

A saúde na agenda política análise das candidaturas à presidência da república em 2014

Liz Duque Magno
Jairnilson Silva Paim

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

MAGNO, L.D., and PAIM, J.S. A saúde na agenda política: análise das candidaturas à presidência da república em 2014. In: TEIXEIRA, C.F., comp. *Observatório de análise política em saúde: abordagens, objetos e investigações* [online]. Salvador: EDUFBA, 2016, pp. 73-112. ISBN 978-85-232-2021-1. <https://doi.org/10.7476/9788523220211.0004>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

A SAÚDE NA AGENDA POLÍTICA análise das candidaturas à presidência da república em 2014¹

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS), como uma macropolítica de saúde, foi implantado numa conjuntura adversa que favoreceu o projeto neoliberal, cujas relações entre Estado e sociedade se apresentavam em bases distintas das formuladas pela Reforma Sanitária Brasileira (RSB). (FLEURY, 2008)

O início do primeiro governo Lula, em 2003, manteve o projeto neoliberal e a política macroeconômica dos governos anteriores, ainda que buscasse ampliar os gastos públicos com políticas sociais. Esse momento trouxe para o movimento da RSB a expectativa de retoma-

¹ Este capítulo é resultante da dissertação de mestrado da primeira autora, *Dos clamores das ruas aos rumores no congresso: uma análise da conjuntura recente da saúde no Brasil*, aprovada em 2015, que faz parte do projeto "Análise do processo da Reforma Sanitária Brasileira no período de 2007 a 2016" (processo n.º: 303780/2013-4) e articula-se com o projeto "Análise de Políticas de Saúde no Brasil (2003-2017)" (processo n.º: 405071/2013-2), ambos apoiados pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Trata-se de um estudo qualitativo de análise de conjuntura.

da das bases do seu projeto original diante da eleição de um governo oriundo das lutas dos trabalhadores. Entretanto, os programas priorizados foram políticas focalizadas de transferência de renda que visavam à redução da pobreza, ao invés do fortalecimento da seguridade social estabelecida pela Constituição de 1988. (PAIM, 2013)

O segundo mandato do governo Lula e o primeiro governo Dilma adotaram o chamado “neodesenvolvimentismo”, assentado numa política econômica e social que visa ao crescimento econômico e ao desenvolvimento do capitalismo brasileiro com alguma transferência de renda, sem romper com os limites impostos pelo neoliberalismo, ou seja, desenvolvimentismo possível dentro do neoliberalismo. (BOITO, 2012) Para este autor, as principais características desse modelo são: políticas de valorização do salário mínimo e de transferência de renda, ampliando o poder de consumo das classes populares; elevação da dotação orçamentária do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) para financiamento de grandes empresas nacionais a juros favorecidos ou subsidiados; apoio à exportação de mercadorias e capitais; política econômica anticíclica nos momentos de crise; e investimento estatal em infraestrutura através de parcerias público-privadas.

Os reflexos dessa agenda na saúde são a redução dos gastos públicos e manutenção do subfinanciamento do SUS associado ao crescimento e fortalecimento do setor privado. (BAHIA, 2010; PAIM, 2013) Na mesma lógica em que o grande capital ganha com o “neodesenvolvimentismo” em outros setores, na saúde cresceram os planos e seguros privados, a incorporação de tecnologias de alto custo, a abertura para exploração do capital internacional e a financeirização do setor. (BAHIA, 2013; MACHADO; BAPTISTA; LIMA, 2012; VIANA, 2013)

Seria de esperar que esses projetos em disputa na sociedade brasileira fossem explicitados no cenário eleitoral de 2014. Publicações como a Nova Agenda Social (BACHA, SCHWARTZMAN, 2011), propondo a atualização e intensificação das reformas neoliberais da década de 1990, ao lado das diretrizes para a prospecção estratégica

do sistema de saúde brasileiro (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2012), apostando na continuidade do neodesenvolvimentismo, já antecipavam os debates. (PAIM, 2013)

Nessa perspectiva, torna-se relevante a realização de estudos que contribuam para a observação do processo político em saúde, analisando como se enfrentam as forças sociais diante dessa questão e quais são os projetos políticos em disputa. Portanto, a RSB, admitida como um processo (PAIM, 2008), aponta a necessidade de novas investigações considerando a conjuntura recente.

A agenda política de um país é conformada ao longo de um processo onde os diversos sujeitos interagem disputando a prioridade do Estado. Em períodos eleitorais, parte dessa agenda é incorporada pelas candidaturas que, de acordo com seus projetos de sociedade e as frações de classe que representam, circunscrevem as mais variadas formas de dar respostas aos seus governados. Desse modo, apareceram algumas questões de investigação: qual o lugar ocupado pela saúde na agenda política das principais forças que disputaram as eleições presidenciais de 2014? Que relações poderiam ser verificadas entre a saúde, os projetos políticos em disputa, a RSB e as distintas concepções do SUS?

Neste capítulo visamos analisar o lugar ocupado pela saúde na agenda política das principais candidaturas à presidência da República do Brasil, durante as eleições de 2014. Apresenta os seguintes objetivos específicos:

- a. analisar a agenda política das principais candidaturas à presidência;
- b. identificar possíveis relações entre as proposições apresentadas para a saúde, o projeto da RSB e as distintas concepções do SUS.

Notas metodológicas

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

Analisar uma conjuntura é examinar um conjunto de relações de forças contraditórias, onde as forças econômicas operam como um limite de variação. A análise mostra quais são os pontos de menor resistência, a partir do conhecimento do desenvolvimento desigual das relações de força em cada um dos níveis que articuladamente compõem o social, determinado por múltiplas relações, como um produto de atores sociais que se opõem e articulam entre si e possuem distintos graus de organização e coerência. (PORTANTIERO, 1983)

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

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

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

Souza (1985) considera que os acontecimentos são os fatos que, por sua dimensão e seus efeitos, afetam milhões de pessoas, a sociedade em seu conjunto e que, tão fundamental quanto situar um acontecimento e apreender o seu sentido, é perceber quais as forças, os movimentos, as contradições e as condições que o geraram. Para esse autor, o cenário é o espaço onde as tramas sociais e políticas se desenvolvem e cada um deles apresenta particularidades que influenciam o desenvolvimento da luta, sendo a mudança de cenário uma importante indicação de mudanças no processo. No entanto, historiadores como Carr (2002) e Schaff (1995) utilizam, com finalidade semelhante, o conceito de “fato histórico” para se referir às manifestações da vida dos indivíduos e das sociedades escolhidas, dentre outras, por possuírem relações de causa e efeito que produzem mudanças em uma totalidade, tornando-se assim acontecimentos relevantes. A sociologia, a partir dos seus autores clássicos, considera os “fatos sociais” (DURKHEIM, 2007) como aqueles que produzem efeitos sobre os indivíduos, determinando seus comportamentos e regras de funcionamento das sociedades. Dessa forma, foram elencados para a análise os fatos produzidos considerados relevantes na conjuntura do período de estudo.

Considerando que a agenda política das candidaturas à presidência da república é forjada ao longo de um processo de contradições e tensões sociais, a definição desse período deveu-se:

1. às manifestações populares ocorridas no Brasil, a partir de junho de 2013, como um fato relevante na conjuntura política;
2. ao ano eleitoral em que foram apontados os rumos da grande política no país e, por consequência, das políticas de saúde.

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

- c. Fontes utilizadas – Mídia: notícias e informações sobre a questão saúde no Brasil, Eleições 2014, fatos e acontecimentos no cenário político, divulgadas nos veículos de comunicação de grande circulação, com prioridade para os veículos de circulação nacional, e nos específicos da área da saúde. Foram considerados canais de televisão aberta, jornais e revistas impressos e digitais, *sites* e *blogs* de notícias, além de redes sociais. Coligações/candidaturas: foram analisados os programas de governo das três principais candidaturas à presidência da república divulgados por material impresso, digital e audiovisual, programas eleitorais oficiais nas televisões, debates entre os candidatos, entrevistas e declarações dos candidatos na mídia, *site* de campanha e redes sociais. Entidades da saúde: debates, entrevistas, posicionamentos, declarações e documentos produzidos pelas principais entidades e sujeitos coletivos envolvidos no processo da RSB, como Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e Conselho Nacional de Saúde (CNS). Além dessas, foram consideradas as entidades representativas de corporações profissionais, de seguradoras e planos privados de saúde, prestadores de serviços como o Conselho Federal de Medicina (CFM)

Associação Médica Brasileira (AMB), Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp), Confederação Nacional das Empresas de Seguros Gerais, Previdência Privada e Vida, Saúde Suplementar e Capitalização (CNseg), Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), dentre outras.

- d. Registro dos dados – Os dados produzidos a partir das fontes consultadas foram armazenados em arquivos impressos e/ou digitalizados de acordo com o tipo de mídia utilizada. Os dados digitalizados, por sua vez, foram organizados e categorizados em pastas, e em sequência gravados em HD externo pertencente ao grupo de pesquisa e disponibilizados para consultas posteriores dos demais pesquisadores. As notícias de jornais e revistas impressos foram catalogadas, armazenadas em arquivo pessoal e posteriormente digitalizadas. As notícias de jornais, revistas, *blogs*, *sites* institucionais e plataformas de pesquisas disponibilizadas na internet foram salvas diretamente da fonte em formato PDF, assim como os materiais de campanha eleitoral divulgados nos *sites* e páginas das redes sociais dos candidatos à presidência. As notícias veiculadas através de telejornais, os pronunciamentos de autoridades, propagandas eleitorais gratuitas dos candidatos, entrevistas, debates e demais materiais audiovisuais utilizados foram acessados através da plataforma de vídeos YouTube (www.youtube.com) e capturados através do programa aTubeCatcher. Da mesma forma, foram classificados e armazenados. Também foram utilizadas as notícias disponibilizadas pelo *site* Saúde na Mídia através do *clipping* do dia. Os arquivos gerados em PDF foram consultados separando por veículos (considerados os de circulação nacional), repercussão e relevância para a política de saúde.

Os dados produzidos foram examinados a partir de categorias de análise, citadas a seguir, indicadas no quadro teórico adotado e nas leituras dos documentos e fontes consultadas: fatos e acontecimentos produzidos; cenários (sociedade civil e sociedade política);

relação de forças; Reforma Sanitária Brasileira (conceito de saúde, modelos de atenção, concepção do SUS, definição das prioridades em saúde).

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

Não era primavera, mas o asfalto floriu: as jornadas de junho de 2013

*Uma flor nasceu na rua!
Passem de longe, bondes, ônibus, rio de aço do tráfego.
Uma flor ainda desbotada
ilude a polícia, rompe o asfalto.
Façam completo silêncio, paralitem os negócios,
garanto que uma flor nasceu.*

É feia. Mas é uma flor. Furou o asfalto, o tédio, o nojo e o ódio.
(Carlos Drummond de Andrade, *A rosa do povo*, 2012).

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

As manifestações ocorridas no dia 17 de junho cresceram mais do que qualquer analista político poderia supor e tomaram conta

das principais capitais brasileiras: “É tanta coisa errada que não cabe em um cartaz”; “quero dinheiro pra saúde e educação”; “era um país muito engraçado, não tinha escola, só tinha estádio”; “Passe livre, Já!”; “hospital padrão-FIFA”. (VEJA..., 2013) Eram pautas que versavam sobre os direitos sociais e a ética na política. (CHAUÍ, 2013; VIANA, 2013) Apesar de toda a complexidade e diversidade, as manifestações possuíam como ponto em comum o desejo da população por mais serviços públicos e de melhor qualidade através da atuação de um Estado social. (MAIOR, 2013)

Para Singer (2013), apesar de uma heterogeneidade na composição social dos que ocuparam as ruas, é possível perceber uma maioria jovem, representante de uma “nova classe trabalhadora” que, segundo ele, teria sido beneficiada pelos programas sociais dos governos petistas, adentrando as universidades através de programas de expansão do ensino superior, mas ocupando postos de trabalho com baixas remunerações e alta rotatividade. Já Braga (2013) ao se referir a essa mesma fração da classe trabalhadora utiliza a expressão “precariado”, ao inferir sobre as condições de vida dessas pessoas, que após a conquista do mercado formal de trabalho, mesmo com maior escolaridade, recebem baixos salários e convivem com a caótica organização das cidades, especialmente nas periferias onde enfrentam a repressão policial.

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

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

[...]

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

[...]

Quero contribuir para a construção de uma ampla e profunda reforma política, que amplie a participação popular.²

Na sequência, em reunião com os governadores e prefeitos das capitais, apresentou “os cinco pactos em favor do Brasil”. O primeiro pacto se referia à responsabilidade fiscal; o segundo, à construção de uma ampla reforma política; o terceiro estava relacionado à saúde; o quarto, à mobilidade urbana; e o quinto foi o pacto pela educação. (DISCURSO..., 2013)

Especificamente sobre a saúde, a proposta solicitava que prefeitos e governadores acelerassem os investimentos já contratados em hospitais, unidades de pronto atendimento e unidades básicas de saúde, inclusive hospitais filantrópicos, propondo a troca de dívidas por prestação de serviços. Incentivava a ida de médicos para as cidades e regiões com maior necessidade de profissionais, e não havendo médicos brasileiros disponíveis, seria feita a contratação de médicos estrangeiros para atuar exclusivamente no SUS. Tratou também, do que chamou de maior programa de ampliação de cursos de medicina do país.

Essas últimas proposições, compuseram o Programa Mais Médicos, medida prioritária na área da saúde, já anunciada no pronunciamento anterior. Embora responsável por grandes embates com a categoria médica dividindo opiniões, esse programa permitiu, em seu primeiro ano, aumento significativo no acesso aos aten-

² Transcrição dos trechos do pronunciamento em cadeia nacional de rádio e TV da presidente Dilma em 21 de fevereiro de 2013.

dimentos médicos com a disponibilização de aproximadamente 14.500 profissionais (principalmente oriundos de Cuba) em mais de 3.700 municípios. (OLIVEIRA, 2015)

A saúde nos programas das candidaturas à presidência da república em 2014

A elaboração de programas de governo pode sofrer influências e pressões de grupos de interesse, além de apresentar fórmulas de *marketing* para agradar o público sem necessariamente significar um compromisso com tais afirmações. (SCHEFFER; BAHIA, 2014) No entanto, analisar os programas e propostas defendidas pelas coligações que disputam os pleitos eleitorais pode servir como um termômetro para perceber a penetração de temas na agenda política e observar a correlação de forças entre os diversos grupos que compõem a sociedade.

Em pesquisa de opinião no período pré-eleitoral, a saúde era apontada como a principal preocupação para a população brasileira. (DATAFOLHA..., 2014) Assim, procura-se analisar a seguir, o lugar ocupado pela saúde na agenda política das três principais candidaturas presidenciais em 2014, verificando em que medida suas proposições se aproximam ou distanciam do projeto da RSB e se contemplam as necessidades e demandas da população, bem como os desafios do SUS.

As proposições de Dilma Rousseff

O Programa de Governo para a reeleição da presidenta Dilma Rousseff, coligação composta pelos partidos PT, PMDB, PSD, PP, PR, PROS, PDT, PCdoB e PRB,³ registrado no *site* do Tribunal

³ Respectivamente, Partido dos Trabalhadores, Partido do Movimento Democrático Brasileiro, Partido Social Democrático, Partido Progressista, Partido Republicano da Ordem Social, Partido Democrático Trabalhista, Partido Comunista do Brasil e Partido Republicano Brasileiro.

Superior Eleitoral (TSE), em julho de 2014,⁴ apresentou proposições para as áreas de infraestrutura, indústria e comércio, agronegócio, energia, petróleo e gás, meio ambiente, mobilidade urbana e saneamento básico – como primeiro pilar de desenvolvimento – além das políticas de proteção e inclusão social – segundo pilar – contemplando as áreas de desenvolvimento social, segurança pública, habitação, educação e saúde.

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

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

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

É possível observar a adoção de uma concepção ampliada de saúde ao considerar a determinantes sociais do processo saúde-doença:

A melhoria das condições de saúde do povo brasileiro, nos últimos anos, explica-se tanto pela expansão das ações e serviços garantidos pelo SUS como pelo crescimento econômico, pela implementação de política so-

⁴ Disponível em: <http://divulgacand2014.tse.jus.br/divulga-cand-2014/proposta/eleicao/2014/idEleicao/143/UE/BR/candidato/280000000083/idarquivo/194>. Acesso em 13 jul. 14. Identificado no texto como Prg DR.

ciais de combate à pobreza e pelo aumento do acesso a esgoto e água tratada durante os Governos Lula e Dilma. (Prg DR, p.13)

Entretanto, a centralidade das proposições para o setor não corroboram com essa compreensão. O foco é direcionado para promover melhorias na qualidade e amplitude dos serviços de saúde, implicando aprofundar programas já existentes, através de uma re-discussão federativa para aumentar a eficiência do planejamento e evitar a superposição de investimentos entre os entes federativos.

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

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

Os termos “atenção básica” e “atenção primária à saúde” (que mereceram política específica em seu governo anterior) não são mencionados, ficando subentendida a sua relação com o Programa Mais Médicos, sem apresentar possíveis avanços em períodos anteriores, nem os desafios a serem superados. Também não são utilizadas noções como integralidade, promoção da saúde, intersetorialidade, políticas públicas saudáveis.

A qualidade dos serviços de saúde é abordada de forma superficial, sem apontar indicadores que possam elucidar esse aspecto. Prevalece no texto a lógica do acesso à saúde como consumo de serviços e procedimentos, do modelo de atenção hegemônico centrado no profissional médico e nas práticas tradicionais de cura, no

planejamento das ações voltadas para os quadros agudos e demanda espontânea, sem priorizar a qualidade de vida. As propostas não abordam a integração de ações de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, prevenção de riscos e agravos, tratamento e reabilitação através de uma intervenção organizada para resolver as necessidades de saúde da população, visando à integralidade.

Outras lacunas referem-se à ausência de compromissos com a manutenção do direito à saúde e um SUS público alicerçado em seus princípios constitucionais, e as necessidades de ampliação do financiamento considerada por pesquisadores e gestores um nó crítico (PAIM et al., 2011) ao fortalecimento do sistema. O documento produzido pelo PT em seu congresso interno e disponibilizado no site do partido, para subsidiar o programa de governo, apresentava uma formulação mais alinhada com a RSB, abandonada nessa versão oficial, possivelmente, por conta de acordos estabelecidos com aliados, ou ainda por interferência do *marketing* de campanha.

Ao longo da campanha, foram apresentadas as principais ações desenvolvidas na saúde de 2010 a 2014, com grande ênfase para o Programa Mais Médicos. Novas propostas para a saúde foram incorporadas, como o Programa Mais Especialidades, apresentado no horário político eleitoral, visando complementar o Mais Médicos para facilitar o acesso a exames e consultas com especialistas. A proposta previa a criação de uma rede de clínicas e serviços especializados em todas as regiões do país, integradas por unidades do sistema público já existentes ou que seriam construídas e por clínicas privadas ou instituições filantrópicas.

No quinto dia de propaganda eleitoral gratuita na televisão, especificamente dedicado à saúde, a candidata fez uma avaliação positiva dos investimentos na área, nos últimos anos, e apresentou os seguintes desafios:

De 2002 pra cá, aumentamos o orçamento da saúde em 97% em termos reais. Garanti por lei que 25% dos recursos do petróleo sejam investidos dentro de pouco tempo na saúde. [...] São necessários muitos passos adiante para criarmos um sistema de saúde de qua-

*lidade no país. O mais urgente é combater a demora na realização de exames e consultas com especialistas. Temos problemas graves de acesso a médicos especializados em coração, em ortopedia, pulmão, em todas outras áreas e também para realizar exames laboratoriais e especializados. É aí que pretendo avançar como nunca nos próximos quatro anos e por isso, vou criar o Programa Mais Especialidades.*⁵

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

Outra questão, foi a inserção das clínicas e serviços privados e filantrópicos dentro da proposta de organização da rede de serviços do Mais Especialidades, evidenciando o seu compromisso com a incorporação do setor privado na organização dos serviços de saúde como parte fundamental e não apenas suplementar ao SUS. Pode indicar uma incorporação das propostas apresentadas pelo *Livro branco da saúde*, documento da Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP) entregue aos candidatos à presidência da república (ANAHP, 2014), que previa “estimular a coordenação e integração entre os setores público e privado” e “ampliar a participação do setor privado na formulação e implantação das Políticas Nacionais de Saúde”.

⁵ Transcrição do vídeo da propaganda eleitoral.

As proposições de Aécio Neves

O Programa de Governo de Aécio Neves, coligação composta pelos partidos PSDB, PMN, SD, DEM, PEN, PTN, PTB, PTC, PTdoB,⁶ registrado no *site* do TSE em julho de 2014,⁷ teria sido elaborado através da interlocução de especialistas nas mais diversas áreas da política pública como um ponto de partida para um processo de amplos debates com a sociedade brasileira em seus diversos segmentos, nas variadas esferas que compõem a vida pública, propondo a participação popular inclusive através de mecanismos virtuais.

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

A saúde foi abordada em um capítulo específico (as políticas que compõem o sistema de seguridade social foram debatidas separadamente em capítulos diversos). Inicialmente, o SUS foi enaltecido como “uma das grandes políticas de inclusão social da história do Brasil” (Prg NA, p. 58), que teria sido viabilizada pelos governos de Fernando Henrique Cardoso (FHC), informação questionada por autores que atribuem às políticas neoliberais nos governos FHC a implementação de um SUS distante do constitucional, bem como a redução do conceito de cidadania aplicado às políticas sociais. (FLEURY, 2008; MACHADO; BAPTISTA; LIMA, 2012; PAIM, 2008)

O programa indicava que a baixa remuneração dos procedimentos realizados pelas redes pública, filantrópica ou privada complementar, assim como a destinação do orçamento federal insuficiente nos últimos 12 anos, seriam responsáveis pela ineficiência e baixa

⁶ Respectivamente, Partido da Social Democracia Brasileira, Partido da Mobilização Nacional, Solidariedade, Democratas, Partido Ecológico Nacional, Partido Trabalhista Nacional, Partido Trabalhista Brasileiro, Partido Trabalhista Cristão e Partido Trabalhista do Brasil.

⁷ Disponível em: <<http://divulgacand2014.tse.jus.br/divulga-cand2014/proposta/eleicao/2014/idEleicao/143/UE/BR/candidato/280000000085/idarquivo/229?x=1404680555000280000000085>>. Acesso em: 13 jul.14. Identificado ao longo do texto como Prg AN.

qualidade dos serviços de saúde. Nesse aspecto, trouxe dados que confrontaram os apresentados pela campanha da presidenta Dilma à reeleição e se somaram às críticas sobre o baixo financiamento para a saúde que vem sendo explicitada por pesquisadores (PAIM et al. 2011), gestores (BRASIL, 2014) e articulações da sociedade como o Movimento Saúde Mais Dez.

Para resolver a questão do financiamento, a proposta apresentada foi uma tentativa de diálogo com entidades da RSB, porém o texto deixa dúvida a possibilidade de cumprimento da proposta derivada da Emenda Popular:

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

Considerando a proposta de reforma tributária apresentada, onde questionavam a viabilidade da carga tributária para o financiamento de políticas sociais e propunham forte redução do número de impostos e contribuições, permanece em aberto quais seriam as fontes utilizadas para ampliação do financiamento para a saúde.

O texto do programa afirmava que “O fortalecimento do SUS será a permanente prioridade do governo na área da saúde” (Prg AN, p. 58), embora não deixasse explícito o que pretendia para o seu funcionamento. Vale lembrar que o *Livro branco da saúde* (ANAHP, 2014) também apontava como sua primeira proposta, a necessidade de fortalecimento do SUS, estimulando a coordenação e a integração entre os setores públicos e privados.

Princípios constitucionais, a exemplo da universalidade, não são reafirmados pelo programa. Algumas das 36 diretrizes apresentadas para a saúde trazem implícita uma concepção de SUS para os mais pobres e planos ou seguros de saúde para os que podem pagar,

assimilando a lógica de “cobertura universal” proposta por organismos internacionais como Banco Mundial, Fundação Rockefeller e Organização Mundial da Saúde (OMS) (FRENK, 2015; NORONHA, 2013; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2013; TITELMAN; CETRÁNGOLO; ACOSTA, 2015):

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

[...]

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

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

A terceira diretriz “o novo modelo de gestão da saúde se baseará na criação de redes assistenciais integradas de saúde, que permitirão o melhor uso possível dos recursos de saúde – públicos, privados e filantrópicos – ao nível de cada região” (Prg NA, p. 59), assemelha-se à proposta do Mais Especialidades da candidata petista, no sentido de construir redes regionalizadas que possibilitem o acesso à média e alta complexidade envolvendo os diversos serviços existentes e reafirmando a necessidade de aproximação entre os setores público e privado, assim como proposto pela ANAHP e outras organizações do setor. Propostas de modernização da gestão pública através de ferramentas, indicadores e práticas característicos do setor privado, podem reforçar essa ideia.

É possível observar nas formulações, a incorporação de termos adotados pelo SUS, como novo modelo assistencial com cuidado longitudinal; promoção da saúde e hábitos saudáveis de vida; ações

intersetoriais; desospitalização; fortalecimento da saúde da família como porta de entrada do Sistema; fortalecimento do controle social; além da utilização de dados epidemiológicos para propor ações em saúde para grupos específicos. No entanto, esses termos são contrapostos em seus significados pelas expressões “mutirões de cirurgias eletivas”, “eficiência”, “padrões de qualidade e processos otimizados para controle interno”, “autonomia de gestão”, “parceria público-privada e com terceiro setor”.

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

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

Durante a campanha, foi divulgado um segundo Programa de Governo, mais completo, onde o texto sobre saúde iniciava afirmando que a mesma era a maior preocupação dos brasileiros segundo pesquisas de opinião e que, portanto, “a organização e qualificação do sistema de saúde devem ser agenda central de todas as esferas go-

vernamentais e da sociedade civil organizada”⁸ (Prg AN2, p. 109) associadas ao investimento consistente em saneamento, considerado o setor mais carente da infraestrutura social. Criticava as medidas do governo Dilma para o setor adjetivando-as de “improvisos”, “paliativos”, “presididas pelo *marketing*” justificando que a sua principal marca “se resumiu a importação de médicos estrangeiros [...] desprezou [o programa] os médicos brasileiros e a certificação da qualidade do atendimento à população”. (Prg AN2, p. 111)

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

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

Como alternativa para superar os impasses do SUS, foi defendida uma forte liderança para conduzir um “choque de gestão”, mais recursos, mudança do modelo de atenção e eficiente regulação da incorporação tecnológica. Outra mudança a ser considerada foi a

⁸ Plano de Governo de Aécio Neves e Aloysio Nunes disponíveis em: <http://campanha2014.aecioneves.com.br/downloads/plano-de-governo/plano_governo.pdf>. Acesso em 15 out. 2014. Identificado ao longo do texto como Prg AN2.

utilização do termo carreira nacional do SUS, para todos os profissionais de saúde, em substituição à proposta anterior de carreira nacional para médicos. Esta seria construída a partir de diálogo com estados, municípios e entidades representativas das categorias profissionais visando superar a precarização do trabalho e a instabilidade do mercado de trabalho em saúde. Também foi incluída a proposta que objetivava a profissionalização da gestão das entidades ligadas ao Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e ANS, priorizando a eficiência, a meritocracia, sem arranjos partidários considerados patrimonialistas e clientelistas.

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

No programa de TV especialmente dedicado à saúde no primeiro turno (exibido em 2 de setembro de 2014), além de apresentar suas realizações em Minas Gerais, Aécio se comprometeu com a criação de “500 centros integrados de saúde chamados Saúde de Uma Vez, para agilizar o atendimento à saúde em todas as regiões do Brasil”⁹

Outras propostas bastante propagandeadas foram referentes à distribuição de medicamentos e ampliação do Programa de Saúde

⁹ Transcrição da propaganda eleitoral exibida em 2 set. 2014.

da Família (PSF), fazendo alusão ao programa focalizado do governo FHC e desconsiderando a concepção da Estratégia Saúde da Família. As imagens comumente utilizadas nos materiais visuais apresentavam objetos classicamente associados à saúde pela maioria da população como remédios, seringas, estetoscópios, ambulâncias, hospitais e cruzeiros vermelhas, reforçando o modelo assistencial hegemônico, supostamente criticado pelo seu programa.

Numa visão geral, são perceptíveis as diversas contradições do programa dessa coligação. A incorporação do discurso de sanitaristas na tentativa de dialogar com parte dos segmentos que defendem o SUS pode converter-se em retórica ao analisar as proposições que discutem gestão pública com incorporação e fortalecimento do setor privado, políticas sociais focalizadas e perspectiva do cuidado centrado na prática médica. A análise das proposições para a área econômica com protagonismo do mercado na determinação do papel do Estado também podem dar pistas de qual seria o projeto realmente implementado caso fosse esse o programa vencedor.

De Eduardo Campos à Marina Silva: programa de governo da coligação Unidos pelo Brasil

A Coligação “Unidos pelo Brasil”, composta pelos partidos PHS, PRP, PPS, PPL, PSB e PSL,¹⁰ tinha em sua liderança o ex-governador de Pernambuco Eduardo Campos e como vice Marina Silva, ambos do PSB. A ex-senadora e candidata a presidência em 2010 veio para o partido após a aliança programática construída quando a Rede Sustentabilidade teve o seu pedido de registro eleitoral indeferido. O programa registrado no TSE¹¹ estava estruturado em cinco eixos estratégicos: Estado e a democracia de alta intensidade; economia para

¹⁰ Respectivamente, Partido Humanista da Solidariedade, Partido Republicano Progressista, Partido Popular Socialista, Partido Pátria Livre, Partido Socialista Brasileiro e Partido Social Liberal.

¹¹ Programa de governo da Coligação “Unidos pelo Brasil” registrado em julho de 2014 junto ao TSE e disponível em: <<http://divulgacand2014.tse.jus.br/divulga-cand-2014/proposta/eleicao/2014/idEleicao/143/UE/BR/candidato/280000000063/idarquivo/108>>

o desenvolvimento sustentável; educação, cultura e inovação; políticas sociais e qualidade de vida; e novo urbanismo e pacto pela vida.

Das três principais candidaturas, apenas essa coligação compreendia a saúde como parte do sistema de seguridade social, trazendo as propostas para essa área no eixo destinado às políticas sociais. Destacava que “o sistema de seguridade social é uma das mais importantes conquistas do período democrático e tem um papel fundamental na melhoria da qualidade de vida de nossa população”. (Prg EC, p. 44) Essa inserção, traz uma compreensão diferenciada de saúde como parte das políticas de inclusão social, cidadania e felicidade, não apenas como um setor produtivo, ou como oferta de serviços e procedimentos.

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

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

?x=14098661770002800000000063>. Acesso em 13 jul. 2014. Identificado ao longo do texto como Prg EC.

Para a sustentabilidade do SUS, foram apresentadas como propostas o aperfeiçoamento dos serviços de saúde e seu adequado financiamento, onde previa “aumentar os gastos federais com ações e serviços públicos de saúde tendo como base a Receita Corrente Bruta (RCB) da União”. (Prg EC, p. 44) Apesar de utilizar o termo “Receita Corrente Bruta”, não se comprometia explicitamente com a proposta de 10% da RCB para a saúde apresentada através do projeto de lei de iniciativa popular PLP 321/2013 e não fixava em quanto deveria ser o financiamento para a saúde em seu governo, caso vitorioso. Criticava os gastos em saúde do Governo Federal trazendo informes que apontavam uma redução do investimento em saúde de 2000 a 2011 em termos proporcionais ao que foi investido por estados e municípios, contradizendo os dados apresentados pela candidata à reeleição quando afirmava que houve crescimento de investimentos no setor.

Outras propostas como a regulação de serviços de distinta complexidade, a pactuação entre níveis de governo, as relações com os serviços suplementares de saúde (iniciativa privada) e com os profissionais de saúde, também foram apresentadas sem especificar como poderiam ser viabilizadas.

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

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

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

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

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

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

Antes que a campanha eleitoral ganhasse corpo e chegasse às propagandas de TV, um trágico acidente, em 13 de agosto de 2014, interrompeu o percurso dessa coligação, levando a óbito o seu representante majoritário Eduardo Campos e parte dos seus assessores. Trecho de sua entrevista ao *Jornal Nacional* no dia anterior à sua morte “Não vamos desistir do Brasil” passou a ser o grande mote de campanha da nova chapa configurada com Marina Silva como candidata a presidência, acompanhada por Beto Albuquerque (PSB-RS), candidato a vice.

O programa de governo da nova chapa registrado no TSE foi basicamente o mesmo, visto que foi construído como uma aliança programática entre os partidos que compunham a coligação que man-

teve o mesmo nome e a mesma composição. Os trechos dedicados à saúde permaneceram inalterados. Logo em seguida, foi divulgado no *site* da campanha uma versão mais ampliada do programa inicial.

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

O atendimento à saúde é a primeira das queixas e das aspirações dos brasileiros. O atendimento médico-hospitalar não satisfaz, e o trabalho de controle de doenças e de redução de indicadores de mortalidade – que o Sistema Único de Saúde (SUS) tem contribuído para mudar para melhor – não é notado quando exitoso, apenas quando falha. A percepção do cidadão sobre o sistema público de saúde é pautada pela visão de uma medicina de alta tecnologia e de caráter hospitalar – à qual ele, efetivamente, tem dificuldade de acesso. (Prg MS, p. 155)¹²

O texto mantinha os elementos do programa anterior, aprofundando as informações trazidas através de dados, indicadores e gráficos. Apresentava o SUS com um breve histórico da sua implementação, pontuava como princípios fundamentais as diretrizes do sistema (hierarquização, descentralização, regionalização, participação e controle social) e afirmava que “saúde é um direito da população e um dever do Estado”. (Prg. MS, p. 156) Foi feita uma avaliação detalhada dos gastos em saúde desde a década de 1980, através de gráficos comparativos de investimentos da união, estados e municípios;

¹² Programa de governo da Coligação “Unidos pelo Brasil” divulgado no site de campanha, disponível em <[http://campanha.marinasilva.org.br/programa/#!/>](http://campanha.marinasilva.org.br/programa/#!/). Acesso em: 30 set. 2014. Identificado ao longo do texto como Prg MS.

foram apresentados indicadores de saúde como a redução da mortalidade infantil e materna, resultados do PSF e quantitativo de ações e procedimentos realizados. Esses dados pareciam revelar o intuito de contribuir para a valorização do SUS como uma política exitosa, ainda que não consiga atender plenamente aos seus objetivos. “Apesar de seus problemas, o SUS contribuiu para elevar o IDH [Índice de Desenvolvimento Humano] do Brasil de 0,493 (muito baixo) para 0,727 (alto) em duas décadas.” (Prg. MS, p. 157)

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

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

Numa observação sobre o Programa Mais Médicos, foi considerado uma medida emergencial, embora passível de críticas. Reconhecia a escassez de profissionais com perfil generalista e interesse em tra-

balhar com comunidades pobres das periferias das grandes cidades e afastadas dos centros urbanos e acreditava que investir na formação de novos profissionais de acordo com as necessidades do país e não segundo às regras de mercado seria essencial para enfrentar esse desafio e consolidar um novo modelo de atenção à saúde, que não demanda só por médicos, mas por profissionais de saúde em geral.

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

Para enfrentar esses desafios são apresentadas as seguintes propostas:

Liderar a construção de um pacto nacional em torno de uma política de desenvolvimento de recursos humanos para o SUS; Assegurar a fixação dos profissionais da saúde [...]; Apoiar (técnica e financeiramente) a elaboração de planos de cargos e salários a fim de estruturar carreiras de Estado para profissionais de saúde, com salários dignos, progressão e prestígio profissional. (Prg. MS, p. 163)

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

O programa de Marina Silva foi o mais completo em suas formulações, apresentando propostas para cada tópico específico, assentadas em dados, indicadores e apontando as estratégias que precisariam ser adotadas para viabilizá-las. No que diz respeito à saúde, foi dentre os programas analisados, o que mais se aproximou dos valores e concepções do SUS defendidos pelo movimento da RSB, embora

suas proposições para a política econômica deixassem dúvidas quanto à real aplicabilidade das proposições para as políticas sociais.

Interseções e descompassos entre os projetos políticos

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

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

Quadro 1 – Síntese das propostas apresentadas para a saúde pelas três principais candidaturas à presidência da república em 2014

Categoria / Coligação	“Com a Força do Povo” Dilma Rousseff	“Muda Brasil” Aécio Neves	“Unidos pelo Brasil” Eduardo Campos / Marina Silva
Prioridade dos programas	Desenvolvimento, Crescimento econômico e Educação	Política Macroeconômica, “choque de gestão”	Desenvolvimento Sustentável e Reforma Política/ Democracia
Propostas prioritárias para a saúde	Criação do Programa Mais Especialidades e expansão do Programa Mais Médicos	Aumento do Financiamento, construção de centros integrados de saúde e incentivo a abertura de consultórios populares	Aumento do Financiamento, atenção integral à saúde e qualidade de vida
Compreensão de saúde predominante	Acesso a serviços, consultas, exames e procedimentos	Acesso a serviços, consultas, exames e procedimentos	Articulação entre políticas públicas saudáveis e acesso a serviços de saúde
Modelo de Atenção à saúde	Hegemônico: médico assistencial	Hegemônico: médico assistencial e sanitaria	Integração de ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação
Promoção da Saúde	Não foi abordada diretamente. Melhoria das condições de vida, urbanização e saneamento	Promoção de hábitos saudáveis; urbanização e saneamento	Políticas públicas intersetoriais e promoção de hábitos saudáveis

Atenção Primária à Saúde	Expansão do Programa Mais Médicos; construção e reestruturação de Unidades Básicas	Porta de entrada no sistema; expansão do PSF nas regiões mais pobres	Porta de entrada e eixo estruturante do sistema; universalização efetiva do PSF; destinação de 30% do orçamento da saúde
Atenção Especializada	Prioridade. Rede de clínicas e serviços especializados; expansão do atendimento a urgências e emergências e política de medicamentos	Rede de atenção integradas, centros integrados de saúde e consultórios populares; acesso a medicamentos	Ampliação da rede hospitalar e oferta de leitos, construção de maternidades e policlínicas
Desafios na gestão e organização dos serviços	Pacto interfederativo, fortalecimento de programas existentes	Pacto interfederativo; eficiência, metas, protocolos padronizados, ações programáticas em saúde, controle de gastos desnecessários	Pacto interfederativo
Financiamento	Aumentado em 97%, em termos reais, desde 2002. 25% dos royalties do pré-sal para a saúde; não se compromete com aumento ou outras fontes de financiamento	Insuficiente. 10% das RCB ou proposta similar de aumento progressivo; reestruturação do modelo de pagamento por tabela de procedimentos	Insuficiente. 10% das RCB gradualmente em 4 anos; rejeição da DRU no orçamento da seguridade social

Relação com o setor privado	Parte da Rede de serviços articulada e integrada ao SUS	Parceiros na prestação e gestão indireta dos serviços; fortalece o papel de regulação do Estado	Convênios com prestadores de serviços para a contratação de leitos com rigoroso critério de qualidade
Política de recursos humanos em saúde	Aborda superficialmente através do programa Mais Médicos a formação de médicos generalistas, ampliação do número de vagas em Medicina priorizando regiões onde existem vazios assistenciais	Carreira nacional do SUS; política de formação com ênfase em especialidades mais necessárias; incentivos para a fixação de profissionais; profissionalização da gestão federal	Pacto nacional para política de desenvolvimento de RH para o SUS; apoio para elaboração de planos de carreira; Formação de profissionais generalistas; serviço civil solidário em saúde

Fonte: Magno (2015).

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

As posições quanto ao financiamento do SUS exibiram incongruências entre os dados apresentados pelas três candidaturas, talvez pela utilização de memórias de cálculos diferenciadas. Os candida-

tos da oposição reafirmavam o financiamento insuficiente e se comprometiam com as pautas populares numa tentativa de confrontar a candidata à reeleição. Entretanto, nenhuma candidatura definiu objetivamente quais seriam as novas fontes de recursos, uma delas, inclusive, apontava a redução de tributos para as políticas sociais. Dados semelhantes foram encontrados por Scheffer e Bahia (2014) em seu estudo, acrescentando que a relação entre as políticas macroeconômicas e sociais não era apresentada claramente, nem propostas visando refazer as contas do setor quanto às renúncias fiscais e isenções tributárias responsáveis por repasses de dinheiro público para financiar o setor privado.

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

Outra semelhança entre as campanhas foi a aproximação com o setor privado na saúde, seja através da proposição de parcerias público-privadas, na incorporação de serviços privados e filantrópicos à estrutura das redes assistenciais de saúde, na inclusão de planos e seguros de saúde nos indicadores de cobertura, ou ainda pela utilização de suas estratégias de gestão e lógica de organização de serviços. A candidatura de Marina Silva era mais sutil em expor essa relação. A aproximação com o setor privado evidencia a compreensão de coexistência entre dois sistemas de saúde no Brasil, o público e o privado, caracterizando a saúde como um setor da economia passível de exploração, inclusive sob financiamento do Estado.

Uma evidência desse fato é a assimilação, pelas candidaturas, da agenda dos empresários da saúde materializada através do *Livro branco da saúde* (ANAHP, 2014), enquanto que a agenda do movimento da RSB apresentada através do manifesto “Por um SUS de todos os brasileiros”, (POR..., 2014) assinado por oito entidades comprometidas com a construção da política de saúde no Brasil há décadas, teve pouca influência nas formulações. Temas como revisão

da Lei de Responsabilidade Fiscal – em relação ao limite da despesa de pessoal com saúde; extinção dos subsídios diretos ao setor privado, ressarcimento do SUS, considerados importantes pelo manifesto, não foram mencionados pelas candidaturas.

Comentários finais

O presente estudo contemplou uma conjuntura iniciada com uma ampla mobilização popular, na qual o processo eleitoral e seus resultados parecem reiterar contradições não resolvidas na formação social brasileira, sugerindo certo aguçamento das lutas de classes, ainda que através de manifestações fenomênicas diversas.

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

Para a política de saúde, não ficaram tão explícitas no processo eleitoral as divergências de projetos no que dizia respeito à saúde nos três polos de disputa com maior viabilidade eleitoral. Foi perceptível nas três candidaturas um *mix* de propostas com a utilização de informações sobre o SUS, dados epidemiológicos e tendências demográficas pertinentes ao documento editado pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), em 2012, com estratégias de gestão das políticas sociais e definição de prioridades à luz da nova agenda social (BACHA; SCHWARTZMAN, 2011), além da marcante influ-

ência das contribuições dos empresários do setor no *Livro branco da saúde*. (ANAHP, 2014)

Costa e Sestelo (2015) ressaltaram a relação entre o *Livro branco da saúde* e as propostas apresentadas no processo eleitoral, supondo tratar-se de uma estratégia articulada entre agentes estrangeiros interessados na venda de serviços de saúde, apoiados por parlamentares brasileiros, imprensa e agentes públicos com função de governo. Sobre o programa da presidenta eleita para a área da saúde, afirmavam que “omissões e silêncios” não evidenciavam um projeto mais comprometido com os direitos sociais em detrimento dos interesses de acumulação privada do “mercado”. Para os autores, esse processo vem sendo gestado há tempos no interior do governo, uma vez que a presidente se reuniu com os empresários do setor em diversos momentos, e não abriu as portas ao movimento sanitário que sucessivamente tem sido desqualificado em debates com representantes do governo.

Assim, os acordos “pelo alto” na definição do jogo político e a lógica de coalizão de classes e interesses distintos mantém as classes subalternas afastadas dos espaços decisórios efetivos, reproduzindo a “revolução passiva” e o “transformismo”. (COUTINHO, 1988; SCHLESENER, 2009; VIANA, 2004) Para superar esses obstáculos, as forças progressistas necessitam “dessetorializar” o debate da saúde, exercer maior protagonismo na esfera pública e construir unidade com os setores populares, organizações sindicais, movimentos sociais e movimentos de juventude em defesa do projeto da RSB.

Referências

ANAHP. *Livro Branco*: Brasil Saúde 2015: a sustentabilidade do sistema de saúde brasileiro: caderno de propostas, [S.l.], 2015. Disponível em: <<http://anahp.com.br/a-anahp/publica%C3%A7%C3%B5es-anahp/livro-branco-brasil-sa%C3%BAde-2015-caderno-de-propostas>>. Acesso em: 23 set. 2014.

ANDRADE, C. D. *A rosa do povo*. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

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

BAHIA, L. O prazo de validade do SUS. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1940-1942, out. 2013.

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

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

BOITO, A. *As bases políticas do neodesenvolvimentismo*. Trabalho apresentado no Fórum Econômico da FGV, São Paulo, 2012. Disponível em: <<http://eesp.fgv.br/sites/eesp.fgv.br/files/file/Painel%203%20-%20Novo%20Desenv%20BR%20-%20Boito%20-%20Bases%20Pol%20Neodesenv%20-%20PAPER.pdf>>. Acesso em: 23 abr. 2014.

108

BRASIL. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS. *Carta de Serra/Es 2014*. apresentado no XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Brasília, DF, 2014. Disponível em: <http://www.conasems.org.br/images/carta_de_serra.pdf>. Acesso em: 7 out. 2014.

BRAGA, R. Sob a sombra do precariado. In: VAINER, C. et al. *Cidades rebeldes: passe livre e as manifestações que tomaram as ruas do Brasil*. São Paulo: Carta Maior: Bomtempo, 2013. p. 79-82.

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

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

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

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

COUTINHO, C. N. As categorias de Gramsci e a realidade brasileira. In: COUTINHO, C. N.; NOGUEIRA, M. A. *Gramsci e a América Latina*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988. p. 103-127.

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

DISCURSO da Presidenta da República, Dilma Rousseff, durante reunião com governadores e prefeitos de capitais. *Portal do Planalto*, Brasília, DF, 24 jun. 2013. Disponível em: <<http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/discursos/discursos-da-presidenta/discurso-da-presidenta-da-republica-dilma-rousseff-durante-reuniao-com-governadores-e-prefeitos-de-capitais>>. Acesso em: 22 set. 2014.

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

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *Saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro*. Rio de Janeiro, 2012.

FLEURY, S. Reforma do Estado, Seguridade Social e Saúde no Brasil. In: MATTA, G. C. ;LIMA, J. C. F. *Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008. p. 49-87.

FRENK, J. Leading the way towards universal health coverage: a call to action. *The Lancet*, [S.l.], v. 385, p.1352-1358, abr. 2015.

GRAMSCI, A. Análise de situações: relações de força. In: SADER, E. (Org.). *Gramsci: poder, política e partido*. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2012. p. 37-50.

MAIOR, J. L. S. A vez do direito social e da descriminalização dos movimentos sociais. In: VAINER, C. et. al. *Cidades rebeldes: passe livre e as manifestações que tomaram as ruas do Brasil*. São Paulo: Carta Maior: Bomtempo, 2013. p. 83-88.

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

MAGNO, L. D. Dos clamores das ruas aos rumores no Congresso: uma análise da conjuntura recente da saúde no Brasil. 2015. 105 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015. Disponível em: <<http://www.analisepoliticaemsaude.org/up/oaps/producao/9cfa9668242186748ea6acb23f5c4c5c/b2096d2e4efc06b24fec11b1a6664132/e297dfbf76f9e4c6065ddc6be5bb321c.pdf?0.28304900%201477057654>>. Acesso em: 9 out. 2015.

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

NORONHA, J. C. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 847-49, maio 2013.

OLIVEIRA, F. P. de et al. Mais médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. *Interface*, Botucatu, v. 19, n. 54, p. 623-634, set. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v19n54/1807-5762-icse-19-54-0623.pdf>>. Acesso em: 18 out 2015.

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

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

PAIM, J. S. A constituição cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1927-1936, out. 2013;

PAIM, J. S. Reforma Sanitária Brasileira: *eppur si muove*. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1952-1953, out. 2013.

PAIM J. S. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*. London, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011, p. 1778-1797, 2011.

PORTANTIERO. J. C. Gramsci y el análisis de coyuntura (algunas notas). In: PORTANTIERO. J. C. *Los usos de Gramsci*. México: Folio ediciones, 1983. p. 177-193.

POR um SUS de todos os brasileiros: propostas do movimento da reforma sanitária para o debate nacional. Vitória: ABRASCO, 3 jun. 2014. Disponível em: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/05/Por-um-SUS-de-todos-os-brasileiros2.pdf>>. Acesso em: 4 jun 2014.

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

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

SCHLESENER, A. H. Intelectuais e política: observações acerca do transformismo nos escritos de Antonio Gramsci. *Revista Outubro*, [S.l.], n. 18, p. 201-222, 2009. Disponível em: <<http://outubrorevista.com.br/wp-content/uploads/2015/02/Revista-Outubro-Edic%C3%A7%C3%A3o-18-Artigo-08.pdf>>. Acesso em: 23 jun. 2014.

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

SINGER, A. Sinais trocados. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 1 nov. 2014. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/colunas/andresinger/2014/11/1541738-sinais-trocados.shtml>>. Acesso em: 16 nov. 2014.

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

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

TITELMAN, D.; CETRÁNGOLO, O.; ACOSTA, O. L. Universal health coverage in Latin American countries: how to improve solidarity-based schemes. *The Lancet*, London, v. 385, p. 1359-1363, Apr. 2015.

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

VIANA, A. L. D. Longos dias tem cem anos. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1942-1944, out. 2013.

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