

“O ministério é uma máquina de problemas...”: perfis de atuação de ex-ministros da saúde do Brasil (2002-2015)

“The ministry is a problem machine...”:
profiles of former health ministers in Brazil (2002-2015)

Danilo Fernandes Brasileiro^a

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

E-mail: danilo.brasileiro@hc.fm.usp.br

Maria Cristina da Costa Marques^a

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

E-mail: mcmarques@usp.br

Paulo Roberto Gonçalves Segundo^b

 <http://orcid.org/0000-0002-5592-8098>

E-mail: paulosegundo@usp.br

^a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

^b Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. Departamento de Letras Clássicas e Vernáculas. São Paulo, SP, Brasil.

Resumo

Estudo histórico de abordagem qualitativa, que objetivou conhecer, descrever e analisar os perfis revelados pela trajetória de atuação de ex-ministros da saúde do Brasil entre 2002 e 2015. Realizou-se entrevistas com seis ex-ministros e utilizou o modelo argumentativo de Toulmin, como sustentáculo teórico-metodológico da análise argumentativa dos ministros, em defesa de certo perfil de gestão. Entre as principais alegações que perfizeram os perfis, destacam-se: ministro sem experiência na saúde que usou sua expertise na área econômica; ministro responsável por uma boa gestão, que deu a maior contribuição ao Sistema Único de Saúde (SUS) pós-Constituinte; ministro com trajetória técnica prévia na saúde, mas com predileção a atuar politicamente; ministro não rotulável, mas com gestão com a marca do equilíbrio e da ponderação; ministro de atuação técnico-política, sem preocupação com projeção política; e último gestor radicalmente comprometido com o SUS e com a democracia. Concluiu-se que a adoção do modelo Toulmin foi crucial para sistematização desses perfis inseridos nas narrativas produzidas que, entre outras características evidenciadas, consideram complementares - e não excludentes - o perfil de atuação técnico e político.

Palavras-chave: Saúde Pública; História; Política; Argumentação; Ministros de Estado.

Correspondência

Danilo Fernandes Brasileiro

E-mail: danilo.brasileiro@hc.fm.usp.br

Rua Bueno de Andrade 640, Apto – 84, Aclimação, São Paulo, SP, Brasil. 01526-000

Abstract

Historical study with a qualitative approach that aimed to describe and analyze the profiles revealed by the career trajectory of former health ministers in Brazil between 2002 and 2015. Interviews were carried out with six former ministers and used Toulmin's argumentative model as a theoretical basis -methodological analysis of the ministers' arguments, in defense of a certain management profile. Among the main observations that made up the profiles, the following stand out: minister with no experience in health who used his expertise in the economic area; minister responsible for good management, who made the greatest contribution to the SUS post-Constitution; minister with a previous technical career in health, but with a predilection for acting politically; non-labelable minister, but with management marked by balance and consideration; minister with a technical-political role, without concern for political projection; and last manager radically committed to the SUS and democracy. It is concluded that the adoption of the Toulmin model was crucial for the systematization of these profiles inserted in the narratives produced which, among other characteristics highlighted, consider the technical and political performance profile to be complementary - and not exclusive.

Keywords: Public Health; History; Policy; Argumentation; Ministers of State.

Introdução

No cenário da saúde pública brasileira o período de 1990 a 2016 é caracterizado pela implementação, ampliação, aperfeiçoamento e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), ainda que sob forte tensionamento de diferentes grupos de interesses políticos, com maior ou menor intensidade, nos governos Itamar Franco, Fernando Henrique Cardoso (FHC), Luiz Inácio Lula da Silva e Dilma Rousseff (Reis *et al.*, 2016).

Segundo Reis e colaboradores (2016), os avanços produzidos pelo SUS são inquestionáveis, expressivos e internacionalmente reconhecidos, geralmente representados e percebidos em políticas, programas e ações nacionais de saúde, de amplo alcance e impacto. A maior parte dessas políticas e programas nacionais foram criadas entre 1995 e 2016, como por exemplo, o Programa de Medicamentos Genéricos (1999), o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (2003) e o Programa Mais Médicos (2013), entre outros, sob influência dos princípios da universalidade e da descentralização, com largo espectro de abrangência, expressiva dotação orçamentária, além de um investimento peculiar nas mídias de massa.

A gênese e a implementação dessas ações nacionais estiveram preponderantemente vinculadas ao Ministério da Saúde e, conseqüentemente, ligadas à figura do ministro da saúde, executivo que ocupava o cargo no período em questão. De março de 1990 a abril de 2016, o cargo foi ocupado por 18 ministros, durante o mandato de cinco presidentes (Brasil, 2014).

Com amplo poder de decisão, apesar dos tensionamentos que envolveram o processo, esses ex-executivos da saúde participaram efetivamente da criação, da implementação e do aperfeiçoamento de inúmeras políticas, programas e ações federais de saúde consideradas exitosas no cenário nacional. Apesar disso, tal fenômeno ainda é pouco estudado, exceto por raros e pioneiros estudos que se dedicaram ao tema, como os de Machado (2007) e Menicucci (2011).

Codato e Franz (2018) observam que só recentemente pesquisadores se dispuseram a estudar o perfil dos ministros e, além disso, reiteram a necessidade de aprofundar discussões sobre esses perfis, bem como de sua trajetória anterior, o que pode ensejar novos entendimentos sobre o funcionamento e a lógica que

permeiam a atuação ministerial e sua influência no aperfeiçoamento do SUS.

Portanto, este artigo objetiva conhecer, compreender e analisar, pelo conhecimento das trajetórias de ex-ministros da Saúde do Brasil (2002-2015), suas diferenças de atuação e perfis, tomando como sustentáculo teórico-metodológico o modelo argumentativo de Stephen Toulmin (2006).

Método

Estudo teórico de caráter histórico e abordagem qualitativa, que adotou como método de pesquisa a história oral (Alberti, 2005), na modalidade de história oral temática (Freitas, 2006).

Os dados provêm de excertos de entrevistas - quatro presenciais (Barjas Negri, José Gomes Temporão, José Agenor Álvares, Humberto Sérgio Costa Lima) e duas virtuais (José Saraiva Felipe e Arthur Chioro dos Reis) - concedidas em 2018 e 2020 por seis ex-ministros da saúde do Brasil, que atuaram entre 2002 e 2015.

Atendendo aos preceitos éticos que regulam a pesquisa (Brasil, 2012), o projeto obteve aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa (Parecer nº. 4.031.359), de modo que as entrevistas, guiadas por um roteiro de dez pontos temáticos, foram realizadas mediante consentimento e assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Foram selecionados para o estudo excertos em que os participantes se referiam à avaliação da sua gestão e sobre sua trajetória e perfis de atuação, sendo em seguida submetidos à análise a partir do *layout* de movimentos argumentativos de Toulmin (2006).

A escolha do referencial teórico metodológico de análise se deve ao fato de que, assim como no *corpus* documental analisado, os elementos de um raciocínio argumentativo estão ligados à necessidade de justificar determinadas teses que representam pretensões do ponto de vista comunicacional, além de fazer

inferências lógicas (Rivera; Artmann, 2015). Ademais, o modelo de Toulmin promete ser mais útil para testar e dissecar argumentos retóricos do que os métodos da lógica tradicional (Brockriede; Ehninger, 2009).

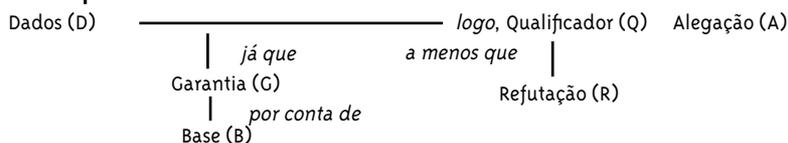
Proposto em 1958 e, em parceria com Richard Rieke e Alan Janik, desenvolvido em 1978, o modelo de Toulmin tem seis componentes que explicitam a estrutura argumentativa (Figura 1) de um processo de justificação e legitimação de um ponto de vista, ou seja, de uma *Alegação*. Dos seis componentes funcionais (*Dados*, *Garantia*, *Apoio*, *Refutação*, *Qualificação* e *Alegação*), três são considerados essenciais: *Dados*, *Garantia* e *Alegação*. A Figura 1 mostra como se relacionam esses componentes.

Conforme Toulmin, Rieke e Janik (1984, p. 28), no campo argumentativo, as *Aleagações* são as “asserções apresentadas publicamente para a aceitação geral”, e, de acordo com Gonçalves-Segundo (2016, p. 76), “consistem em conclusões *Qualificadas*”. Já os *Dados* são “fatos aos quais recorreremos como fundamentos para a *Aleagação*” (Toulmin, 2006, p. 140, destaque nosso), ou seja, os pontos a partir dos quais se deriva a aceitabilidade das *Aleagações* (Gonçalves-Segundo, 2020).

Já as *Garantias* são um dispositivo de legitimação da ponte entre *Dados* e *Aleagações*, ou melhor, “regras, princípios, licenças de inferências ou o que quisermos, desde que não sejam novos itens de informação” (Toulmin, 2006, p. 141), e, como bem destacou Gonçalves-Segundo (2016, p. 76), constituem “generalizações derivadas de *Apoios*” que já estão pré-legitimadas em dados campos ou discursos (Gonçalves-Segundo, 2020, destaque nosso).

A *Base*, por sua vez, é o conjunto de evidências que sustentam *Garantias* e *Dados* (Gonçalves-Segundo, 2020). Seu conteúdo e sua forma de construção mudam conforme o campo em que se encontra a lógica argumentativa: por exemplo, o aparato legal da jurisprudência que sustenta os argumentos no campo do Direito (Toulmin, 2006).

Figura 1 – *Layout dos componentes do modelo Toulmin*



Fonte: Toulmin (2006).

Gonçalves-Segundo (2016, p. 74, destaque nosso) entende que a *Qualificação* se vincula “ao grau de compatibilidade da *Garantia* em relação ao teor dos *Dados* oferecidos para se chegar a alguma conclusão”, e suas formas de apresentação são geralmente expressas “por verbos como *dever e poder*; construções atributivas como *é necessário, é possível, não é provável*; advérbios como *provavelmente*”, etc.

Já as *Refutações* “visam a enfraquecer a *Alegação*, por questionar a integridade, a validade ou a aplicabilidade da *Garantia*, por negar a factualidade

dos *Dados* ou ainda por questionar a solidez do *Apoio*” (Gonçalves-Segundo, 2016, p. 76, destaque nosso), sendo “tipos de circunstâncias excepcionais que, em casos específicos, podem refutar as suposições criadas pela *Garantia*” (Toulmin, 2006, p. 153, destaque nosso).

Resultados e Discussão

Segue-se a análise dos excertos extraídos, acompanhada do Quadro 1, que contém informações sintéticas de referência sobre cada um dos ex-ministros que participaram deste estudo.

Quadro 1 – Galeria de ministros da saúde

Nome do ministro	Período no ministério	Partido	Presidente	Descrição biográfica
Barjas Negri	21 fev. 2002 31 dez. 2002	PSDB	Fernando Henrique Cardoso	Nascido em São Paulo-SP (8 dez. 1950). Economista com mestrado e doutorado pela UNICAMP-SP. Foi coordenador de Políticas Sociais e de Planejamento e Avaliação do governo de São Paulo (1983-1986). Foi secretário executivo do FNDE e do Ministério da Saúde, além de prefeito da cidade de Piracicaba por três mandatos.
Humberto Sérgio Costa Lima	1 jan. 2003 8 jul. 2005	PT	Luís Inácio Lula da Silva	Nascido em Campinas-SP (7 jul. 1957). Jornalista e médico com pós-graduação em clínica-médica (FCM-UPE) e em medicina geral comunitária e psiquiatria (UFPE). Foi primeiro-secretário do Sindicato dos Médicos de Pernambuco-PE. Foi vereador e secretário de Saúde de Recife-PE, além de deputado estadual e federal. Atualmente, é senador da República.
José Saraiva Felipe	8 jul. 2005 31 mar. 2006	PMDB	Luís Inácio Lula da Silva	Nascido em Belo-Horizonte-MG (26 mar. 1952). Médico com mestrado pela FIOCRUZ-RJ. foi professor da Faculdade de Medicina da UFMG, secretário municipal de Saúde de Montes Claros e estadual de Saúde de Minas Gerais, secretário de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde e deputado federal. Atualmente, desenvolve seu doutorado na UnB-DF.
José Agenor Álvares da Silva	31 mar. 2006 16 mar. 2007	sem partido	Luís Inácio Lula da Silva	Nascido em Abaeté-MG (2 jun. 1947). Farmacêutico e bioquímico pela UFMG, com doutorado pela FIOCRUZ. Foi secretário de Planejamento do Ministério da Saúde, diretor do Departamento Técnico Operacional da Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde e diretor da ANVISA. Atualmente, é assessor da Fundação Oswaldo Cruz.

continua...

Quadro 1 – Continuação.

Nome do ministro	Período no ministério	Partido	Presidente	Descrição biográfica
José Gomes Temporão	16 mar. 2007 31 dez. 2010	PMDB	Luís Inácio Lula da Silva	Nascido em Merufe-Portugal (20 out. 1951). Médico pela UFRJ, com mestrado pela FIOCRUZ e doutorado pela UERJ. Foi subsecretário do Estado de Saúde do Rio de Janeiro, secretário de Planejamento do INAMPS, diretor geral do INCA e secretário nacional de Atenção à Saúde. Atualmente, é professor e pesquisador titular aposentado da Fundação Oswaldo Cruz.
Ademar Arthur Chioro dos Reis	3 fev. 2014 2 out. 2015	PT	Dilma Vana Rousseff	Nascido em Santos-SP (5 dez. 1963). Médico com mestrado pela UNICAMP-SP e doutorado pela UNIFESP. Foi presidente do COSEMS-SP, diretor do Departamento de Atenção Especializada do Ministério da Saúde e Secretário de Saúde de São Bernardo do Campo-SP. Atualmente, é professor do Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina/UNIFESP.

Fonte: Brasil (2014).

Barjas Negri

Barjas Negri utiliza a *Alegação* de ter sido um ministro sem conhecimento técnico prévio na saúde, mas que aceitou o desafio e paulatinamente ganhou conhecimento do tema, ainda que sua contribuição fosse determinada pela sua área técnica de formação, a economia. Nesse sentido, equipara e sobrepõe a expertise econômica à expertise técnica do campo da saúde, pois:

Como sou economista, tinha trabalhado em prefeitura, tinha sido secretário, eu tinha sido coordenador de políticas sociais de São Paulo, tinha sido secretário de planejamento de Piracicaba, tinha dois anos no FNDE, eu tinha uma familiaridade técnica, na questão de planejamento e na questão orçamentária. Minha atuação no Ministério da Saúde, como secretário executivo ou como ministro, para mim foi extremamente importante, primeiro, que eu aprendi a entender a área específica, certo? Eu consegui enxergar melhor o Brasil, do ponto de vista social, das estruturas de saúde.

Referiu com mais liberdade a sua atuação enquanto secretário executivo do que enquanto ministro. Reforçou também a *Alegação* de que fora um ministro com expertise econômica e com a capacidade de implementar programas, uma vez que:

Em diálogo com governadores, com secretários de saúde, com parlamentares, eu percebi mais facilmente a questão das desigualdades. Não é por outra razão que o ministério, se você pegar todas as portarias, elas têm sempre a questão da redistribuição de recursos regionais. Quando você diz ‘vamos criar o PAB’, estava colocando dinheiro num lugar que nunca teve dinheiro. Já sabia dos desequilíbrios regionais e procurei utilizar meu conhecimento técnico para aperfeiçoar esse mecanismo. Depois de alguns anos, eu meio que já conhecia os programas, tudo direitinho. Meu papel era muito mais no sentido de planejar orçamento, liberar recursos, fazer os programas terem viabilidade, então, meu papel - e o do Serra também - foi no sentido de estabilizar essas coisas, pois se você vai fazer um programa de combate à dengue, não é uma coisa fácil, se você não tiver a portaria casada com o orçamento. Você vai fazer um Programa de Saúde da Família. Como você financia isso? Nosso papel era fazer, discutir com os técnicos como é a portaria, como é isso, e como vamos dar a viabilidade orçamentária.

Em seguida, recorreu a *Dados* que mostram como ele viabilizou, saneou e estabilizou processos, fornecendo mecanismos sobre o sustentáculo da austeridade econômica, para que o SUS, até então

pouco legitimado, fosse implementado em toda a federação, pois:

Tanto que foi nesse período que os principais programas foram criados, implementados, financiados e sustentados. Você pode ver: todas as portarias tinham um casamento com o orçamento, e até então não tinha muito. Era muito difícil ter alguns programas que se tornassem de âmbito nacional.

Barjas Negri se posicionou preferencialmente de modo mais técnico, apesar de reconhecer sua trajetória de atuação política e considerá-la também imprescindível. Nesse sentido, Gomes, Dias e Motta (1994) afirmam a vigência do raciocínio nos discursos da elite burocrática nacional, uma dicotomia natural entre políticos e técnicos: muitas vezes, se constrói a figura do técnico na condução da gestão pública, já que ele é um gestor especializado, com alto nível de expertise e formação, que supostamente tem neutralidade e distanciamento político, capaz de romper a ineficiência e o atraso e criar soluções e riqueza.

Como secretário-executivo, Negri tornou-se central na negociação instituída entre o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) para estabelecer a Norma Operacional Básica (NOB) 96 e implantar o Piso de Atenção Básica (PAB), além da estratégia da regionalização, ativada pelas Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) 2000/2001 (Araújo, 2017).

Além disso, ainda assegurou sua argumentação na *Garantia*, ou seja, na idealização de que um ministro bem-sucedido não precisa necessariamente ser um técnico da saúde ou ter conhecimento prévio do campo, pois sustenta-se na máxima de que boas ideias de programas de saúde sempre existiram e existirão, mas, sem austeridade e viabilidade econômica, acabam ficando no campo teórico, pois considerava que: *“O ministério tinha uma grande concentração de médicos, pessoas boas, responsáveis, mas com pouca familiaridade com a questão orçamentária e pouco diálogo com a questão econômica”*.

Autores do tema como Machado, Lima, L. e Baptista (2017) afirmam que, no caso específico de Barjas Negri, vinculado ao Partido da Social

Democracia Brasileira (PSDB) paulista, o que ocorreu foi a indicação de um homem de confiança de Fernando Henrique Cardoso, desde o cargo de secretário executivo. Essa foi uma estratégia para negociar politicamente os ministros com os partidos aliados, garantindo que a secretaria executiva dos ministérios fosse de pessoas da confiança do presidente (Araújo, 2017).

Humberto Sérgio Costa Lima

Humberto Costa assevera que buscou se diferenciar, atribuindo à sua gestão um papel de destaque para a consolidação do SUS no período pós-Constituição (sua *Alegação* central), uma vez que: *“Então, acho que minha gestão foi uma boa gestão, acho que ela fortaleceu muito o Sistema Único de Saúde. Acho que a nossa contribuição para implementação do SUS foi a maior de todas, desde o processo da Constituição”*.

Não foi descritivo acerca dos *Dados* que sustentam o ponto de vista acima citado, muito embora tenha recorrido a descrições de ações em geral, principalmente quando afirmou que: *“Nós procuramos atuar em todos os aspectos, na formação, na participação, na estruturação da atenção à saúde no Brasil”*.

A segunda *Alegação*, em que procurou mostrar o empenho de sua equipe na busca de ações que fortalecessem o governo, reforçou sua vinculação partidária e sua militância, somada ao seu papel executivo, visto que:

Olha, na Saúde, a gente tinha uma coisa de equipe muito forte, muito grande, então, é óbvio que a gente queria que o governo tivesse da nossa parte como estava tendo de outras áreas, coisas que politicamente fortalecessem o governo, e o SAMU era um programa que não só enfrentava e resolvia um problema complexo na área assistencial, como também era um programa que a gente já sabia que ia, sem dúvida, melhorar bastante a construção da imagem do governo. Além do mais, como eu sou alguém que vem da militância do PT desde o início, meu compromisso sempre foi muito com o partido, e essa questão do governo, dos governos do PT, para nós, eram objetivos que a gente cumpria o tempo

inteiro. Não que para mim não seja um orgulho: onde eu estou, onde ando, onde vejo uma ambulância do SAMU, alguma coisa que veio da minha equipe, que veio de mim também. Mas hoje é um programa que é do país!

Apesar do discurso alinhar-se à melhoria do acesso aos serviços de saúde, ao fortalecimento da descentralização e à expansão da atenção básica, entre outros, o ministro Humberto Costa destacou ações que poderiam tornar notória a sua gestão (Araújo, 2017), posto que criou ativos políticos (marcas) importantes como o Brasil Sorridente, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e a Farmácia Popular (Machado; Lima; Baptista, 2017).

Nota-se em suas *Alegações* a aproximação a um perfil de atuação mais político; evidentemente com conhecimento técnico prévio da área, mas consciente da representatividade do cargo que ocupou, pois segundo Justo (2019), Lula entendia que o cargo de ministro era político e o escolheu por sua trajetória e representatividade dentro do Partido dos Trabalhadores (PT).

Apresentou meticulosamente algumas ressalvas, no intuito de *Refutar* a existência de interesse em uma gestão bem-sucedida com fins em projeções políticas, pois destacou a atuação discreta e desprovida de cálculo ou premeditação, alinhada ao interesse partidário, focada no trabalho e nas boas intenções para com os cidadãos, uma vez que considerou que:

O Ministério é uma máquina de problemas, mas também, se você quiser trabalhar, fazer pela população ou até mesmo se você quiser construir uma imagem na política, ele ajuda. Nunca tivemos uma preocupação, já desde o primeiro momento de fazer aquele barulho, aquele negócio todo.

Quanto à *Qualificação*, mostra um compromisso moderado, usando o qualificador “achar” para modular a asserção potente de que teria feito a melhor gestão da saúde pós-Constituição. Com essa estratégia, além de assumir a responsabilidade por tal avaliação, o ex-ministro indica uma ideia de colocar a assertiva para a avaliação do “outro”.

Analisando a atuação de ministros brasileiros entre 1990 e 2014, Cavalcante e Palotti (2016)

observaram que os governos do PT foram formados por ministros com mais experiência político-partidária, afirmação que se pode aplicar ao perfil do ministro em tela, sobretudo se considerarmos que ele não era próximo ao movimento sanitário. Todavia, segundo Araújo (2017), agregada a sua ligação com o campo majoritário do PT, especificamente apoiado por José Dirceu, sua capacidade política e liderança regional foram os motivos de sua nomeação como ministro da saúde.

José Saraiva Felipe

Depreende-se uma *Alegação* em que se observa a proposta de harmonizar a atuação técnica e política, sobretudo quando rejeitou uma das possibilidades da pergunta - a de que o perfil pudesse ser mormente técnico *ou* político, já que considerou que:

Olha, eu não poderia separar o técnico do político, pois ao mesmo tempo eu tinha formação técnica, tinha experiência, um currículo na área, porém um currículo de ocupação de espaço de gestor, que eu acho que é raro. Então, técnico-político, pois eu tenho muito medo quando dizem: ‘Ah, tal ministro foi técnico’. Você que pensa! Dentro de um processo político, ele acaba sendo político: vai se envolver com questões políticas, vai atender à demanda dos políticos.

A segunda *Alegação*, ou seja, de que era um ministro com trajetória técnica e política, mas com predileção de atuar na última, expõe a capacidade de atuação do ex-ministro nos bastidores; que, assim como Barjas Negri, Saraiva contraditoriamente reforça um perfil dominante de atuação - nesse caso, o político. Por mais que considere a importância técnica, que não parece ser periférica para ele, mas circunstancialmente menos prioritária do que a manutenção da austeridade das relações político-partidárias e a imagem do Ministério frente à mídia nacional, Saraiva se posicionou como um articulista minucioso, sagaz e bem-sucedido, tanto que:

Acho e tenho a convicção de que o Ministério tem uma conduta técnica, porque as pessoas que eu procurei para trabalhar comigo, que eu convidei para

trabalhar comigo - o Agenor, o Temporão e os outros cargos - não aceitariam que eu escolhasse, fizesse algo que, na verdade, contrariasse uma condução técnica, compromisso que era meu e deles, desde o processo de construção do Sistema Único de Saúde. Talvez a diferença fosse que eu tinha gosto em fazer isso, pois ao mesmo tempo em que criei uma condução técnica para o Ministério eu tinha plena consciência de que a minha força estava em manter um canal político com o Congresso o CONASS, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde, no qual eu tinha participado, o CONASEMS, que é o Conselho Nacional de Secretários Municipais. Eles não tinham queixas.

Usou como *Dado* sua reconhecida trajetória técnica de atuação, que se confunde com a atuação em cargos executivos que exigiram e despertaram a predileção pela atuação política do ex-ministro, tanto que se sentiu mais confortável em transitar politicamente e dialogar em várias frentes, sustentando sua gestão com técnicos de comprovada capacidade de atuar em gestão da saúde, tanto que:

Começar na chefia de um centro de saúde e não pular nada... Centro de Saúde, município, direção regional, Secretaria de Estado e Ministério da Saúde. Eu acho que subi esses degraus. Além disso, eu ia muito à Câmara, fazia reuniões e outras coisas, procurava atender aos deputados e senadores.

Ao *Alegar* que foi um ministro de atuação técnico-política, indica, como *Garantia*, que ministros com seu perfil devem considerar a dicotomia de atuar entre a técnica e a política, não como excludentes, mas como complementares, pois, além da trajetória técnica que o legitimava, cercou-se de membros tecnicamente qualificados que lhe deram subsídios para equilibrar essa relação e, conseqüentemente, seu perfil de atuação, pois:

Eu disse ao presidente o seguinte: 'Você está me pedindo para pacificar Rio de Janeiro, pacificar Brasília? Agora, eu preciso da coluna dorsal do Ministério; não tenho como assumir esse compromisso sem fazer isso'. E ele falou: 'Pode fazer, mas olha, isso aqui tem jeito de falar em off, mas eu

vou falar, você não diz que eu sei, mas pode trocar, me põe sua equipe lá'. Então, eu botei o Agenor na secretaria executiva, o Temporão, o Moisés, gente que eu conhecia há vinte anos. Às vezes, eu percebi que muitos ministros não conseguiram fazer isso. O Ministério vivia no jornal todo dia, sobretudo por confusão com Cesar Maia no Rio, uma confusão. Eu conhecia essas pessoas de outros carnavais, desde a época da ditadura, e isso facilitou eu conversar com César Maia. Fácil não foi, porque sempre tem briga. Você vai dizer: 'Você sempre seria assim?' Não, mas era um momento muito delicado, muito especial. Naquele momento, eu tinha poder e eu falei: *'Não, não, eu me comprometo a sanar essa confusão'*.

José Saraiva Felipe representou a saída da gestão do Ministério da Saúde do PT, numa tentativa de recompor a base de apoio do governo, sobretudo com o Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), após a crise política do governo Lula em 2005 (Machado; Lima; Baptista, 2017). Saraiva era um peemedebista ligado às três alas da legenda e, ao mesmo tempo, tinha uma trajetória técnica de atuação na gestão da saúde (Araújo, 2017), representando, também, a tradição política brasileira de nomeações ministeriais focalizarem a questão da governabilidade do presidencialismo brasileiro (Abranches, 1988).

José Agenor Álvares da Silva

As *Alezações* identificadas tentaram desvincular de predicados que porventura rotulassem a sua gestão, mas paulatinamente vinculou o rótulo do “equilíbrio”, já que considerou que: *“Eu acho que a minha, a marca da minha gestão pode ter sido colocada assim: A marca do equilíbrio... Então, a minha marca é isso: a marca do equilíbrio. É marca do equilíbrio, mesmo! Ponderação e equilíbrio!”*.

Logo, para José Agenor, equilíbrio foi conciliar as demandas político-partidárias com as demandas técnicas da saúde, concepção em que representou a *Garantia* de seu argumento, pois:

Eu atuei politicamente com uma visão diferente, com uma visão onde eu buscava nas minhas decisões um viés baseado naquilo que tecnicamente fosse o

mais indicado, mas eu não podia jamais esquecer que estava ali cumprindo uma função política. Tinha que atuar politicamente. Foi uma gestão do equilíbrio, que soube avaliar as necessidades da política de saúde, a necessidade da população, com os recursos disponíveis para executar.

Nota-se uma sensatez visceral, uma vez que claramente focou sua *Alegação* numa gestão ponderada, equilibrada e dialógica sem se comprometer com polêmicas ou desavenças, já que expôs uma consciência madura de entendimento das demandas políticas e técnicas que o cargo exigia. Sua posição técnica na passagem pelo ministério era impedir retrocessos e não desmobilizar os projetos em andamento (Araújo, 2017).

Utiliza ainda como *Dado* o exemplo de sua trajetória técnica dentro do Ministério, o que por sua vez lhe forneceu resiliência e discernimento para atuar politicamente à frente do cargo ministerial, sem se afastar da seriedade que exige a condução do que é público, como se percebe no relato abaixo

Fui o primeiro Ministro da Saúde que veio dos quadros do ministério e eu brinco muito com as pessoas, inclusive já escrevi sobre isso: 'No Ministério da Saúde, eu comecei na simplicidade do subsolo e saí no requinte da cobertura'. Meu orgulho disso é que em nenhum desses momentos em que eu ocupei, em todas as funções que eu ocupei, paulatinamente vim ocupando, nenhuma foi por imposição política partidária.

Ele fiou a dimensão política da *Alegação* de gestor ponderado, equilibrado e austero numa *Garantia* ancorada na conjectura política transitória do cargo (interinidade), já que: “*Era mais no final do mandato e, em fim de mandato, você não tem que ficar tentando criar coisas novas. Você tem que acabar e fortalecer aquilo que está em curso*”.

Quando José Agenor assume o Ministério, com considerável apoio intrassetorial, embora com menos força política, visto não estar ligado a qualquer partido político, era de fato um período de gestão que certamente exigiria um perfil mais ponderado, com entendimento do momento de transição e continuidade das políticas prioritárias, até porque se

vislumbrava um cenário de constantes disputas pelo cargo ministerial (Machado; Lima; Baptista, 2017).

Tal reconhecimento exposto acima é ainda invocado por meio de uma *Base* difusa em termos de identificação de sua fonte, quando afirmou que: “*Pelo menos o que eu recebo de conversas, mesmo quando a pessoa não gosta de mim, sempre diz isso: 'Olha, José, você foi um ministro que soube manter o equilíbrio e uma equidistância impressionante entre as discussões político-partidárias'*”. A narrativa escolhida por ele parece orientada a desestimular ceticismo em relação à essa imagem de equilíbrio que constrói, visto que ela não seria calcada apenas em sua opinião, mas objeto de reconhecimento geral.

Quanto à *Refutação*, é notório que inicialmente ele refutou a ideia de rótulo, mas logo se identificou como uma marca, que certamente agrega diferenciação e singularidade à sua trajetória ministerial. Verificou-se também que ele refutou imediatamente a ideia de que fosse um ministro mais técnico do que político, posto que *Alega* ter atuado politicamente, ainda que de uma perspectiva técnica, pois: “*Eu desempenhei uma função política e exerci um cargo político, cresci muito e aprendi muito. Agora, como eu tinha um viés técnico da vida inteira dentro do Ministério da Saúde, tinha uma percepção diferente*”.

Observou-se nos excertos anteriores, assim como nas *Alegações* de José Agenor, a indissociabilidade da atuação técnica e política, provavelmente inerente ao cargo executivo ministerial, uma vez que gabinetes ministeriais são ocupados tanto por técnicos, concursados em empresas públicas e em instituições de ensino superior, quanto por políticos de carreira que têm cargos eletivos e são nomeados em posições de alto escalão na administração pública (Codato; Franz, 2018).

Ministros partidários, como se refere José Agenor, geralmente são especialistas que levam à gestão o próprio conhecimento técnico em algumas áreas importantes da administração pública (Amorim Neto, 2007). Manteve a *Alegação* da atuação política sob a perspectiva técnica sem dissociá-las, mas é inegável a ênfase em sua posição e trajetória de atuação técnica na burocracia federal, implicitamente como *Garantia* de sua “*atuação política imparcial e séria*”, já que, segundo Gomes, Dias e Motta (1994, p. 9), na tradição de formação

intelectual que opõe políticos a técnicos, estes são considerados “portadores de um saber especialmente apropriado à administração da coisa pública”.

José Gomes Temporão

Temporão desenvolveu *Alegações* em que se define como componente de um seleto grupo de ministros longevos na função; além disso, reforça a máxima de um ministro com atuação híbrida, técnico-política, uma vez que lidava com questões políticas inerentes ao cargo e tinha uma trajetória prévia como sanitaria e de acadêmico ligado à Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), pois:

Fui técnico-político. Por quê? Porque, na minha trajetória, inevitavelmente você lida com política. Fui um dos mais longevos. O Serra ficou alguns meses mais do que eu, e depois só dois ministros, durante o governo militar, durante a ditadura, ficaram mais tempo que eu e o Serra.

Alega ter sido um ministro que se aproximou de questões polêmicas, que não necessariamente careciam de viés técnico, mas que eram politicamente relevantes, daí sua justificação por exposição midiática. É possível afirmar que sua trajetória pessoal técnica se tenha confrontado fortemente com a visibilidade que o cargo fornece e, percebendo isso, o ministro tenha feito uso dessa faceta, como se pode notar:

Eu assumi discussões sobre a questão de aborto, da propaganda de medicamentos, discuti com o Zeca Pagodinho, teve a questão da cirurgia da mudança de sexo, que eu implementei. Uma série de outras questões, como direitos sexuais e reprodutivos. Fui um ministro muito atuante na mídia!

Menicucci (2011) afirmou que Temporão, um ministro com trajetória técnica e atuação política vinculada ao movimento sanitário, apresentou um programa de trabalho ousado, alinhado ao pensamento sanitaria, que reforça a ideia de produção social do processo de saúde-doença, com inúmeras ações relevantes, como, por exemplo, o complexo industrial da saúde (CIS) e a quebra de licenciamento do Efavirenz, usado no tratamento

do HIV (vírus da imunodeficiência humana), além de ações que chamaram a atenção dos principais veículos da mídia, com manifestações públicas de reflexões acerca de tabus, como o abortamento inseguro e limitações à propaganda de bebidas alcoólicas.

No caso de Temporão, ao *Alegar* enfaticamente ter sido técnico-político, ele vai ao encontro da abordagem de Lopez e Praça (2015), que afirmam ser ideal combinar trajetória e formação técnica e política. Apesar de tais perfis não serem considerados excludentes nas *Alegações* dos entrevistados até aqui, parece que Temporão foi o mais assertivo quanto a essa *Alegação* de complementariedade entre o técnico e o político. (Gomes; Dias; Motta, 1994).

O tipo de ministro que *Alega* ter sido “sem marcas”, paradoxalmente deve lutar para atingir uma marca: a do fortalecimento do SUS, nem que para isso lide com questões sensíveis à sociedade e demonstre seu descompromisso menor com ambições político-partidárias. A negação enfática de se constituir num ministro com marcas, associado à exposição midiática, traz um perfil pessoal bastante preocupado com sua figura pública e a repercussão social de suas ações, conforme se nota no excerto abaixo:

Eu dei uma entrevista ao jornal O Globo - se você pesquisar no Google, vai achar. O Lula não gostou e me chamou a atenção depois, cuja chamada era: 'Eu quero ser lembrado como um ministro sem marcas'. Em que sentido? Um ministro que, durante seu mandato, trabalhou para fortalecer o SUS, sem estar preocupado em ser um ministro Programa A, do Programa B ou do Programa C, para usar isso como capital político para entrar na política. Foi aquilo que eu te falei: o ministro que é um político, que pretende ser um político, corre o risco de se tornar refém de algumas poucas ideias. Isso é um problema. Eu não estou fazendo uma crítica de valor, não estou dizendo que isso é negativo; não necessariamente; mas pode ser um complicador nesse processo de definição de prioridades, de elaboração de políticas. Uma pessoa que não sofreu, digamos assim, dessa síndrome foi o Adib Jatene, porque ele não tinha nenhuma pretensão política, embora fosse um ministro forte. O próprio Jatene ficou um ano na primeira gestão e um ano na segunda, o que foi muito pouco tempo. Esse é o problema, essa fragmentação.

Usa como *Dado* para sustentar a *Alegação* de ter sido um ministro sem marcas que lutou para fortalecer o SUS, exemplos de sua trajetória técnica de médico sanitário, que o credencia a enveredar por discussões com repercussão política e midiática. Ele assume como *Dado* o valor de não ter a preocupação de se projetar na carreira política, o que automaticamente descarta qualquer possibilidade de perseguir marcas e, conseqüentemente, ser um ministro caracterizado por isso.

Identifica-se uma *Base*, o jornal *O Globo*, que consiste numa fonte crível que permite fiar sua principal *Alegação* (a de querer uma gestão sem marcas), com menção aos possíveis efeitos colaterais que sua atuação peculiar acabou produzindo.

Nota-se uma *Refutação* quando ele contradiz o questionamento que tenta levá-lo ao rótulo de ministro técnico, definindo-se enfaticamente como um ministro híbrido, técnico-político.

Ademar Arthur Chioro dos Reis

Arthur Chioro *alega* ter sido o último dos ministros de fato radicalmente comprometido com o SUS, pois, conforme seu relato: “*Eu acho que fui um gestor comprometido com o SUS, radicalmente comprometido com o SUS. Acho que se tivesse que me caracterizar, caracterizaria minha equipe como um todo. Foi uma gestão radicalmente comprometida com o SUS*”.

A alegação acima evidencia uma *Base*, que atua no sentido da fala, que atua no sentido de desestimular o ceticismo: “*Eu já ouvi diversas vezes uma expressão*”, em completude no excerto abaixo:

Eu já ouvi diversas vezes uma expressão que de alguma maneira me dá orgulho, mas me dá muita tristeza ao mesmo tempo, de que eu teria sido o último ministro comprometido com o SUS que nós tivemos, e de alguma maneira eu sou obrigado a reconhecer que isso tem uma ponta de verdade. Não sou o único, mas talvez tenha sido o último.

Embora não qualificado como radical, esse compromisso manifesto já havia sido mencionado em seu discurso de posse, ao se assumir como “um militante do SUS e acima de tudo um gestor comprometido com a implementação do Programa de Governo da Presidenta Dilma” (Reis, 2014).

Percebe-se uma *Garantia* que parte da premissa de que um ministro radicalmente comprometido com o SUS se faz por sua independência, capacidade de escuta e diálogo, seja pelo fato em lidar com a luta antimanicomial (primeiro *Dado* mobilizado), pela capacidade de escolha de membros de equipe que sigam o mesmo mantra-objetivo (segundo *Dado*) ou pela capacidade independente de escolha, na vigência de contrariedades aos princípios em que acredita (terceiro *Dado*), como nota-se abaixo:

É sem falsa modéstia, participativa com capacidade de escuta. Acho que vou dizer para você que não teve nenhum ministro nesses trinta anos de SUS que fosse tão vinculado com a luta antimanicomial como eu e minha equipe. Lumena na SAS, Nicanor na coordenação de Saúde Mental, eu como ministro. Era assim uma equipe completamente comprometida, tanto que, na verdade, quando a gente sai, ainda no governo da Dilma, talvez a gente já passe a viver o maior retrocesso. Como eu disse, não tinha compromisso, não pedi, também não pediria para ficar, se não fosse para implementar. Isso não é bravata, não! Isso é porque a equipe que trabalhava comigo jamais me permitiria. Tanto que é até difícil, pois também tivemos grandes equipes, como a do Humberto, gente muito qualificada trabalhando com o Temporão, com o Padilha, mas uma equipe tão comprometida com SUS, em radicalidade com o SUS, com a democracia, vai ser difícil juntar de novo, como eram os que compunham a minha equipe.

Membro do PT de São Paulo, com atuação na gestão municipal em saúde de São Bernardo do Campo e ocupando cargos no Ministério desde 2003, Arthur Chioro foi um ministro com menor peso político que seu antecessor, mas alinhou sua gestão a uma plataforma com quadros tanto do PT quanto da coalizão político-partidária, em geral com atuação prévia na saúde coletiva e identificação com o SUS (Machado; Lima; Baptista, 2017).

De acordo com Machado, Lima e Baptista (2017), seu compromisso radical com o SUS foi permeado por tensões com o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e na relação com entidades do movimento sanitário, sobretudo pela defesa de medidas governamentais polêmicas, como a abertura da saúde ao capital

estrangeiro no fim de 2014, embora seja necessário destacar enquanto ação positiva, o investimento no aperfeiçoamento da Política Nacional de Saúde Mental, durante seu período de atuação no ministério (Hernandes; Fernandes, 2020).

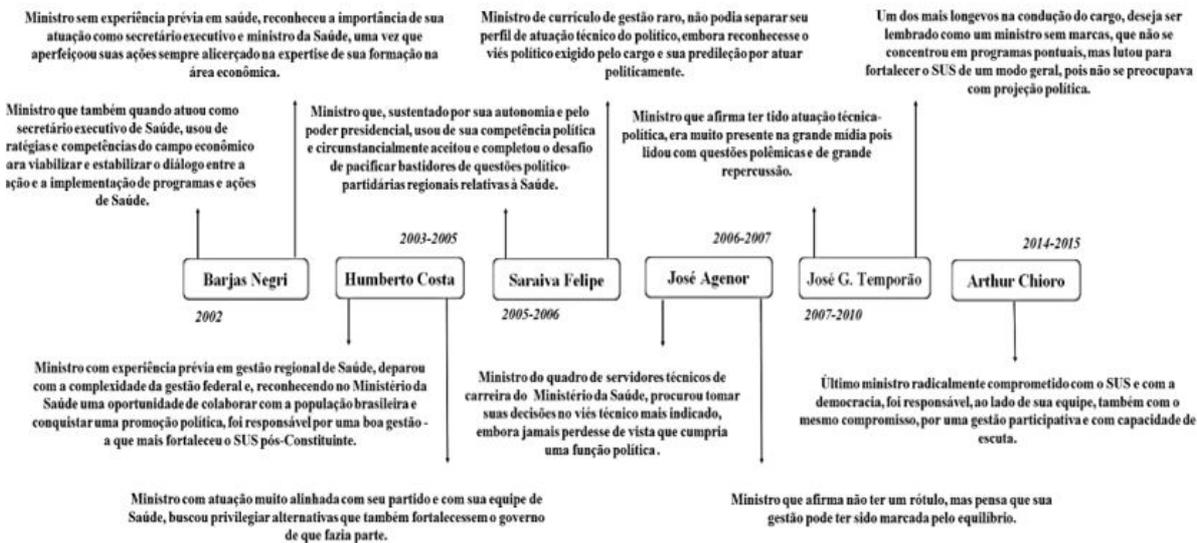
Alguns autores como Filippin (2015) consideram que ações como essa, no contexto do SUS, são inviáveis como política pública de saúde, visto que o investimento irrestrito de recursos do setor privado reforça a assimetria entre os subsistemas

público e privado, além de ser uma violação do direito constitucional à saúde.

Perfis de Atuação Depreendidos

Após a apresentação e discussão dos movimentos argumentativos do Modelo Toulmin, construiu-se um protótipo esquemático (Figura 2) em que se procura sintetizar as *Alegações* que perfizeram o perfil de atuação de cada um dos ex-ministros.

Figura 2 – Alegações que perfazem o perfil de atuação de seis ex-ministros da Saúde (2002 a 2015)



Fonte: Elaborado pelos autores, com Base no Modelo Toulmin.

Considerações finais

Adotar o modelo Toulmin como referencial metodológico permitiu identificar os “perfis de atuação” extraídos e legitimados a partir das *Alegações*, que por sua vez, refletiram coerentemente quando alinhados com a rara literatura científica disponível do tema. Contudo, é fundamental, dada a complexidade da análise, destacar que não se trata de classificá-los e estereotipá-los com base nessas caracterizações.

Percebe-se que, em todos os excertos de discurso, as *Alegações* encontradas reproduzem perfis que, menos ou mais, procuraram personificar e legitimar a gestão pela qual responderam. Destaca-se também a referência quase unânime da complementariedade do perfil de

atuação técnico-político como condição intrínseca para a condução do cargo executivo em saúde.

Obviamente, esse processo de personificação - “eu acho que fui”, “minha gestão foi”, “eu não quero marcas”, “minha equipe”, etc., fica em segundo plano quando se nota que, entre todas as respostas sobre a atuação ministerial, há uma semelhança, coincidente ou não, quando se diz que aquela ou outra gestão foi a que “mais fortaleceu”, “ajudou a implementar”, “foi radicalmente comprometida”, “viabilizou”, o SUS nos seus respectivos períodos de atuação.

Mesmo aqueles que referiram assertivamente ter um perfil técnico-político, como Temporão, configuraram as características de ordem técnica como secundárias em relação às políticas, postuladas

mais como um suporte e uma *Garantia* que, embora de forma ilusória, sustentasse o discurso da atuação num cargo político de forma “imparcial”, algumas vezes “despolitizada” e quase sempre “especializada”, acrescido do fato de que esses postos foram ocupados por homens, sendo um bacharel em economia, outro bacharel em farmácia e os demais médicos.

Por fim, este é o primeiro fruto de uma pesquisa ampla que se dedicou à análise ministerial de uma perspectiva histórica entre os anos de 1995 e 2016, que, no caso deste artigo, valeu-se da interface do conhecimento da área da linguística para sistematizar e legitimar o conhecimento, acrescido de discussões da literatura científica pertinente, sem a pretensão de esgotar as compreensões e reflexões sobre a pauta, embora cientes do ineditismo e da contribuição que o estudo pode representar para pesquisadores da área e interessados no tema.

Este estudo também permitiu, embora não tenha sido o objetivo central destacado para o artigo, o reconhecimento de que no período analisado, 2002 a 2015, o Ministério da Saúde esteve sob a liderança de atuações democráticas e que defendiam o sistema universal e o direito à saúde, mesmo com as diferenças entre o perfil técnico e político; diferentemente do período que se iniciou a partir de 2016 e se estendeu até 2022, quando forças contrárias aos princípios do SUS e com atuação catastrófica diante da pandemia de covid-19 (2020-2022) assumiram a condução da política pública de saúde no Brasil.

Referências

ABRANCHES, S. H. H. Presidencialismo de coalizão: o dilema institucional brasileiro. *Dados*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 5-34, 1988. Disponível em: <https://politica3unifesp.files.wordpress.com/2013/01/74783229-presidencialismo-de-coalizacao-sergio-abranches.pdf>. Acesso em: 8 jun. 2021.

ALBERTI, V. *Manual de história oral*. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora da FGV, 2005.

AMORIM NETO, O. O Poder Executivo, centro de gravidade do sistema político brasileiro. In: AVELAR, L.; CINTRA, A. O. (org.). *Sistema político brasileiro: uma introdução*. 2. ed. São Paulo: Editora Unesp, 2007. p. 131-141.

ARAÚJO, C. E. L. *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 jun. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Galeria dos Ministros. *Biblioteca Virtual em Saúde*, Brasília, DF, 2014. Disponível em: <http://bvs.saude.gov.br/promocao-da-saude-3/83-galeria-dos-ministros>. Acesso em: 8 jun. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/reso466_12_12_2012.html. Acesso em: 8 jun. 2021.

BROCKRIEDE, W.; EHNINGER, D. *Toulmin on argument: an interpretation and application*. *Quarterly Journal of Speech*, [s. l.], v. 46, n. 1, p. 44-53, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1080/00335636009382390>

CAVALCANTE, P.; PALOTTI, P. Entre a política e a técnica: quem são os ministros dos governos democráticos no Brasil (1990 a 2014)? In: ENCONTRO DA ABCP, 10., 2016, Belo Horizonte. *Anais [...]* Belo Horizonte: ABCP, 2016.

CODATO, A.; FRANZ, P. Ministros-técnicos e ministros-políticos nos governos do PSDB e do PT. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 52, n. 5, p. 776-796, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7612174301>

FILIPPON, J. A abertura da saúde nacional ao capital estrangeiro: efeitos do mercado global no Brasil. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, p. 1127-1137, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-110420161070266>

FREITAS, S. M. *História oral: possibilidades e procedimentos*. 2. ed. São Paulo: Humanitas, 2006.

- GOMES, A. C.; DIAS, J. L. M.; MOTTA, M. S. (coord.). *Engenheiros e economistas: novas elites burocráticas*. Rio de Janeiro: Editora da FGV, 1994.
- GONÇALVES-SEGUNDO, P. R. Argumentação e falácias em entrevistas televisivas: por um diálogo entre o modelo Toulmin e a perspectiva textual interativa. *Linha D'Água*, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 69-96, 2016. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2236-4242.v29i2p69-96>
- GONÇALVES-SEGUNDO, P. R. A configuração funcional da argumentação epistêmica: uma releitura do layout de Toulmin em perspectiva multidisciplinar. *Bakhtiniana - Revista de Estudos do Discurso*, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 236-266, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/2176-457347130>
- HERNANDES, E. S. C.; FERNANDES, W. B. Desmonte da Política Nacional de Saúde Mental: quem ganha o quê, por que e que diferença faz. *Associação Nacional dos Especialistas em Políticas Públicas e Gestão Governamental*, Brasília, DF, 2020. Disponível em <http://anesp.org.br/todas-as-noticias/desmonte-politica-saude-mental>. Acesso em: 12 jun. 2023.
- JUSTO, A. M. *A formulação de uma política: contexto, atores e ideias na análise da política nacional de humanização (HumanizaSUS)*. São Paulo: Hucitec, 2019.
- LOPEZ, F.; PRAÇA, S. Critérios e lógica de nomeação para o alto escalão da burocracia Brasileira. In: LOPEZ, F. G. (org.). *Cargos de confiança no presidencialismo de coalizão brasileiro*. Brasília, DF: IPEA, 2015. p. 107-138.
- MACHADO, C. V. *Direito universal, política nacional: o papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002*. Rio de Janeiro: Museu da República, 2007.
- MACHADO, C. V.; LIMA, L. D.; BAPTISTA, T. W. F. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 2, p. 5143-5161, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00129616>
- MENICUCCI, T. M. G. A política de saúde no governo Lula. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 522-532, 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000200022>
- REIS, A. A. C. Discurso de posse: Ministro Ademar Arthur Chioro dos Reis. *Rede Humaniza SUS*, Brasília, DF, 14 fev. 2014. Disponível em: <http://redehumanizasus.net/80373-confira-o-discurso-de-posse-do-novo-ministro-da-saude-arthur-chioro/>. Acesso em: 17 out. 2020.
- REIS, A. A. C.; SÓTER, A. P. M.; FURTADO, L. A. C.; PEREIRA, S. S. S. Tudo a temer: financiamento, relação público e privado e o futuro do SUS. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 40, p. 122-135, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042016S11>
- RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. Argumentação e comunicação médico-paciente: comparando os enfoques da pragma-dialética de Toulmin e a sociolinguística americana. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 12, p. 2577-2587, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00150914>
- TOULMIN, S. *Os usos do argumento*. Tradução: Reinaldo Guarany. São Paulo: Martins Fontes, 2006.
- TOULMIN, S.; RIEKE, R.; JANIK, A. *An introduction to reasoning*. 2. ed. New York: Macmillan, 1984. (Original publicado em 1978).

Contribuição dos autores

Danilo Fernandes Brasileiro: concepção, redação do manuscrito, análise metodológica e análise crítica dos resultados. Maria Cristina da Costa Marques: revisão, análise metodológica e análise crítica dos resultados. Paulo Roberto Gonçalves Segundo: revisão, análise metodológica e análise crítica dos resultados.

Recebido: 14/09/2023

Reapresentado: 16/08/2024

Aprovado: 29/10/2024