatina descentralización y, en consecuencia, condiciones mínimas de acceso a la salud para todos los brasileños, temas que estuvieron presentes en los discursos de los ministros que les sucedieron; aunque, fueron menos prioritarios, ya sea por la mejora y consolidación del sistema en numerosos aspectos, o por la necesidad de atender nuevas demandas, acordes con el momento político y la realidad socioeconómica.

Aun con sus diferencias partidistas y técnicas, la trayectoria profesional y política de la mayoría de los ex ministros de salud estuvo alineada con la defensa de la salud como un derecho del ciudadano y un deber del Estado, principio básico de la RSB. Sin embargo, los discursos no

se refieren a la RSB, lo que puede indicar cierta cautela, dadas las múltiples relaciones y representaciones que la oficina ejecutiva del ministro presupone en una agenda gubernamental muchas veces ligada a tensiones que involucran intereses económicos y de otros órdenes.

El contenido de los conceptos y los desafíos presentados fueron más reveladores que las propuestas, que en su mayoría adoptaron un tono generalista y, entre las que siguieron una lógica programática, pocas fueron implementadas. Los discursos se alinearon con la agenda gubernamental y enunciaron algunas propuestas, pero la génesis e implementación de las acciones de salud no siguieron una programación predefinida, contemplando en la gestión lo que fue anunciado en el discurso, puesto que otras variables (decisión presidencial, voluntad política, prestigio, crisis sanitarias, *lobbies*, apelos sectoriales, etc.) influyeron en la gestión federal de salud y en la génesis e implementación de las acciones posteriores.

Ciertamente, en estos discursos ministeriales en los que se elaboraron conceptos, se destacaron desafíos y se definieron propuestas, se identificaron innumerables transformaciones, dado que distintas intenciones e influencias ideológicas impregnaron este campo conflictivo. Aun así, resultó evidente al comparar los contenidos discursivos (conceptos, desafíos y propuestas) en diferentes momentos históricos, que paulatinamente se diferenciaban enfoques y situaciones eran superadas por los actores y las gestiones de las que formaban parte, por lo que el SUS se fue implementando y ampliando, apoyado por la estructura técnica del Ministerio de Salud, en un período continuo de estabilidad democrática, cuyas acciones en su mayor parte fueron lideradas por personalidades, quienes estuvieron comprometidas en mayor o menor grado con el movimiento de la RSB en sus trayectorias de vida y que, estuvieron comprometidas con una acción mínimamente compatible con los intereses republicanos, expresados en sus discursos y practicados en sus gestiones.

Los resultados presentados en este artículo son parte de una amplia investigación que analiza las relaciones entre los ministros de Salud de Brasil y su influencia en el SUS desde la perspectiva del análisis documental y la historia oral. Se espera que esta iniciativa estimule el desarrollo de estudios que eventualmente se propongan analizar discursos no solo en el campo de la salud e incluso guiados por diferentes perspectivas teórico-metodológicas.

REFERÊNCIAS

- ABBAGNANO, Nicola. **Dicionário de Filosofia**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.
- ALBUQUERQUE, Carlos Cesar Silva de. **Discurso de Posse do Ministro da Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, mar. 1997. Divulgação n. 7.
- ALESSIO, Maria Martins; SOUSA, Maria Fátima de. Programa Mais Médicos: elementos de tensão entre governo e entidades médicas. **Interface**, Botucatu, v. 21, supl. 1, p. 1143-1156, 2017. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0396>.
- ARAÚJO, Carmen Emmanuely Leitão. **Estado e mercado, continuidade e mudança: a dualidade da política de saúde nos governos FHC e Lula**. Tese (Doutorado em Ciência

- Política) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUOS-B33M3G/1/tese_dcp_ufmg_carmem_leit_o_biblioteca_arial.pdf. Acesso em: 8 mar. 2021.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Galeria dos Ministros**. 2014. Disponível em: <http://bvs.saude.gov.br/promocao-da-saude-3/83-galeria-dos-ministros>. Acesso em: 10 out. 2020.
- BRASIL. CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Decreto n. 70.274, de 9 de março de 1972**. Aprova as normas do cerimonial público e a ordem geral de precedência. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 1972. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-70274-9-marco-1972-418937-norma-pe.html>. Acesso em: 8 mar. 2021.
- CASTRO, Marcelo. **Discurso: Marcelo Castro, Ministro da Saúde**, 6 out. 2015. Disponível em: <https://portalquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/06/>. Acesso em: 10 out. 2020.
- CHARAUDEAU, Patrick. **Discurso político**. São Paulo: Contexto, 2018.
- COSTA, Ricardo Cesar Rocha da Costa. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. **Revista de Sociologia e Política**, n. 18, p. 49-71, 2002. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-44782002000100005>.
- DRAIBE, Sônia. A política social no período FHC e o sistema de proteção social. **Tempo Social**, v. 15, n. 2, p. 63-101, 2003. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-20702003000200004>.
- ELIAS, Paulo Eduardo. Reforma ou contra-reforma na proteção social à saúde. **Lua Nova**, n. 40-41, p. 193-215, 1997. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-64451997000200009>.
- FERRATER-MORA, José. **Dicionário de filosofia**. São Paulo: Loyola, 2004.
- FERRAZ, Marcos Bosi e AZEVEDO, Rafael Teixeira. Ministers of Health: short-term tenure for long-term goals?. **Sao Paulo Medical Journal [online]**. v. 129, n. 2 pp. 77-84. 2011.
- FOUCAULT, Michel. **A arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007.
- FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1982.
- FRANÇA, José Rivaldo Melo de; COSTA, Nilson do Rosário. A dinâmica da vinculação de recursos para a saúde no Brasil: 1995 a 2004. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 241-257, 2011. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000100027>.
- FREITAS, Felipe Corral de. O primeiro grande antagonismo entre PSDB e PT. **Opin. Pública**, Campinas, v 24, n.3, p.547-595, set/dez, 2018.
- HEMMI, Ana Paula Azevedo. A Política Nacional de Saúde do Homem por José Gomes Temporão. **Interface**, Botucatu, n. 23, p. 1-12. Número especial. doi: <https://doi.org/10.1590/interface.1810628>.
- IACOMINI JUNIOR, Franco; CARDOSO, Moisés; PRADO JUNIOR, Tarcis. Os “nós” de Temer: uma análise dos discursos de posse de 2016. **Compólitica**, v. 8, n. 1, p. 66-95, 2018. doi: <https://doi.org/10.21878/compolitica.2018.8.1.139>.
- LIMA, Humberto Sérgio Costa. **Discurso de posse: ministro da Saúde Humberto Costa**, 2003. Disponível em: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:XZu8nepZjoJ:www1.uol.com.br/fernandorodrigues/030106/discurso_de_posesaude.doc+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br. Acesso em: 10 out. 2020.
- MACULAN, Benildes Coura Moreira dos Santos; LIMA, Gracinda Angela Borém de Oliveira. Buscando uma definição para o conceito de “conceito”. **Perspectivas em Ciência da Informação**, v. 22, n. 2, p. 54-87, 2017. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-5344/2963>.
- MAINGUENEAU, Dominique. **Discurso e análise do discurso: uma introdução**. São Paulo: Parábola, 2014.

- MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. SUS e seguridade social: em busca do elo perdido. **Saúde e Sociedade**, v. 14, n. 2, p. 39-49, 2005. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902005000200005>.
- MENDES, Áquilas. O fundo público e os impasses do financiamento da saúde universal brasileira. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 4, p. 1183-1197, 2014. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000400006>.
- MENDES, Áquilas; CARNUT, Leonardo. Capitalismo contemporâneo em crise e sua forma política: o subfinanciamento e o gerencialismo na saúde pública brasileira. **Saúde e Sociedade**, v. 27, n. 40, p. 1105-1119, 2018. doi: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902018180365>.
- MENDES, Áquilas; CARNUT, Leonardo; GUERRA, Lucia Dias da Silva. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 224-243, 2018. Número especial. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s115>.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006.
- MONTEIRO, Maria Gabriela. **A mudança de direção nas políticas públicas: atores e estratégias ocultas na implementação do Sistema Único de Saúde**. In: FLEURY, Sônia. Teoria da reforma Sanitária: Diálogos Críticos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018, p.247-290.
- NEGRI, Barjas. **Discurso de posse: ministro da Saúde**. Saúde com justiça: um compromisso a ser mantido, p. 3-7, 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_justica.pdf. Acesso em: 10 out. 2020.
- PADILHA, Alexandre Rocha Santos. **Discurso: posse do Ministro da Saúde Alexandre Padilha**. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 2011. Disponível em: <http://cebes.org.br/2011/01/integra-do-discurso-do-ministro-da-saude-alexandre-padilha-durante-a-cerimonia-de-transmissao-de-cargo/>. Acesso em: 10 out. 2020.
- PAIM, Jairnilson Silva. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>.
- PAIM, Jairnilson Silva. Reforma Sanitária Brasileira (RSB): expressão ou reprodução da revolução passiva? **Planejamento e Políticas Públicas**, n. 49, p. 15-33, 2017. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/8227>. Acesso em: 8 mar. 2021.
- PAIM, Jairnilson Silva. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 10, p. 1927-1936, 2013. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X000995>.
- PAIM, Jairnilson Silva. A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. **Physis**, v. 18, n. 4, p. 625-644, 2008. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312008000400003>.
- PASCH, Dário Frederico; RIGHI, Liane Beatriz; THOMÉ, Henrique Inácio; STOLZ, Eveline Dischkaln. Paradoxos das políticas de descentralização de saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**. v. 20, n. 6, p. 416-22, 2006. Disponível em: <https://scielosp.org/article/rpsp/2006.v20n6/416-422/>. Acesso em: 8 mar. 2021.
- PASSARINHO, Nathalia; MATOSO, Felipe; ALEGRETTI, Laís. Novo ministro quer CPMF permanente e com repasse para a Saúde. **G1**, Brasília, 2 out. 2015. Política. Disponível em: <http://g1.globo.com/politica/noticia/2015/10/novo-ministro-da-saude-quer-cpmf-eterna-e-com-repasse-para-o-setor.html>. Acesso em: 1 nov. 2020.
- PAULA, Ana Paula Paes de. Administração pública brasileira entre o gerencialismo e a gestão social. **Revista de Administração de Empresas**, v. 45, n. 1, p. 36-49, 2005. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-75902005000100005>.
- PIMENTEL, Pedro Chapaval; PANKE, Luciana. Discursos diplomáticos: objeto de pesquisa da

Comunicação Política?. **Intercom**, v. 43, n. 2, p. 53-71, 2020. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-5844202023>.

PISTORI, Maria Helena Cruz. Ethos e pathos no discurso do Ministro-Relator do Supremo Tribunal Federal. **Bakhtiniana**, v. 13, n. 1, p. 71-93, 2018. doi: <https://doi.org/10.1590/2176-457334855>.

REIS, Ademar Arthur Chioro dos. **Discurso de posse: ministro da Saúde Arthur Chioro**, 3 fev. 2014. Disponível em: <http://idisa.org.br/img/File/DISCURSO%20DE%20POSSE%20CHIORO.pdf>. Acesso em: 10 out. 2020.

REIS, Camila Ramos; PAIM, Jairnilson Silva. A saúde nos períodos dos governos Dilma Rousseff (2011-2016). **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 58, p. 101-114, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/29852/1/Artigo%20Jairnilson%20Paim.%202018.pdf>. Acesso em: 8 mar. 2021.

SCHIFFRIN, Deborah. **Approaches to discourse**. Oxford/Cambridge: Blackwell, 1994.

SCHWARZ, Eduardo, GOMES, Romeu; COUTO, Márcia Thereza; MOURA, Erly Catarina de; CARVALHO, Sarah de Araújo; SILVA, Simione Fátima Cesar da. Política de saúde do homem. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, supl. 1, p. 108-116, 2012. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012005000061>.

SERRA, José. **Discurso de posse: ministro José Serra, no Ministério da Saúde**. A reforma administrativa do sistema de saúde, n. 13, p. 28-37, 1998. Disponível em: <http://www.bresserpereira.org.br/documents/mare/cadernosmare/caderno13.pdf>. Acesso em: 10 out. 2020.

TEIXEIRA, Carmen Fontes de Souza; PAIM, Jairnilson Silva. A política de saúde no governo Lula e a *dialética do menos pior*. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 71, p. 268-283, 2005. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406345256005.pdf>. Acesso em: 8 mar. 2021.

TEMPORÃO, José Gomes. Entrevista com o ex-ministro da Saúde José Gomes Temporão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 2061-2068, 2018. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05642018>.

TEMPORÃO, José Gomes. **Discurso de posse: Dr. José Gomes Temporão**, ministro da Saúde, 19 mar. 2007. Disponível em: <http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/arq5068.pdf>. Acesso em: 10 out. 2020.