

2. ANÁLISE DE POLÍTICAS DE SAÚDE

Ana Luiza d'Ávila Viana
Tatiana Wargas de Faria Baptista

As políticas de saúde comportam diferentes tipos de ações coletivas e individuais, realizadas por diferentes instituições públicas e privadas para responder ao risco das populações adoecerem em distintos momentos históricos. É parte integrante da política social e suas instituições em cada país conformam os modernos sistemas de proteção social.

Política social

Consiste em uma atribuição, definida politicamente, de direitos e deveres legais dos cidadãos. Estes direitos incidem na transferência de dinheiro e serviços com objetivo de compensar condições de necessidade e risco para o cidadão que goza de tal direito, e que não consegue acesso a esses mesmos bens com seus próprios recursos e/ou dotes individuais.

Proteção social

Consiste na ação coletiva de proteger indivíduos contra os riscos inerentes à vida humana e/ou assistir necessidades geradas em diferentes modelos históricos e relacionadas com múltiplas situações de dependência. Os sistemas de proteção social têm origem na necessidade imperativa de neutralizar ou reduzir o impacto de determinados riscos sobre o indivíduo e a sociedade. Pode-se, portanto, afirmar que a formação de sistemas de proteção social resulta da ação pública que visa resguardar a sociedade dos efeitos dos riscos clássicos: doença, velhice, invalidez, desemprego e exclusão (por renda, raça, gênero, etnia, cultura etc.).

Fonte: Viana & Levcovitz, 2005.

Para ampliar a discussão a respeito dos sistemas de proteção social, ver o capítulo 1.

As políticas de saúde devem responder a questões como:

- Quem proteger? Todos os cidadãos? Apenas aqueles que contribuem para o financiamento da política? Somente os mais necessitados?
- Quanta proteção oferecer? Todos os tipos de assistência médica? Somente ações de prevenção e promoção? Apenas ações coletivas?
- Como financiar as ações de saúde? Com impostos? A partir das contribuições coletivas e individuais daqueles que trabalham? Com recursos individuais das pessoas?
- Quem deve ser o prestador de serviços de saúde? A responsabilidade pela prestação de serviços é de um sistema público e estatal ou de prestadores privados regulados pelo Estado?
- Como organizar a oferta de serviços? Quais os serviços que precisam estar próximo aos usuários? Qual deve ser a porta de entrada para o sistema de saúde? O centro de saúde? O hospital?

Cada país respondeu diferentemente a essas questões no último século, conformando modelos mais ou menos abrangentes de atenção à saúde, com maior ou menor participação do Estado no financiamento e na provisão dos serviços, maior ou menor regulação do Estado sobre os sistemas. Mas é fato que desde o início do século XX o papel do Estado na oferta de serviços de saúde cresceu de forma significativa em muitos países e as políticas de saúde tornaram-se peça-chave nos diferentes sistemas de proteção social.

Sob outra perspectiva, a expansão dos sistemas de proteção e de saúde, especialmente a partir da segunda metade do século XX, trouxe à tona questões relativas ao papel do Estado no desenvolvimento dessa política, indicando a necessidade de aperfeiçoamento da regulação pública, com a definição de parâmetros/diretrizes para o controle das ações e dos custos dos sistemas e serviços de saúde, de ajuste entre necessidades e oferta de serviços e de melhorias na qualidade da atenção.

Todo esse debate foi acompanhado e analisado por um conjunto expressivo de cientistas políticos de diversos países, no intuito de constituir informações sobre os diferentes modelos de proteção adotados pelos países e compreender as dificuldades por eles enfrentadas diante da expansão dos sistemas. No século XX, e com maior vigor a partir dos anos 60, surge o interesse por estudos mais específicos sobre as políticas públicas e pela análise da política de saúde, considerada uma área estratégica no conjunto das políticas sociais.

Política

Significa tudo que se refere à cidade, ao cidadão (urbano, civil, público, sociável e social). Por muito tempo o estudo da política esteve ligado a tratados sobre o Estado, e atualmente é vista como ciência do Estado ou ciência política e passou a indicar a atividade ou conjunto de atividade que têm como termo de referência o Estado. Assim, a política é inerente aos Estados, às pessoas e às instituições: uma atividade mediante a qual as pessoas fazem, preservam e corrigem as regras sob as quais vivem, sendo inseparável tanto do conflito como da cooperação, em que serão mediados valores e opiniões diferentes, necessidades concorrentes e interesses opostos. Por essa razão, o conceito de política está estreitamente relacionado ao de poder.

Fonte: Bobbio, 1995.

O objetivo central deste capítulo é introduzir a discussão sobre a análise da política de saúde buscando elementos para o debate no que diz respeito ao papel do Estado na proteção social e, em específico, na saúde.

Discutiremos na primeira seção os marcos gerais desse novo campo de estudo e, em seguida, os principais referenciais teóricos utilizados para análise de políticas públicas. Na terceira seção, examinaremos as principais contribuições de diferentes autores e escolas no desenvolvimento de um método próprio para a análise de políticas públicas e sua aplicação em casos concretos. Na quarta seção, trataremos dos modelos e métodos de análise utilizados nos estudos de políticas públicas. Nas seções seguintes, apresentaremos como se desenvolveu a análise da política de saúde no contexto internacional e no Brasil. Finalmente, nas conclusões, serão apontadas algumas tendências e lacunas dos estudos atuais e uma agenda de tópicos para investigações futuras na área da saúde.

POLÍTICAS PÚBLICAS: DO QUE SE TRATA?

Nas últimas décadas do século XX, abriu-se um novo campo de estudos definido em sentido amplo como *public policies*, *policy studies* ou *policy science*, traduzido para nós apenas por análise de políticas públicas. Esse campo, voltado para analisar as relações entre governo, governantes e cidadãos, teve maior crescimento na década de 1980.

Governo, em uma definição mais próxima do Estado moderno, diz respeito não apenas ao conjunto de pessoas que detêm o poder político e que determinam a orientação política de determinada sociedade, mas também ao complexo de órgãos que institucionalmente têm o exercício do poder. O governo constitui um aspecto do Estado.

Por **governantes** se entende o conjunto de pessoas que governam o Estado.

Fonte: Levi, 1995.

Mas, o que vem a ser política pública?

Há uma enormidade de definições sobre políticas públicas, umas mais simples outras mais robustas, e podemos citar três para que se compreenda a complexidade que envolve hoje a disciplina: Thomas Dye definiu, em 1972, de maneira sucinta, como aquilo que o governo escolhe fazer ou não fazer; Willians Jenkins produziu, em 1978, uma definição mais complexa e menos isolada à decisão governamental, como uma conjunção de decisões tomadas por atores políticos ou grupo de atores em relação a metas e recursos para se atingir uma determinada situação; James Anderson introduziu, em 1984, novos problemas, ao dizer que a política pública é o curso de uma ação proposta por um ator ou grupo de atores para solução de um problema ou uma questão de interesse (dos atores), indicando que não somente problemas públicos ou sociais se tornam objeto de decisões governamentais.

No *Dicionário de Política*, organizado por Bobbio, Matteuci e Pasquino (1995), a política pública é definida como um conjunto de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público, atuando e influenciando sobre as realidades econômica, social e ambiental. As políticas públicas variam de acordo com o grau de diversificação da economia, com a natureza do regime social, com a visão que os governantes têm do papel do Estado no conjunto da sociedade, e com o nível de atuação dos diferentes grupos sociais (partidos, sindicatos, associações de classe e outras formas de organização da sociedade).

Com essa definição, os autores resumem o que há de essencial nesse conceito: a idéia de orientação política do Estado e de interesse público, ou seja, um Estado existe em função de um interesse maior, da própria sociedade, e será a expressão daquilo que cada sociedade almeja. Nesse sentido, falar de política pública é falar de Estado, é falar de pacto social, de interesses e também de poderes, visto que, atrás de todo interesse há o poder. Falar de política pública é falar do Estado em ação, do processo de construção de uma ação governamental para um setor, o que envolve recursos, atores, arenas, idéias e negociação.

Pacto

Ajuste, convenção, contrato. Em teoria política é um elemento empregado freqüentemente e indica uma transação entre antagonistas políticos que conciliam interesses diversos, como também resulta do que foi debatido durante uma conferência ou reunião.

Fonte: Stoppino, 1995.

Poder

Pode ser definido como uma relação entre dois sujeitos na qual um impõe ao outro a própria vontade para obtenção de alguma vantagem. Há várias formas de poder sobre o homem, e o poder político é apenas uma delas. Aristóteles já distinguia o poder paterno, o poder despótico e o poder político. O fundamento do poder político, como definido por Locke, é o consenso. Segundo Stoppino (1995), quando definimos que o poder político se volta para os interesses dos governados e dos governantes e se funda sobre o consenso, não estamos definindo o caráter de qualquer governo, mas do bom governo.

Essa é uma mudança importante no estudo das políticas, pois o que se pretende é menos uma visão normativa e descritiva das políticas e mais uma análise das relações de poder entre os grupos e como se expressam na orientação do Estado. A análise de uma política é a análise a respeito dos processos e atores (portadores de poderes) envolvidos na construção da política, identificando as formas de intervenção adotadas pelo Estado, as relações entre atores públicos e privados, os pactos, objetivos, metas e perspectivas do Estado e da sociedade.

Nesta abordagem, conhecer o papel que o Estado exerce é fundamental. Os rumos tomados por uma política devem ser avaliados a partir da prática de negociação dos governos e suas escolhas, tanto materiais como morais. Ou seja, da capacidade das instituições de governo de escutar as demandas e incorporá-las e, especialmente, da habilidade das instituições no desenvolvimento de um projeto político de Estado. Em uma democracia, as instituições de governo são mais ou menos sensíveis às demandas do seu eleitorado, e são as características que regem o Estado que permitirão maior ou menor abertura e influência de indivíduos e grupos no processo decisório, determinando processos políticos mais ou menos democráticos.

Para Skocpol e Amenta (1986), os Estados devem ser analisados em sua arquitetura, para que se possa desvendar como suas lógica e estrutura afetam o processo decisório das políticas sociais tanto no âmbito político como administrativo. Nesse sentido é que a análise de uma política coloca em questão o próprio Estado, pois revela os princípios políticos e ideológicos que norteiam sua ação, a forma de relação estabelecida com os grupos demandantes, o papel exercido pelas instituições públicas, as práticas de governo instituídas e outras tantas variáveis que compõem essa complexa trama que é a construção de uma política.

A análise de políticas públicas tem como objetivos questionar a ação pública, seus determinantes, suas finalidades, seus processos e suas conseqüências. O objeto principal de análise são os processos de tomada de decisão no momento de construção de uma dada política ou de um grupo de políticas. Tal análise implica:

Na definição de Walt (1994), **instituições de governo** são instituições públicas cujas decisões levam a leis que interferem na vida de toda a sociedade. São o parlamento, o executivo, a burocracia, os ministros e os departamentos de Estado.

- descrição das regras institucionais e sua influência sobre o processo decisório;
- identificação dos participantes do debate político e das coalizões que se podem formar;
- avaliação dos possíveis efeitos das distintas coalizões sobre as decisões.

Para refletir

Vamos exercitar o raciocínio proposto a partir da análise da política pública de saúde no Brasil. Veja também os capítulos 10, 11 e 12 sobre a história desta política para auxiliar nessa análise.

A Constituição Brasileira de 1988 instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) como uma política pública do Estado. Que modelo de política social foi definido? Qual a diferença deste modelo para o que se havia desenhado no Estado brasileiro até então?

Nesse sentido, como a análise de política pública não está orientada tão simplesmente para a solução de problemas concretos e imediatos, olhar sobre os mecanismos de construção da ação pública pode contribuir para renovar algumas questões clássicas da ciência política, tais como:

- Por que o Estado intervém?
- Por que determinados grupos detêm o poder (sobre determinadas políticas)?
- Quem está envolvido com o sistema político e quem toma as decisões? O quanto democrático é o sistema?
- Como a ação pública é decidida e implementada?
- Que regras dirigem as transformações e as mudanças das ações públicas?
- Que tipos de modificações são colocadas pelos atores envolvidos com a política?
- Como as decisões tomadas são disseminadas? Trata-se de um sistema democrático ou autoritário?
- O objeto da política visa um sistema igualitário ou desigual? Qual o projeto de Estado que norteia as ações políticas?

O que podemos perceber é que o estudo de políticas públicas é necessariamente multidisciplinar, pois envolve considerações de diferentes ciências, como direito, economia, sociologia, antropologia e história, para poder analisar diferentes aspectos e dimensões de uma determinada política (financeiro, jurídico-legal, relações entre sociedade e governantes e entre cidadãos). Existem diferentes abordagens e modelos teóricos que

buscam explicar as relações entre esses aspectos, dando peso maior ou menor a cada um deles no desenvolvimento de uma política. Em alguns casos, o peso da análise incide mais sobre o processo histórico e cultural de construção de um Estado e a participação societal; em outros casos, a ênfase recai nas condições estruturais e econômicas que fundamentam um Estado; há ainda estudos que procuram articular as diferentes dimensões sem realçar um ou outro aspecto, como veremos a seguir.

Como campo de estudo, a principal contribuição da análise de políticas públicas tem sido a de possibilitar maior transparência acerca do padrão político e decisório adotado pelos Estados. A análise de políticas permite ainda a identificação dos condicionantes internos e externos que envolvem o desenvolvimento de uma política, servindo como insumo para novas formulações. Por fim, esta análise tem se mostrado um instrumento metodológico valioso na comparação com outras realidades, possibilitando o aprendizado mútuo e a troca de experiências. Por essas e outras razões a análise de políticas tem sido amplamente divulgada em todo mundo servindo como referencial metodológico para cientistas políticos e sociais.

REFERENCIAIS TEÓRICOS PARA A ANÁLISE DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Destacam-se na literatura especializada dois eixos de análise (e suas variações) que inspiraram durante décadas as diversas leituras do processo político. Uma forma de análise da política que centra o processo decisório na sociedade (*society-centred*) e outra que centra a análise no papel exercido pelo Estado (*state-centred*).

Na abordagem societal, ou também conhecida como pluralista, o que se advoga é que o Estado é o produto da interação entre grupos livremente formados e constitui uma forma 'leve', totalmente permeável aos interesses e competições entre grupos que caracterizam as lógicas sociais. A escola pluralista vê o Estado como um espaço vazio onde grupos em disputa ou associados à burocracia governamental (corporativismo) imprimem direção às políticas. Ou seja, o acento da política está sobre o caráter societal do Estado, sobre a imersão das políticas públicas em uma complexidade das relações sociais. A escola americana é a que mais difundiu essa forma de pensamento, tendo como representantes pensadores como Downs, Buchanan e Tocqueville.

Existem variações teóricas resultantes da abordagem pluralista que surgem com o objetivo de superar as limitações desta visão; são elas: a visão elitista e corporativista.

Na visão elitista ressaltam-se o poder exercido por um pequeno número de organizados interesses sociais (elites) e a habilidade dos mesmos para alcançar seus objetivos, considerando que existe uma desigualdade na atuação dos diferentes grupos no processo político.

Já na visão corporativista, apesar da ênfase na atuação dos grupos de pressão, o que é destacado é o fato de estes grupos estarem integrados ao Estado, o que é entendido como um mecanismo de controle de conflitos entre os grupos, que estariam subordinados aos interesses mais abrangentes e de longo prazo dos Estados nacionais.

Sob uma perspectiva diferente a da abordagem societal ou pluralista, está a abordagem estatal ou estruturalista, na qual o Estado é visto como uma unidade que determina e conforma a estrutura de funcionamento social.

Dentro da visão estruturalista, destacamos a marxista que indica a influência dos interesses econômicos na ação política, vendo o Estado como um importante meio para a manutenção do predomínio de uma classe social particular e, dessa forma, afirmando que o Estado tem um caráter de classe. As ações do Estado podem ser explicadas a partir da estrutura da sociedade capitalista, da ação direta e da articulação dos capitalistas, da diferente posição estrutural das diversas classes no capitalismo. Alguns marxistas consideram principalmente as estratégias dos atores e outros salientam a autonomia relativa do Estado diante dos interesses da classe capitalista. Como afirma Marques (1997), muito da teoria marxista sobre o Estado e a primazia da burguesia como principal ator político na definição das ações encontra respaldo direto na forma como se desenvolve a luta política. Porém, a crítica que pode ser feita é sobre a supremacia desse ator, que se transforma em sobredeterminação, isto é, os interesses da burguesia definiriam *a priori* o resultado das lutas concretas que acontecem na sociedade.

Na década de 1980, essas abordagens sofreram várias críticas, acusadas principalmente de não responderem satisfatoriamente à complexidade e dinâmica do processo político. Surgem, a partir de então, contribuições que pretendem mesclar esses modelos e criar novas formas de compreensão da realidade, como o neo-institucionalismo.

O neo-institucionalismo é uma corrente das ciências sociais que defende a importância das instituições para o entendimento dos processos sociais. Ele salienta que entre Estado e sociedade existem as instituições, que moldam o comportamento dos atores, demandam políticas e legitimam a ação do Estado. Nesta visão, é possível considerar mais amplamente as relações Estado-sociedade, o papel das instituições e atores, e trabalhar com noção mais dinâmica do processo político. A abordagem neo-institucionalista tem como representantes Olsen, March e Skocpol.

Mais recentemente merece destaque a análise multicausal da política proposta por Ferrera (1993), cientista social italiano. Esta abordagem enfatiza a importância de uma análise combinada de fatores para uma melhor compreensão das políticas públicas. O autor assinala que os processos de industrialização, urbanização e modernização (e, portanto, de mudanças demográficas significativas), de expansão do mercado capitalista e de democratização foram os elementos formadores do contexto no qual emergiram os modernos sistemas de proteção social; porém não podem ser vistos como causa única na explicação desse fenômeno. A abordagem multicausal de Ferrera é um avanço em relação às abordagens mais descritivas e funcionalistas das políticas, e possibilita análises sobre o desenvolvimento das políticas menos dependentes de variáveis externas às próprias políticas, tendo levado a uma maior percepção tanto dos elementos que interferem nesse processo quanto do grau, tipo e peso da participação dos diferentes atores na formação de políticas, bem como de suas estratégias de interação em cada um dos momentos da ação estatal.

Cada uma dessas escolas de referência pode nos explicar os rumos de uma política segundo os interesses individuais e de disputa entre grupos de interesse (pluralismo) ou das razões estruturais da sociedade capitalista (estruturalismo). Entretanto, na análise da política de saúde, vista como parte dos grandes sistemas de proteção social, foi mais comum o uso não exclusivo de um único referencial.

ANÁLISE DE POLÍTICAS PÚBLICAS: O CICLO DA POLÍTICA

A análise de políticas públicas desenvolveu um método, que se tornou bastante popular, com base na desagregação do processo de uma política em fases ou estágios e se referindo ao conjunto das fases como o ciclo de uma política. Esse método sofreu ao longo do tempo inúmeros tratamentos e foi originado dos trabalhos pioneiros de Harold Laswell (1951), dividindo o processo da política pública em sete estágios que compreendem desde a promoção de determinada idéia, de como solucionar um problema, até a própria solução do problema, porém circunscrita ao âmbito governamental.

A versão de Gary Brewer (1974) das fases de Laswell, já na década de 1970 extrapola o círculo governamental, introduzindo a fase de reconhecimento do problema e a idéia de que muitas políticas não possuem um ciclo definido do nascimento à morte, pois sucedem umas as outras, com pequenas ou maiores modificações.

Hoje em dia, o estudo de uma política compreende cinco grandes fases: o reconhecimento do problema, que corresponde à fase de entrada de um conflito na agenda política; a definição de propostas de soluções, que corresponde à fase de formulação da política; a escolha de uma solução, que corresponde à fase de tomada de decisão; o momento de pôr uma solução em andamento, o que equivale à fase de implementação; e, finalmente, o monitoramento de resultados ou fase de avaliação da política (Quadro 1). Cada uma das fases envolve processos distintos, redes próprias de atores, e sofre diversas influências do contexto político mais geral, em um processo dinâmico e constante de negociação.

Quadro 1 – Cinco estágios do ciclo da política e sua relação com a aplicação do modelo de solução do problema

Fases da aplicação do modelo de solução do problema	Fases do ciclo da política
1. Reconhecimento do problema 2. Propostas de soluções 3. Escolha de solução 4. Pôr uma solução em andamento 5. Monitoramento dos resultados	1. Entrada na agenda 2. Formulação da política 3. Tomada de decisão 4. Implementação da política 5. Avaliação da política

Fonte: Howlett & Ramesh, 1995.

A seguir, apresentamos como as fases da política se transformam em processos de análise para o modelo de solução de problemas.

O primeiro passo para desenvolver uma política é o reconhecimento de um problema como de relevância pública. Os problemas constituem o ponto de partida para a geração de uma política pública. Eles não existem como unidades isoladas, resultam sim de alguns fatores, como demandas políticas e sociais; necessidades identificadas; juízos de valor sobre certa realidade; compromissos políticos assumidos.

Um problema torna-se prioritário em algumas circunstâncias: quando mobiliza a ação política de grupos de interesse dotados de fortes recursos de poder; quando constitui uma ação de crise, calamidade ou catástrofe; ou quando representa uma situação de oportunidade, o que Kingdon (1984) denominou “janela de oportunidade”.

Grupos de interesse

São os grupos que, mediante formas múltiplas e variadas, procuram fazer valer seus interesses junto ao poder político. Inversamente, o poder político estabelece

relações com esses grupos para, eventualmente, interditá-los, controlá-los ou associá-los à sua ação. Assim, o grupo de interesse se distingue dos outros grupos pela sua interação – sob qualquer forma – com as instituições do Estado e com os partidos engajados na luta pela conquista e o exercício do poder.

Fonte: Mény, 1996.

Exemplos de problemas que se tornaram prioritários e alcançaram o *status* de uma política

SITUAÇÃO DE CALAMIDADE – o *tsunami* no ano de 2004 tornou-se problema prioritário do governo na Indonésia, exigindo a definição de uma política pública imediata para a reversão do quadro de calamidade social instalado.

SITUAÇÃO ADVINDA DA AÇÃO POLÍTICA DE GRUPOS DE INTERESSE – a definição da lei tornando obrigatória a distribuição gratuita de medicamentos para a Aids, em 1996, deu-se mediante forte articulação do movimento social da Aids com os legisladores, sociedade civil, governo e outros.

SITUAÇÃO DE OPORTUNIDADE – a desigualdade social no Brasil, referida especialmente à população negra, encontrou no âmbito do governo Lula (2003) uma situação de oportunidade para a definição de políticas públicas compensatórias, como a definição de quotas nas universidades públicas e a priorização de políticas para as comunidades de origem quilombola.

A idéia de uma situação de oportunidade é bastante interessante quando busca compreender as razões para o desenvolvimento de uma política. Para Kingdon (1984), um tema surge como prioritário apenas em determinadas circunstâncias, após uma maturação do processo político e em uma situação específica, ou seja, os problemas podem existir e serem identificados como relevantes para o interesse público, mas não entram na agenda política do Estado.

Kingdon introduz a noção de ‘agenda’ para designar o espaço de constituição da lista de assuntos e problemas que chamam a atenção do governo e da sociedade em um determinado tempo e espaço e diferencia três tipos de agenda a considerar no processo político:

- agenda sistêmica ou não governamental – corresponde à lista de assuntos e problemas antigos do país, sem merecer a atenção do governo;
- agenda institucional ou governamental – inclui os problemas que merecem atenção do governo;
- agenda decisória ou política – lista de problemas a serem decididos.

Para refletir

Como e por que o SUS entra na agenda pública do Estado na década de 1980? Respondendo a que problema(s)?

Quando um problema torna-se prioritário entra na agenda política ou decisória do Estado, o que corresponde ao primeiro momento do ciclo de uma política. Portanto, a delimitação de uma agenda política é a definição do conjunto de problemas que serão priorizados pelas autoridades governamentais, constituindo objeto de decisão política. Sob outro aspecto, a exclusão de assuntos da agenda governamental pode ocorrer em função de uma base de apoio insuficiente para manutenção do assunto na agenda; em função de políticas mal formuladas; devido a uma política governamental deliberada de enfraquecimento e extinção daquele problema; e também devido à alteração da natureza do problema.

O passo seguinte à entrada do problema na agenda governamental é a formulação propriamente dita da política. O processo de formulação de uma política é o momento em que, dentro do governo, se formulam tipos de soluções para o problema – pode ser entendido como um diálogo entre intenções e ações. A formulação de uma política consiste na investigação do problema e na busca de opções e alternativas para sua resolução.

Para refletir

Quem participou da formulação da política de saúde brasileira que levou à constituição do SUS? Quem foram os 'fazedores' ou 'construtores' da política de saúde brasileira?

A fase seguinte à formulação é a de tomada de decisão e abarca o processo de escolha, pelo governo, de uma solução específica ou uma combinação de soluções, em um dado curso de ação ou não-ação; é o momento em que se desenham as metas a serem atingidas, os recursos a serem utilizados e o horizonte temporal da intervenção.

Estas são fases importantes do ciclo da política, pois nelas se definem os princípios e diretrizes para o desenvolvimento de uma ação. As fases de formulação e de tomada de decisão de um programa expressam as escolhas políticas de uma autoridade central (em qualquer nível em que esta autoridade esteja localizada). As escolhas políticas estão inseridas em uma cultura e em condições socioeconômicas que influenciam os 'fazedores' de políticas. Em contrapartida, as regras institucionais limitam o raio de ação de quem toma as decisões, e a decisão ocorre em instâncias hierárquicas governamentais, dentro de um Estado hierarquizado e que possui formas específicas de funcionamento.

Na análise dessas fases é importante questionar como as alternativas políticas foram formuladas e como determinada proposição foi escolhida entre outras alternativas.

Difícilmente todas as decisões relevantes são tomadas durante as fases de formulação e tomada de decisão, isso porque muitas definições envolvem conflitos, negociações e compromissos com interesses antagônicos; outras resoluções só podem ser tomadas quando todos os fatos estão à disposição dos implementadores (muitas vezes há falta de informação sobre os processos envolvidos); por fim, no processo de formulação e decisão ainda há conhecimento limitado sobre o impacto efetivo das novas medidas propostas. Por essas e outras razões, muitas decisões são adiadas para a fase de implementação, o que também pode trazer prejuízos para o desenvolvimento de uma política.

A fase de implementação da política é o momento de colocar uma determinada solução em prática; envolve uma série de sistemas ou atividades da administração pública: o sistema gerencial e decisório, os sistemas de informação, os agentes implementadores da política, os sistemas logísticos e operacionais (recursos materiais, financeiros), dentre outros. Contudo, não se deve concluir que a fase de implementação é uma fase administrativa da política, pois cada um desses sistemas e atividades envolve questões estratégicas, 'política', interesses e múltiplos atores. Nesse sentido, a fase de implementação é um momento crucial no ciclo de uma política. Nesse momento, uma definição feita na fase de tomada de decisão pode ser modificada ou mesmo rejeitada e alterar o argumento principal da própria política; novas negociações são processadas e, por consequência, novas decisões e formulações apresentadas, reiniciando, por vezes, o ciclo de uma política.

Para refletir

Pode-se dizer que o SUS iniciou a fase de implementação da política a partir de 1990, com a aprovação da Lei Orgânica da Saúde (lei 8.080), que regulamenta o sistema. Que desafios e dificuldades se apresentam para a implementação do SUS legal na realidade da assistência à saúde brasileira? Que fatores contribuem para o distanciamento entre o 'SUS legal' e o 'SUS real'?

A implementação pode ser encarada como um jogo em que uma autoridade central procura induzir agentes (implementadores) a colocar em prática objetivos e estratégias que lhe são alheias, mas a resposta (aceitação, neutralidade ou rejeição) dos agentes implementadores depende de muitos fatores, tais como: o entrosamento entre formuladores e implementadores, a compreensão da política, o conhecimento de cada

fase do processo e da quantidade de mudança envolvida com a nova política. De todos os fatores, este último apresenta-se como o mais crítico, porque determina os graus de consenso ou conflito em torno das metas e objetivos de uma política, e quanto maior a mudança, menor o consenso.

Esse tem sido um aspecto crítico de discussão na literatura especializada de análise das políticas públicas. A fase de implementação tem merecido destaque na tentativa de melhor compreender por que os governos são muito melhores para fazer a legislação do que para efetuar as mudanças desejadas.

Para Hogwood e Gunn (1984), o momento de implementação está diretamente relacionado à fase de formulação da política, na qual há uma tendência a constituir pactos políticos abrangentes, sem uma especificação da política a ser implementada, ou dos pré-requisitos que a sustentam. Se o resultado da negociação no momento de formulação de uma política é o desenho de uma política ruim, com um diagnóstico impreciso e inconsistente da realidade política e institucional, a chance de implementação dessa política é pequena. Portanto, se a política é 'boa', mas a perspectiva de execução é ruim, pela falta de capacidade técnica ou falta de recursos, também existirão problemas na implementação. Os autores consideram que uma política está sujeita a fatores externos diversos e que dificultam a sua implementação, por exemplo o fator má sorte, o que não necessariamente está associado ao momento de formulação da política.

Para refletir

Em estudo sobre a Assembléia Nacional Constituinte de 1987/1988 e a inserção do capítulo da saúde no contexto da política de seguridade social, Baptista (1998) demonstrou que um dos dilemas da política de saúde foi a generalidade e abstração do texto constitucional no tocante à política de seguridade social, compondo uma política pouco resistente às mudanças que poderiam ser processadas no âmbito do Estado brasileiro pós-constituinte, fragilizando, por conseqüência, a política de saúde.

Será esse um aspecto crítico ao desenvolvimento do SUS na atualidade?

O momento de implementação é de intensa negociação; nele se vê realmente onde se sustentam os pactos estabelecidos. Se o momento de formulação é uma ocasião de grandes consensos, em que tudo é possível, é no momento da implementação que se descobre a real potencialidade de uma política, quem são os atores que a apóiam, o que cada um dos grupos disputa, e seus interesses. Ou seja, estabelecem-se novos pactos, agora com novos atores, muitas vezes não-participantes do pacto inicial de formulação, como os atores responsáveis pela prestação direta de

serviços e que são, na ocasião da implementação, os principais agentes de transformação da política; tem início um novo processo decisório, uma nova formulação da política, agora voltada para a sua aplicabilidade mais imediata e já não mais sujeita a intervenções ampliadas dos grupos sociais que sustentaram a proposta previamente aprovada.

Por que isso ocorre?

Pelo menos três razões têm sido apontadas nos estudos sobre as políticas: 1) o baixo compromisso dos políticos com o momento de implementação aceitando que lhes cabe o ônus da formulação, do qual prestam contas; 2) uma divisão institucionalizada entre aqueles que formulam e os que implementam uma política, sendo estes últimos capazes de identificar os pontos-chave da operacionalização (conhecimento técnico); 3) a própria complexidade do processo, que demanda um conhecimento sólido e prévio das múltiplas variáveis que influem no processo político e que, por mais controladas que sejam, apresentam também um comportamento independente, não linear.

Para refletir

No momento de formulação do SUS foram definidos claramente os recursos necessários à sua implementação? Tinha-se clareza da estratégia de implementação? Havia consenso entre os grupos envolvidos na formulação e na implementação?

Para a análise da implementação, deve-se perguntar:

- A formulação da política apresenta objetivos, metas e direção claros?
- Os recursos necessários para sua implementação foram considerados no momento da formulação/implementação?
- O processo de construção da estratégia de implementação é claro? Em especial quanto à divisão de atribuições e atividades? Exige mudança organizacional?
- Os atores envolvidos na implementação estão de acordo e compreendem a política traçada?

Estas questões têm sido abordadas nos estudos de análise da implementação de políticas. Merecem destaque os enfoques *top-down* e *botton-up*.

O **enfoque top down** entende a política como uma 'propriedade' dos formuladores situados no topo das organizações, como atores que têm o controle do processo de

formulação; enfoca, assim, os acontecimentos empreendidos por uma única instância decisória, procurando responder a questões como: o grau de alcance da política; o equacionamento dos impactos e os objetivos; os principais fatores que afetam o impacto e a própria política e as reformulações obtidas ao longo do tempo. Aborda, portanto, o porquê de certas políticas serem bem-sucedidas (bem-implementadas) e outras não, partindo de uma definição de implementação como um processo em que ações de atores públicos ou privados são dirigidas ao cumprimento de objetivos definidos em decisões políticas anteriores.

O **enfoque *botton up*** constitui-se a partir de críticas ao enfoque *top down*, parte da análise das redes de decisões que se dão no nível concreto em que os atores se enfrentam quando da implementação, sem conferir um papel determinante às estruturas preexistentes; parte da idéia de que existe sempre um controle imperfeito em todo o processo de elaboração de política, o que condiciona o momento da implementação. Esta é entendida como o resultado de um processo interativo por meio do qual uma política que se mantém em formulação durante um tempo considerável se relaciona com o seu contexto e com as organizações responsáveis por sua implementação. Este enfoque chama a atenção para o fato de que certas decisões que idealmente pertencem ao terreno da formulação só são efetivamente tomadas durante a implementação porque se supõe que determinadas opiniões conflitivas não podem ser resolvidas durante o momento da tomada de decisão.

As críticas aos modelos *top down* e *botton up* levaram à constituição de uma nova geração de estudos que a partir da realização de muitas pesquisas empíricas, pautadas nos modelos formulados anteriormente, revelam novos modelos capazes de combinar e sintetizar os anteriores, demandando enfoques multicausais.

Após a fase de implementação, sucede a fase de avaliação, última do ciclo da política. A avaliação é um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um dos seus componentes, com o objetivo final de ajudar na tomada de decisões; refere-se ao processo de monitoramento dos resultados pelo próprio governo ou por outro tipo de organização, visando a subsidiar uma análise da política implementada reconduzindo seu curso.

Os estudos de avaliação são de tipo específico e compreendem a pesquisa avaliativa e a avaliação propriamente dita.

A pesquisa avaliativa consiste em fazer um julgamento após uma intervenção (*ex post*) usando métodos científicos. Trata-se de analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, assim como as relações existentes entre a intervenção e o contexto no qual ela se situa, geralmente com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Deve ser feita por pesquisadores exteriores à intervenção.

Por sua vez, a avaliação propriamente dita é a atividade que consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (avaliação da estrutura), os serviços e bens produzidos (avaliação de processo) e os resultados obtidos (avaliação de

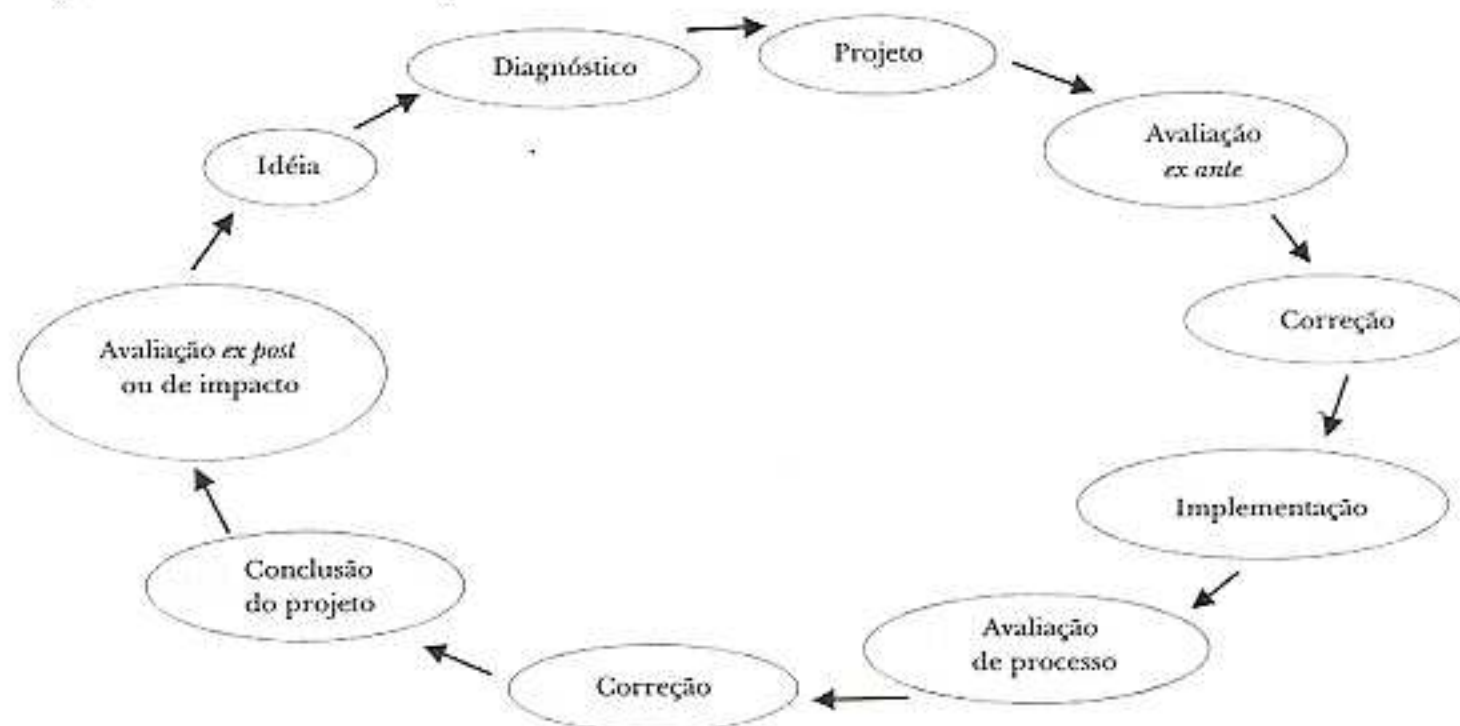
impacto), com critérios e normas. Tem como finalidade principal ajudar os gerentes a preencher suas funções habituais.

Existem estudos de avaliação que se realizam na fase de formulação e tomada de decisão para uma política, são as chamadas avaliações *ex ante*, que ocorrem antes da implementação e compreendem o cálculo do custo-benefício e do custo-efetividade, visando a subsidiar os formuladores de política de informações mais precisas das possibilidades e alcance dos recursos a serem empregados.

Já as avaliações de estrutura e de processo estudam a fase de implementação de determinada política, e a avaliação de impacto estuda o efeito dos resultados. São avaliações *ex post* – ocorrendo durante e depois da fase de implementação, possibilitando uma compreensão do desenvolvimento de uma estratégia política e a definição de novos rumos para a mesma.

Cohen e Franco (1994) assinalam que, para melhor visualizar os estudos de avaliação, deve-se partir de uma configuração que postule que toda política é composta de ações sobrevindas entre a situação atual e uma nova. A situação atual é retratada por diagnósticos que têm por finalidade descrever, explicar e projetar uma determinada realidade. O ciclo da política compreenderia então: idéia – diagnóstico – projeto – avaliação *ex ante* – correção – implementação – avaliação de processo – correção – conclusão do projeto – avaliação *ex post* ou de impacto – idéia, tal como expresso na Figura 1.

Figura 1 – O ciclo da política



Fonte: Cohen & Franco, 1994.

Em resumo, a grande vantagem desse modelo de análise (ciclo da política) é permitir que se estude em profundidade o processo isolado de uma fase, ou as interações e determinações múltiplas entre as fases ou,

Custo-benefício

É uma relação monetária entre os custos e os benefícios de uma política. Se os benefícios excederem o custo, a política é aceitável (mais adequado aos projetos econômicos).

Custo-efetividade

Montante limitado de recursos aplicados de forma a permitir um maior número de unidades de resultados e benefícios, independente do valor da unidade de resultado. Não requer relação monetária e é mais utilizado em projetos sociais.

ainda, comparar diferentes políticas segundo a mesma fase. A grande desvantagem, por sua vez, é fazer crer que o ciclo da política é um ciclo de soluções de problemas de forma sistemática, mais ou menos linear e seqüencial no tempo.

Para refletir

Quais são as vantagens e as desvantagens desse tipo de análise para o entendimento da política pública de saúde no Brasil?

Novos modelos de análise do ciclo da política, como o *improved model* (Howlet & Ramesh, 1995), foram desenvolvidos no sentido de identificar os atores implicados no processo das políticas públicas e os interesses que perseguem, sabendo-se que inexitem interesses puramente isolados tendo em vista a configuração atual do Estado, da sociedade e do papel das instituições internacionais.

Esse novo modelo deve dar conta do papel dos atores políticos na forma como determinados problemas seguem um curso específico; dos interesses que envolvem a ação dos atores e os tipos de soluções; do impacto das idéias sobre determinados assuntos que referenciam as ações dos diferentes atores; da natureza dos instrumentos que utilizam para implementar políticas; do impacto das experiências passadas no presente e no comportamento futuro dos governantes etc.

Neste modelo, a ênfase deve ser dada à idéia de que o contexto da sociedade, do Estado e das instituições internacionais constrange e configura a forma como problemas são definidos, antes que solucionados, facilita a seleção de determinadas soluções, inibe outras, da mesma forma que os discursos a respeito de determinados assuntos influenciam as advocacias criadas para a defesa de determinadas soluções e não de outras.

MODELOS E MÉTODOS UTILIZADOS NA ANÁLISE DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Este item apresenta cinco abordagens de análise de políticas públicas, somando-se uma às quatro apresentadas por Peter Burke (2002) na obra *História e Teoria Social*, comuns a várias disciplinas das ciências sociais e também muito usadas na análise de políticas públicas e de saúde: o método comparativo, o uso de modelos e tipos, o emprego de métodos quantitativos, o 'microscópio' social e o método econômico.

O método comparativo

O fundador da sociologia, Durkheim, distinguiu dois tipos de comparação: entre coisas iguais ou da mesma espécie e entre coisas

diferentes. A partir de então, e graças a Max Weber, outro grande sociólogo, que dedicou a maior parte de seus estudos definindo as características singulares da civilização ocidental em relação a outras civilizações, o método comparativo ganhou notória expansão e aceitação entre diferentes áreas das ciências sociais.

O historiador norte-americano Jack Hexter (1979), por sua vez, dividiu os intelectuais em dois tipos: os que separam os fenômenos com base nas diferenças e os que costumam agrupar fenômenos diversos em um conjunto único. Segundo Burke (2002), observar o que fenômenos aparentemente diferentes têm em comum é sem dúvida tão valioso como observar o quanto fenômenos aparentemente similares diferem entre si.

Após a Segunda Guerra Mundial os estudos comparativos ganharam novo impulso, e boa parte dos estudos sobre a política social e os Estados de Bem-Estar Social usaram de forma bastante criativa o método comparativo, principalmente para identificar o que era comum entre diferentes Estados de Bem-Estar Social e como o contexto social, econômico e político produzia diferenças na formação dessa política pública.

Segundo Burke, são dois os riscos do uso desse método: primeiro, aceitar a premissa que as sociedades evoluem, ou melhor, acreditar em estágios naturais de desenvolvimento de uma situação à outra; em segundo lugar, cair no engodo de acreditar que existe uma forma ou norma central (etnocentrismo), por exemplo, a civilização ocidental, com um modelo que não se adequa necessariamente as demais civilizações. Aqui podemos traçar, no caso das políticas públicas e de saúde, um paralelo: acreditar, por exemplo, que a maneira como se constituíram as políticas universais na Europa pode ser copiada da mesma forma pelas sociedades latino-americanas.

Modelos e tipos

Burke (2002) define modelo como uma construção intelectual que simplifica a realidade com o objetivo de entender a sua utilidade. Como num mapa, ocorre a omissão de alguns dados da realidade de forma a transformar esses dados limitados ou variáveis em um coerente sistema interno de partes interdependentes. Sua finalidade é salientar o recorrente, o geral e o típico apresentados nos estudos, na forma de atributos ou conjunto de características. Modelos e tipos passaram a ser vistos como sinônimos, o que, na opinião de Burke, não deixa de ser apropriado, pois *typos* é o termo grego para modelo. Max Weber, por exemplo, usou o termo 'tipos ideais' para designar o que hoje chamaríamos de modelos de uma determinada situação.

Você encontra a definição e as condições de surgimento dos Estados de Bem-Estar Social (*Welfare States*) no capítulo 1.

Um exemplo de modelo é o Estado de Bem-Estar Social em que foram identificados vários tipos possíveis. A formação dos Estados de Bem-Estar foi motivo de análise com o objetivo de apreender as diferenças entre as configurações adotadas pelos países e sua relação com as características históricas, sociais e culturais de cada realidade.

Na análise de políticas de saúde a adoção de modelos e tipos tem sido muito utilizada, possibilitando a comparação de diferentes sistemas de saúde em determinados períodos históricos ou mesmo contribuindo na identificação, em um país, de modelos e tipos diferentes.

Para refletir

Pode-se dizer que no Brasil o primeiro modelo de política de saúde foi o da previdência ou do seguro social? Quais são as diferenças deste modelo em relação ao da seguridade social de 1988?

Os modelos podem ser usados e estudados segundo uma visão consensual ou conflituosa da sociedade. Por exemplo: o modelo universal de saúde traduz a importância dada em uma determinada sociedade às formas de solidariedade e coesão social. Já outros, poderiam inferir que o modelo universal foi fruto do conflito e sua utilidade está em esconder parte importante das contradições sociais, pois o universal é impossível em sociedades de classe ou desiguais. Como Burke (2002), achamos que as duas formas de entender a sociedade não são necessariamente antagônicas, pois é impossível encontrar uma sociedade em que não existam conflitos, nem a existência de solidariedade.

Métodos quantitativos

Os métodos quantitativos são muito antigos. Desde a época de Roma eram comuns os censos regulares para saber, por exemplo, quantas pessoas viviam no Império romano, e no século XVIII já se publicavam preços de grãos nas diferentes cidades.

Diferentes cientistas sociais usam, em suas análises, estatísticas relacionadas à produção, preços, salários, pessoas empregadas, saúde da população etc. Segundo Burke (2002), o que é relativamente novo – e ainda polêmico – é a idéia de que os métodos quantitativos podem ser úteis no estudo de outras formas de comportamento e até de atitudes humanas.

Na área da saúde, o uso de métodos quantitativos é uma ferramenta essencial para medir o alcance de uma determinada política, sua linha de base, isto é, a situação inicial de sua implementação, o seu desempenho etc.

Há mais de um método quantitativo, e este pode ser usado para compor uma série de dados, em um determinado período histórico (muito usado pelos historiadores), extrair dados de uma pequena parte do todo, chamado amostra, para inferir características de toda população, escolher determinados dados, para compor um modelo que descreve uma situação (como por exemplo, um nível de assistência na saúde). Seu uso freqüente levou muitos cientistas a afirmarem que a utilização de outras técnicas não passava de impressionismo ou 'achismo'.

Hoje em dia, entretanto, é mais comum aceitar as limitações dos vários métodos quantitativos, quando nos perguntamos: será que todas as fontes são precisas e objetivas? Como tratar as diferenças entre dados mensuráveis ou indisputáveis e dados que não são mensuráveis? Por isso é comum, nesse caso, o uso de índices de fatos indiciários como forma de medir algo que não se pode medir; isto é, através do índice mensurável e que se relaciona de alguma forma com algo que não é, fica-se conhecendo como varia o que não se consegue medir. A própria condição de saúde de uma população é aferida a partir de índices que retratam algumas variáveis que interferem nessa situação, como incidência de doenças, estilo de vida etc.

O uso de índices sofreu muitas críticas principalmente em relação ao real acerto entre o fenômeno e a medida. Por exemplo, no caso da educação, o grau de alfabetização de uma pessoa pode ser medido segundo sua capacidade de assinar um documento. Entretanto, sempre é possível criticar tais índices de diferentes formas, mais simples e mais complexas, partindo-se da proposição, nesse caso específico da educação, de que escrever não necessariamente mede a faculdade de ler, pois essa é outra dimensão da alfabetização.

Outra crítica é que mesmo a construção de séries históricas de dados é complexa, pois um determinado fenômeno muda com o tempo em sua forma e significado e como conseqüência não se está medindo sempre a mesma coisa.

Por isso, o uso crítico, que leva em consideração as limitações ou a combinação do método quantitativo com outros métodos, tem sido o caminho escolhido por muitos investigadores.

O microscópio social

No final da década de 1970, teve início uma nova fase, que consistia em dar a mesma ou uma atenção maior para aquilo que podia ser visto com o auxílio de um microscópio. Tal método – conhecido como método do microscópio social – tinha como pretensão a apreensão da realidade para identificação de tendências gerais. O método foi extraído da antropologia

social – dos estudos de comunidade ou de caso ampliado – e pressupõe que a partir de um estudo típico é possível inferir o comportamento, a situação ou mesmo as características de uma dada realidade.

As críticas ao método partem principalmente do que pode ser considerado típico ou não para retratar determinadas situações. Por exemplo, um estudo de caso de um município pode retratar os problemas da implementação do SUS em todo território nacional? Quando isso é possível e quando não o é? Essas questões não são banais e por isso mesmo é cada vez mais recorrente o uso de múltiplos métodos para afirmar com maior precisão quais são os reais condicionantes de uma determinada situação.

Contudo, o emprego do microscópio social pode ser justificado quando a escolha de um exemplo individual é feita justamente por ser representativo (com base em outras fontes) de uma determinada situação, ou melhor, quando o estudo foi escolhido, sabendo-se previamente que representava uma situação predominante. Ou, ao contrário, pode-se selecionar uma situação atípica, fora de padrões, por revelar mecanismos gerais que não funcionam, para que se conheça em que situações específicas regras gerais não exercem a mesma influência. Ou ainda, um estudo de caso pode revelar as incoerências dos grandes sistemas, as brechas na estrutura, onde nascem diferentes formas de fazer as mesmas coisas.

No caso dos estudos da política de saúde, a adoção de pesquisas aprofundadas de situações já conhecidas como típicas tem sido recorrente e são cada vez mais sofisticados os métodos para escolha desses 'casos'.

Para refletir

Em quais estudos sobre os sistemas municipais que você já leu, ou conhece, é possível identificar situações e/ou problemas típicos e emblemáticos do processo de descentralização do SUS e quais estão fora dos padrões?

O método econômico

O método econômico é aquele que traduz a saúde em termos de oferta e demanda (por saúde), produção (de saúde) e distribuição e consumo de bens e serviços de saúde, em função de uma utilidade para quem consome e de um benefício ou lucro para quem oferta. De acordo com seu método, a economia é a ciência da otimização dos recursos escassos; ela busca definir as condições que possibilitam obter tanto a utilidade máxima como o custo mínimo levando em conta um determinado nível de utilidade.

O método econômico é muito usado hoje em dia na análise da política de saúde, quando se investiga em que condições a oferta de saúde (os prestadores, como hospitais e profissionais) atende a demanda da população (por saúde) e como é possível maximizar essa oferta no sentido de rebaixar seus custos e aumentar sua eficiência.

ANÁLISE DA POLÍTICA DE SAÚDE: VISÃO INTERNACIONAL

O desenvolvimento dos primeiros estudos dedicados à análise de políticas de saúde surge no âmbito dos estudos de análise das políticas públicas e está diretamente associado ao processo de construção dos sistemas de proteção social, especialmente depois da Segunda Guerra Mundial.

Em um primeiro momento, na década de 1950, os estudos buscaram retratar a trajetória de construção dos sistemas de proteção, com abordagens que misturavam descrição e prescrição de um novo padrão de sociedade, caracterizando as experiências dos diferentes países. A análise da política de saúde inseria-se nesse contexto.

A expansão dos sistemas de proteção social, durante as décadas de 1960 e 1970, propiciou o interesse por estudos acerca dos processos políticos com a delimitação de tipologias para os diferentes modelos de proteção social conformados pelos países, buscando aprofundar os elementos sobre sua lógica de organização. O foco principal dos estudos passou a ser a compreensão das variáveis presentes na conformação dos modelos. Importava mais conhecer os elementos constitutivos de um sistema de proteção e estabelecer as relações entre as características do Estado e/ou da sociedade com as opções políticas adotadas.

Os estudos de abordagem pluralista e marxista foram a principal contribuição do período, apontando para a correlação entre os processos de industrialização e modernização, luta de classes e expansão dos partidos políticos e a definição de políticas públicas mais abrangentes. Nos estudos de abordagem pluralista, o *Welfare State* foi interpretado como uma resposta aos desafios emergentes do processo de modernização (Wilensky & Lebeaux, 1965; Rimlinger, 1971), enquanto, nos estudos de abordagem marxista de ênfase estruturalista, a explicação incidia na compreensão da política social como um produto específico do desenvolvimento capitalista, indispensável na acumulação do capital e como elemento para regular os conflitos de classe (Offe, 1984; Habermas, 1973; O'Connor; 1974; Korpi, 1978; Ginsburgh, 1979).

A construção de tipologias dos modelos de proteção possibilitou a elaboração de interpretações plausíveis sobre o desenvolvimento dos

Estudos de análise de políticas

Ham e Hill (1993) classificam tais estudos em duas grandes categorias: DESCRITIVOS, quando a análise tem como objetivo desenvolver conhecimentos sobre o processo de elaboração de políticas (formulação, implementação e avaliação); e PRESCRITIVOS ou NORMATIVOS, quando a análise é voltada para apoiar os fazedores de política, somando conhecimento ao processo de elaboração de políticas. Na literatura, encontramos também a denominação modelo incremental para designar os estudos descritivos e modelo racional em correspondência aos estudos prescritivos.

sistemas de proteção social em diferentes países, tendo como pano de fundo os respectivos contextos sociais, políticos e econômicos; em contrapartida, embasou a delimitação dos primeiros estudos comparados internacionais.

Se nesses anos a principal tônica dos estudos de análise da política pública refletia a intenção do entendimento do fenômeno (estudos sobre o conteúdo e formulação das políticas), a partir de meados dos anos 70 há uma mudança diante do contexto de crise econômica dos Estados, trazendo à tona a preocupação com a sustentabilidade política e econômica do modelo protetor. Ganham maior expressão os estudos relacionados aos resultados das políticas (análise da implementação), e os analistas procuram explicar como os gastos e serviços variam em diferentes áreas (Gough, 1979; Wilensky, 1975).

A crise dos sistemas de proteção induziu a um processo de discussão dos modelos adotados gerando propostas para a reforma dos sistemas. A agenda principal do debate passou a ser o ajuste fiscal, a globalização dos mercados e a política para contenção dos custos, com ênfase em estudos de abordagem econômica dos sistemas de proteção. Inicia-se também a análise da política de saúde atrelada à discussão da eficácia, eficiência e efetividade das políticas.

Além dos estudos de análise da política com o referencial teórico da sociologia (principalmente marxista nesse período), ganharam expressão, no debate da política de saúde nos anos 70, os trabalhos com referenciais teóricos advindos da economia. A economia da saúde surgia, no contexto dos países centrais, como uma área de especialização da economia, com a proposta de contribuir para a construção de uma lógica programada dos recursos e para uma maior racionalização dos sistemas de saúde.

O setor saúde começou a ser entendido dentro do modelo protetor como a área gastadora e ineficiente na gestão dos recursos. O fato é que, no correr da segunda metade do século XX, os sistemas de saúde tornaram-se cada vez mais complexos em um contexto de transformações nos perfis de saúde e doença, de mudança populacional e crescente incorporação tecnológica (transição epidemiológica, demográfica e revolução tecnológica).

Em três décadas o setor saúde passou a ocupar papel de destaque na economia dos países, gerando emprego, demandando investimento, movimentando boa parcela de recursos dos Estados. No contexto da política de proteção, o setor saúde configurava-se como uma área crítica, seja pela sua vertiginosa expansão no período, seja pela perspectiva de manutenção desse mesmo padrão nos anos subseqüentes, conferindo grande especificidade a essa área da política pública.

Dados de 2000, divulgados no Relatório da Organização Mundial da Saúde (2002), mostram que a assistência médica custou nesse ano 5,6% da renda mundial dos 191 países-membros, configurando uma das maiores 'indústrias' na economia global; 61,68% desse gasto foi realizado pelo setor público, com o Estado prestando grande parte desses serviços de forma direta ou atuando como agente regulador no mercado privado de assistência médica.

Na década de 1980 agudiza-se a situação de crise dos sistemas de proteção e surgem propostas mais específicas visando ao ajuste das políticas. Cresce, a partir de então, a tendência de estudos de análise da política referentes ao campo estrito da avaliação, buscando identificar o impacto das políticas sobre o contexto socioeconômico, o ambiente político e a população. Nos estudos de avaliação da política de saúde, buscaram-se o exame da reengenharia institucional e dos traços constitutivos dos programas e seus resultados, assim como a ênfase na discussão sobre o uso ineficiente dos recursos (método econômico), iniquidade do acesso e qualidade dos serviços de saúde.

As propostas de reforma dos sistemas de saúde ganham difusão nos diversos países especialmente a partir da década de 1980, com a entrada do Banco Mundial no debate da saúde e a intensificação do papel das agências internacionais na orientação da política de saúde mundial.

As principais características das políticas sociais na América Latina, antes e depois das reformas neoliberais, podem ser encontradas no capítulo 26.

As agências internacionais e a política de saúde

Até a década de 1980 a Organização Mundial da Saúde (OMS) exercia o papel de liderança no debate da política de saúde contribuindo com os Estados-membros no desenvolvimento de normas práticas para os sistemas nacionais de saúde, mas a partir do final dos anos 80 essa liderança foi assumida pelo Banco Mundial, que passou a exercer um papel mais incisivo na discussão da política da saúde afinando-se ao debate da economia da saúde e produzindo relatórios de discussão setorial na perspectiva da racionalização e maior eficiência na utilização dos recursos. O primeiro relatório do Banco que trata da questão da saúde data de 1980 (World Bank, 1980). Em 1987, o Banco divulga novo relatório tratando mais diretamente da questão do financiamento de serviços de saúde em países em desenvolvimento, constituindo os primeiros argumentos para uma agenda de reforma setorial (World Bank, 1987). Mas é o relatório de 1993 que se torna mais difundido na década de 1990 porque divulga experiências exitosas de países que realizaram ao mesmo tempo o ajuste econômico e o investimento em saúde, definindo uma cesta básica de serviços. Nos anos 80 e 90 o volume de recursos que o Banco Mundial passou a destinar à saúde cresceu de forma expressiva e foi delimitado um programa de pesquisa destinado aos países em desenvolvimento.

Para aprofundar a compreensão do papel das agências internacionais na política de saúde, ver os estudos de Mattos (2000), sobre o Banco Mundial, e de Matta (2005), sobre a OMS.

Em 1993, o Banco Mundial divulga o relatório *Investindo em Saúde* (World Bank, 1993), no qual apresenta propostas de políticas que mostravam a necessidade de ajustes econômicos e estruturais do setor saúde, com o financiamento da atenção pelo capital privado e a crítica contundente à universalidade do acesso à saúde. A estratégia adotada pelo Banco foi a de ofertar idéias e difundir experiências exitosas a fim de

O termo **reforma** está referido aos diferentes processos de reforma vividos pelos diversos países, em todo o mundo, a partir da década de 1980. Estas reformas foram pautadas pela perspectiva neoliberal tendo como pressupostos a necessidade de implementar ajustes econômicos e fiscais nos Estados e criar condições macroeconômicas mais sustentáveis; diminuir o tamanho do setor público, restringir a atuação do Estado e torná-lo mais eficiente. Ver também o capítulo 10.

mobilizar o debate sobre as perspectivas de reforma dos sistemas de saúde, especialmente nos países em desenvolvimento (Mattos, 2000). Nesse sentido, o volume de estudos com o foco nos sistemas de saúde dos países em desenvolvimento é um indicador da centralidade do tema da reforma no período (Abel-Smith, 1992; Abbel-Smith & Rawal, 1992; Bateman, 1993; Green, 1993) e de como os estudos prescritivos e de informação para elaboração de políticas assumem papel central na produção acadêmica.

Contudo, enquanto os países desenvolvidos discutiam a crise do sistema de proteção e alternativas de reforma, com clara resistência às propostas de abertura e modificação estrutural de seus modelos, os demais países iniciavam seus processos de construção dos sistemas de proteção e de saúde. A difusão de propostas de reforma voltadas para o mercado e o diagnóstico de insustentabilidade econômica dos sistemas de bem-estar surgia como um freio à construção de novos sistemas protetores nos países em desenvolvimento.

Para refletir

Que implicações existem em propor reformas nos sistemas de proteção para os países que ainda não tinham um modelo protetor? A reforma era pensada de que forma nos diferentes países? Para ampliar a discussão, ver o capítulo 25.

Talvez por isso, na década de 1990, há nova inflexão dos estudos de análise da política indicando a necessidade de maior compreensão sobre as opções processadas e as diferenças de encaminhamento de reformas entre os países. Iniciam-se estudos que destacam o papel das instituições no processo de construção dos modelos de proteção, trazendo à tona uma abordagem teórica mais dinâmica do processo político, que considera amplamente as relações Estado-sociedade, ressaltando o papel das instituições e atores em uma noção mais dinâmica do processo político – neo-institucionalistas. (Ver contribuições do neo-institucionalismo para a análise da política de saúde).

Contribuições do neo-institucionalismo para a análise da política de saúde

Ellen M. Immergut (professora de ciência política no Instituto de Massachusetts) produziu, em 1992, um estudo que se tornou referência para quem se dedica à análise da política de saúde, porque foi pioneiro ao mostrar como as instituições políticas afetam as políticas de saúde.

O estudo faz uma comparação entre os processos políticos de aprovação do seguro social de saúde na França, na Suíça e na Suécia, onde foram apresentadas propostas tanto para o estabelecimento de seguro social de saúde como para o controle dos preços das consultas médicas. Mostra que, mesmo partindo de propostas

semelhantes, os sistemas de saúde instalados nesses três países seguiram direções distintas:

- na França, o governo aprovou um programa de seguro nacional de saúde público compulsório, que garante reembolso aos médicos e exerce controle sobre os preços das consultas;
- na Suíça, a proposta de seguro nacional de saúde foi rejeitada, e o papel do governo se limitou a subsídios de seguros privados;
- na Suécia, o governo criou o seguro social e o converteu em um serviço nacional de saúde, sendo o sistema mais socializado da Europa.

O estudo demonstra que a melhor explicação para os diferentes resultados se encontra na análise das instituições políticas de cada país. As distintas instituições políticas em cada um desses países estabelecem diferentes regras do jogo para políticos e para grupos de interesse, permitindo aprovar ou bloquear planos de ação. O conjunto das normas institucionais determinou lógicas distintas de tomada de decisão, que definiram os parâmetros da ação do governo e as possibilidades de influência dos grupos de interesse.

Com esta análise, a autora estabelece uma clara distinção entre os atores políticos e suas estratégias e o contexto institucional em que se dá a ação. Os atores formulam seus objetivos, idéias e desejos independentemente das instituições. As instituições se tornam relevantes apenas nos cálculos estratégicos sobre a melhor maneira de promover um dado interesse em um determinado sistema e podem ser entendidas como o contexto mais amplo e remoto dos conflitos políticos. Elas ajudam a definir os termos desses conflitos, moldando o significado prático do poder político, e fornecendo a base para a elaboração de estratégias políticas de efeito prático.

A principal contribuição desse estudo está em perceber a dinâmica dos processos políticos e institucionais. Ressalta-se a importância de analisar a política a partir tanto das instituições como dos interesses e atores.

A perspectiva neo-institucionalista ganhou maior expressão nas análises a partir das décadas de 1980 e 1990, em virtude da diversidade de desafios e questões que emergiam da crise dos Estados de proteção social, quando se constitui, por exemplo, uma agenda global de reforma; porém, as soluções são nacionais ou locais. Por isso, os estudos visavam a compreender melhor os processos locais, isto é, específicos, de construção de uma política a partir das seguintes questões:

- 1) Como uma aspiração social se transformou em proposta política?
- 2) Qual foi o seu conteúdo e como esse apareceu na agenda de decisões de um governo?
- 3) Como os diferentes atores, organizações e forças sociais se interrelacionaram, formularam seus problemas e exigiram soluções?
- 4) Que variáveis externas influenciaram o processo?
- 5) Como se instrumentalizou a política?

Walt produziu em 1994 um livro que resume bastante bem a **proposta metodológica do neo-institucionalismo** aplicada à análise da política de saúde. O livro intitulado *Política de Saúde: processos e poderes* aborda como a política é formulada e implementada, quem influencia quem no processo decisório, e como isso ocorre.

- 6) Como se apresentou o processo de negociação com o Estado a respeito da mesma?
- 7) Quais foram os mecanismos, critérios e estilos decisórios utilizados pelas instituições que tomam decisões?
- 8) Como a política foi avaliada?

Assim, o que estudos passam a enfatizar é que nas sucessivas fases de construção de uma política, seja na apresentação das demandas, na formulação da proposta, na sua operacionalização ou na avaliação do feito, haverá um processo dinâmico e constante de negociação, com interferências diversas dos atores envolvidos. Entre a apresentação de um problema, a formulação de uma política e a sua implementação há um processo a se constituir que, muitas vezes, não garante a efetividade/aplicabilidade de uma política. Por isso, a análise pautada no ciclo da política precisa também considerar a dinamicidade do processo.

No final da década de 1990 e o início dos anos 2000, após praticamente duas décadas de crise e proposições de reforma, surgem estudos analisando os resultados obtidos a partir das mudanças introduzidas nos sistemas de proteção dos países. As análises empreendidas revelaram que os países desenvolvidos e com sistemas de proteção sólidos não implementaram as reformas na mesma proporção em que discutiam as propostas.

Ao contrário, nesses países apesar de mudanças necessárias na organização e regulação dos sistemas de proteção e de saúde, os governos mantiveram um papel importante na provisão e gerência das políticas, e os gastos em saúde mantiveram-se crescentes, com uma parcela de investimento público constante. A seguir, apresentam-se os resultados de dois importantes estudos de análise da política de saúde.

Para ampliar a discussão acerca das propostas de reforma dos sistemas de proteção social em saúde, ver o capítulo 25.

Resultados de estudos de análise política das reformas dos sistemas de saúde (I)

No ano 2000, Richard Freeman (professor da disciplina de Política e Políticas Europeias na Universidade de Edimburgo) e Michael Moran (professor da disciplina de Estado na Universidade de Manchester) publicaram um estudo sobre as reformas de saúde na Europa no qual abordaram algumas tendências em cinco países: Reino Unido, Suécia, França, Alemanha e Itália. Para a análise das reformas, os autores introduziram no debate um referencial teórico que visa a ressaltar a especificidade dos processos políticos e dos contextos socioeconômicos de cada país e destacam três grandes dimensões dos sistemas de saúde que precisam ser consideradas na análise das políticas:

- a dimensão da proteção social – relacionada à relevância das ações e serviços de saúde na construção da noção de cidadania no *Welfare State* moderno;

- a dimensão do poder – refere-se aos conflitos existentes entre os que usam os serviços de saúde, os que provêem, pagam por eles e os regulam. A arena das políticas de saúde é povoada por densas redes de instituições, cada qual representando complexas constelações de atores;
- a dimensão industrial – inclui a infra-estrutura industrial associada à provisão de ações e serviços de saúde; de certa forma conecta as políticas nacionais com interesses internacionais, face ao peso da infra-estrutura industrial e tecnológica envolvida no setor. Essa dimensão se expressa em freqüentes tensões entre os imperativos fiscais de contenção de custos e as pressões industriais de indução de demanda.

Os resultados da análise mostram que as diversas estratégias de reforma conduzidas nesses países na década de 1990 em geral não desestabilizaram os sistemas de saúde europeus, uma vez que mesmo as medidas de contenção de custos estiveram mais voltadas para assegurar a viabilidade dos sistemas. Muitas medidas adotadas estiveram voltadas para o fortalecimento da capacidade de gestão, e mesmo os processos de descentralização foram, em grande medida, acompanhados pelo fortalecimento do poder regulatório central. Os autores apontam um aparente paradoxo: em um contexto de influências neoliberais na economia, observa-se o fortalecimento da intervenção do Estado no setor saúde, que cada vez mais exerce papel de regulador das relações entre pressões externas e demanda interna, confirmando a importância do Estado na sustentação dos mercados na área da saúde. Esse paradoxo só se explica pelo contexto político e socioeconômico de cada país.

Fonte: Freeman & Moran, 2000.

Há também, nesse período, uma retomada dos estudos que intencionam refletir sobre a proteção social, a cidadania e os direitos sociais, na perspectiva de embasar o debate da Reforma Sanitária menos pela perspectiva econômica da crise e sustentabilidade dos sistemas e mais pela dimensão da economia política, dos interesses e correlações de força na definição das políticas públicas do Estado. O trabalho de Freeman e Moran (2000) ressalta essa discussão, especialmente ao propor uma análise da política de saúde a partir de sua especificidade no contexto das demais políticas sociais, destacando a existência de três dimensões na configuração dos sistemas de saúde dos modelos protetores que atuam como forças resistentes aos processos de reforma: a dimensão econômico-industrial, a dimensão política e a dimensão de proteção social. Tais dimensões retratam a importância da saúde no contexto dos sistemas de proteção social capitalistas e compreendem importantes aspectos de sustentação dos modelos em face do processo de Reforma Sanitária dos sistemas de saúde que teve início na década de 1970.

Resultados de estudos de análise política das reformas dos sistemas de saúde (II)

Susan Giaimo (pesquisadora independente) analisa as reformas das políticas de saúde em três países, Inglaterra, Alemanha e Estados Unidos, partindo dos pesos dos fatores históricos e políticos no processo de regulação da mercantilização dos sistemas de saúde.

Em cada um desses países o sistema de saúde é representado por uma configuração institucional distinta que desenhou o poder e jurisdição da profissão médica, dos pagadores e do Estado na condução do sistema de saúde numa direção específica. Deste modo, se a tese liberal fosse correta, as diferenças nas configurações das instituições domésticas e atores não seria objeto de interesse, pois os três países seguiriam um mesmo padrão nas reformas, o padrão do mercado. Nos três países os formuladores de política buscaram a contenção de custos e a restrição da autonomia profissional dos médicos. No entanto, entre os três casos, somente nos EUA as forças de mercado foram as mais desenvolvidas e menos reguladas, ao mesmo tempo que a ação governamental foi a mais limitada. Os formuladores de política nos três países foram influenciados pelas teorias da competição administrada, que preconiza a competição de mercado para melhorar a eficiência dos sistemas. Como o mercado não é do tipo *laissez-faire*, a competição exigiu do governo um conjunto de regulação levando em conta a estrutura da seguridade social nacional, pois de outro modo as pressões competitivas acarretariam uma desistência, por parte dos provedores, dos velhos e dos pobres.

Desse modo, os três países disseminaram as forças de mercado nos seus sistemas de saúde, mas de maneiras diferentes, segundo o escopo da competição e o papel do Estado. Assim, enquanto nos EUA o governo não conseguiu colocar em prática a competição administrada, na Alemanha e na Inglaterra foi possível. Por quê? Pelo fato de existirem diferenças na capacidade e expectativa do Estado para governar o setor saúde. Nos casos da Alemanha e da Inglaterra, a cobertura universal garantia aos atores estatais e à expectativa pública que a equidade não seria sacrificada. Nos EUA, os atores estatais não tinham autoridade sobre os atores privados. O esforço estatal envolve a luta de poderes entre o Estado e os atores setoriais e entre os próprios atores setoriais. Conclusão: os melhores mercados são aqueles governados pelos governos.

Fonte: Giaimo, 2002.

Como vimos, existem diferentes momentos, tipos e referenciais teóricos nos estudos de análise da política. É impossível compreender a inflexão desses estudos de forma descontextualizada do processo político vivido pelos Estados. A análise da política de saúde e os tipos de estudo que se desenvolveram em cada momento retratam a disputa política e os interesses associados a ela. No Quadro 2, buscamos reunir os principais aspectos relacionados à análise de políticas públicas e de saúde nos últimos cinquenta anos, identificando o contexto, tipos e modelos de estudos adotados, principais temas em questão e trabalhos realizados.

Quadro 2 – Principais estudos de análise da política pública e de saúde

Contexto	Modelos e métodos de estudo	Temas	Referenciais teóricos	Estudos comparados	Principais estudos
1950 – consolidação e expansão da política de proteção social em muitos países da Europa – o <i>Welfare State</i> .	Métodos quantitativos Estudos comparativos Estudos de modelos e tipos	Política social e desenvolvimento social Construção histórica do <i>Welfare State</i> nos países.	Pluralistas (funcionalista e de conflito) Institucionalistas	Modelos e tipos de proteção social/Política Social	Titmuss (1950, 1963) Marshall (1950) Wilenski e Lebeaux (1965) Briggs (1961)
Da metade dos anos 60 a meados dos anos 70 – se mantém a tendência de expansão do modelo de proteção social <i>welfariano</i> .	Estudos comparativos Estudos de modelos e tipos	Política social e desenvolvimento social Lógica de organização e tipologia dos modelos de proteção. Compreensão das variáveis independentes (industrialização, modernização, luta de classes, partidos políticos) presentes na conformação dos modelos.	Estruturalistas (marxistas e outros) Pluralistas Institucionalistas	Modelos e tipos de proteção social/Política Social	Titmuss (1968, 1970, 1974) Rimlinger (1971) Offe e Narr (1972) Habermas (1973) O'Connor (1974) Ginsburgh (1979)
De meados dos anos 70 a meados dos anos 80 – situação de crise econômica dos Estados e preocupação com a sustentabilidade política e econômica da política de proteção social.	Estudos descritivos sobre a situação de crise dos modelos de proteção Estudo do ciclo da política (fases) – estudos do processo das políticas, resultado e avaliação de políticas. Métodos quantitativos	Determinantes do gasto público e análise econômica dos sistemas de proteção e de saúde. Surgem temas como o ajuste fiscal, a globalização dos mercados e a política para contenção dos custos. O principal foco é a crise dos sistemas de proteção. Surgem análises mais específicas da política de saúde e a temática da avaliação em saúde.	Estruturalistas (marxistas e outros) Pluralistas Economia da saúde	Tipologias do <i>Welfare State</i> nos países. Análise comparada dos sistemas de proteção e da política de saúde.	Goygh (1979) Wilensky (1975) Mishra (1977) Rosanvallon (1981) Flora (1986) Esping-Andersen (1990)
De meados dos anos 80 a meados dos anos 90 – se agudiza a situação de crise dos sistemas de proteção. Surgem propostas de reforma mais específicas, com indicação para ajuste das políticas. O Banco Mundial exerce um papel de liderança no debate da saúde.	Estudos mantêm a tendência de análise de resultados e de avaliação, somam-se estudos de modelo mais prescritivo (informação para elaboração de políticas) Métodos quantitativos Método econômico	A agenda de reforma para os sistemas de proteção. Cresce o número de estudos, sobre avaliação em saúde, atrelados à discussão da eficácia, eficiência e efetividade das políticas. Mais estudos com o foco nos sistemas de saúde dos países em desenvolvimento. Estudos sobre processo decisório e implementação de políticas.	Institucionalistas Economia da saúde	Análise comparada das reformas em curso nos sistemas de saúde.	Enthoven (1985) Ashford (1986) Mooney (1986) Mcguire (1988) Abel-Smith (1992) Roemer (1993) Immergut (1992) World Bank (1993) Green (1993) Walt (1994)
De meados dos anos 90 e anos 2000 – a situação de crise foi vivida de forma diferenciada pelos países. Os países desenvolvidos não implementaram as reformas na mesma proporção que discutiam as propostas.	Estudos do ciclo da política, com ênfase na avaliação de impacto e econômica Métodos quantitativos Método econômico	Retomada de temas como proteção social, cidadania, direitos sociais no debate sobre as perspectivas de reformas. Retomada de temas como desenvolvimento social e a inter-relação entre desenvolvimento econômico e social	Neomarxistas Neo-Institucionalistas Economia política	Análise comparada das reformas em curso e dos resultados obtidos nos diferentes sistemas de saúde.	Meny e Thoenig (1992) Rosanvallon (1995) Muller e Surel (1998) Ferrera (1993, 1998, 2001) Freeman e Moran (2000) Pierson (2001) Esping-Andersen et al. (2002) Giaino (2002)

ESTUDOS DE ANÁLISE DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

Os estudos de análise da política pública no Brasil apresentam uma trajetória bastante recente, sendo esta uma área em consolidação e com escassa acumulação de conhecimento, como bem aponta Souza (2003). A formação desta área de conhecimento está diretamente associada ao movimento de críticas à trajetória de consolidação das políticas públicas, que se incrementa a partir da década de 1970.

As políticas públicas definidas pelo Estado brasileiro até essa época estavam voltadas prioritariamente para a parcela da população que apresentava vínculo trabalhista, com emprego formal. A partir da década de 1970, ocorreram algumas mudanças na condução da política de proteção social, desde a incorporação de outros grupos populacionais (rurais, autônomos e domésticas), como beneficiários da previdência social, até a definição de políticas específicas para o desenvolvimento de uma política social mais abrangente, tais como:

- a criação do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), em 1974, que distribuiu recursos para o financiamento de programas sociais;
- a formação do Conselho de Desenvolvimento Social (CDS), em 1974, que organizou as ações a serem implementadas pelos diversos ministérios da área social;
- a instituição do Plano de Pronta Ação (PPA), em 1974, que consistiu em uma medida para viabilização da expansão da cobertura em saúde e desenhou uma clara tendência para o projeto de universalização da saúde;
- a formação do Sistema Nacional de Saúde (SNS), em 1975, primeiro modelo político de saúde de âmbito nacional, que desenvolveu de modo inédito um conjunto integrado de ações nos três níveis de governo;
- a promoção do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass), em 1976, que estendeu serviços de atenção básica à saúde no Nordeste do país e se configurou como a primeira medida de universalização do acesso à saúde;
- a constituição do Sistema Nacional da Previdência e Assistência Social (Sinpas), em 1977, com mecanismos de articulação entre saúde, previdência e assistência no âmbito do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), que passou a ser o órgão coordenador de todas as ações de saúde no nível médico-assistencial da previdência social.

Mas é apenas com a Constituição Federal de 1988 que se define legalmente uma política de proteção social de caráter universal e não excludente, possibilitando a expansão das políticas sociais em todo o território nacional.

Os estudos de análise da política de saúde também se inserem neste contexto. Foi somente a partir da década de 1970, mediante a crise de legitimidade do Estado autoritário, que os movimentos sociais encontraram espaço para divulgação de propostas políticas de cunho reformista, dentre elas a reforma da saúde. O modelo de proteção social adotado pelo Brasil, de caráter altamente excludente e desigual, foi duramente criticado por profissionais e pesquisadores ligados ao setor saúde, pois era na saúde que mais se explicitava a situação de injustiça social.

Os estudos aprofundavam a temática do direito à saúde e o papel do Estado na intervenção e definição de políticas sociais, merecendo destaque os trabalhos de Donnangelo (1974, 1976), Arouca (1975), Luz (1979) e Cordeiro (1981).

Os principais referenciais teóricos empregados nessas pesquisas foram extraídos da teoria política e sociológica e da abordagem marxista, com o foco nas relações Estado-sociedade, as relações de poder e o papel das instituições de saúde (em especial das instituições médicas).

À imagem do que se passou no âmbito internacional também aqui no Brasil foram feitos estudos que buscavam compreender o conteúdo das políticas e o processo de formulação das mesmas, procurando situar o modelo de proteção brasileiro em relação aos modelos europeus, construindo fases e estágios de desenvolvimento da política social, como no trabalho de Aureliano e Draibe (1989). A política de proteção social brasileira foi abordada em diferentes estudos com ênfase nas principais áreas de atuação do Estado, como a previdência social; entre os trabalhos destacam-se os de Cohn (1980), Oliveira (1981) e Braga e Paula (1986), referências importantes para a análise da política de saúde.

No final da década de 1980 e início da década seguinte, com a consolidação jurídico-legal do SUS, há uma inflexão na abordagem dos estudos. O foco das pesquisas deixa de ser o Estado e o seu papel na configuração de políticas sociais e volta-se para a análise de estratégias que orientassem as práticas de planejamento e gestão setoriais. Surgem também os primeiros estudos de avaliação de serviços, visando a orientar a discussão sobre a organização do sistema, ou seja, definem-se estudos de análise da política voltados para a implementação e avaliação da política.

Essa mudança reflete o momento político-institucional da saúde: até meados da década de 1980 havia uma clara preocupação na realização de estudos que respaldassem a formulação de macro políticas para a reforma. A partir da legalização do SUS, há um esforço concentrado de estudos que visavam a respaldar a implementação da reforma.

A partir de meados da década de 1990, a produção acadêmica na saúde coletiva cresceu enormemente e há uma nítida tendência na realização de estudos de análise da política de saúde de foco loco-regional, com ênfase especialmente no acompanhamento do processo de descentralização e análise do processo de implementação da política, com raros estudos de análise da política de âmbito nacional. Uma diversidade de temas passa a ser explorada, especialmente aqueles que retratam os interesses de grupos específicos. A consolidação de políticas específicas durante a década (Aids, saúde mental, saúde indígena, saúde da mulher, saúde bucal etc.) gerou um conjunto de estudos sobre a implementação das mesmas, retratando um momento de efervescência do setor e uma nova forma de análise da política com o foco nos interesses de alguns grupos específicos.

Ao mesmo tempo, o debate sobre a reforma dos sistemas de saúde no mundo começou a se intensificar no âmbito nacional, em paralelo à discussão da reforma do Estado, presente na agenda governamental desde 1995. Tais debates recolocaram na pauta acadêmica temas como: o Estado, a política de proteção social, cidadania e direitos sociais. Mas estes não foram temas prioritários na análise da política e muito menos nortearam os estudos a serem realizados no período, como ocorreu nos anos 70, quando a discussão central para um conjunto expressivo de instituições e de pesquisadores era sobre o Estado e as políticas públicas.

A partir de 2000 a tendência de crescimento da produção do campo apenas se acentuou e também a realização de estudos que retratam análise de experiências. Nos estudos de abordagem nacional, verifica-se ênfase na análise da gestão da política e menos enfoque nos estudos sobre o processo de formulação e decisório da política.

Alguns temas entram para a agenda acadêmica nesses anos: o Programa Saúde da Família (PSF), a avaliação da qualidade, a formação de recursos humanos e as práticas profissionais. Há também uma nova inflexão do campo com a discussão sobre a reorientação do modelo assistencial. Os estudos de análise da política começam a ser cada vez mais associados aos estudos de avaliação, na perspectiva da avaliação de processo, resultados e impacto. Este movimento teve início nos anos 90, no âmbito das políticas públicas em geral, e ganhou maior expressão no debate do campo da saúde no final do período.

Mas também nos anos 2000, especialmente na segunda metade da década, ressurgem os estudos de análise da política com foco no sistema político, nas relações intergovernamentais, na organização federativa do Estado, retomando-se a abordagem macro, na busca de uma compreensão mais abrangente dos dilemas e desafios na construção da política de saúde no Brasil. Destaquem-se, neste contexto, os estudos relativos ao processo de judicialização da saúde, trazendo à tona os impasses na organização da política e na garantia do direito à saúde.

Por fim, também na segunda metade desta década novos temas começam a ter paulatinamente centralidade na agenda de pesquisas: o da inovação tecnológica, do complexo produtivo da saúde, abarcando a indústria, os serviços e as instituições de pesquisa e desenvolvimento, e o da inserção da saúde no processo de desenvolvimento, ou melhor, a discussão sobre os elos entre saúde e desenvolvimento.

O retorno da discussão da questão do desenvolvimento *vis-à-vis* ao fracasso, em muitos casos, da política econômica neoliberal começou a ser explorado como tema freqüente de investigação por algumas instituições acadêmicas e de pesquisa internacionais já no início dos anos 2000 e adentrou com força no Brasil, quando do lançamento de políticas econômicas e sociais voltadas para o crescimento econômico e a diminuição das desigualdades regionais e sociais.

No Quadro 3, retratamos os momentos, tipos de estudos e principais temas na análise da política de saúde nos últimos 35 anos no Brasil, numa síntese dos principais apontamentos aqui realizados. O que podemos perceber, *grosso modo*, é que, no caso da análise da política de saúde no Brasil, há um campo de estudo com recorte bastante específico e não necessariamente atrelado às discussões das políticas públicas como um todo ou no seu conjunto, o que abarca as políticas sociais, econômicas, tecnológica e ambiental.

Nos estudos da década de 1970, a saúde era entendida como uma política de Estado e houve um grande esforço para estabelecer os elos entre o modelo econômico e a política social e de saúde. Isso não se apresentou na produção nos anos seguintes, o que certamente trouxe prejuízos para a construção da política pública de saúde e hoje surge como questão importante a ser abordada.

Quadro 3 – Tipos, modelos de estudo e temas na análise da política de saúde no Brasil

Contexto	Tipos e modelos de estudo	Temas
Anos 70/80 – crítica ao papel do Estado e ao modelo de proteção social. Expansão dos movimentos reformistas, dentre eles o movimento da Reforma Sanitária.	Análise crítica do Estado e de seus padrões de intervenção na saúde. Estudos descritivos e prescritivos da política de saúde.	O papel do Estado e a política de saúde. Estrutura capitalista e prática médica. A medicina e a estrutura social. Instituições médicas.
Final dos anos 80 e início dos anos 90 – nova Carta Constitucional; novo modelo de proteção social. Começo da política liberal de Estado.	Estudos do processo de implementação das políticas. Estudos de avaliação de políticas.	Planejamento e gestão. Financiamento e gasto em saúde. Estudos de avaliação de serviços.
Meados dos anos 90 – reforma do Estado, ajuste econômico. Maior ênfase na descentralização das políticas públicas.	Estudos de resultado e implementação das políticas.	Descentralização e estudos de caso. Surgem estudos de áreas mais específicas da política, em atenção aos diferentes grupos de interesse. Estudos sobre o setor privado e a relação público-privado.
2000 em diante – o desafio é a retomada do crescimento e a definição de uma política efetiva de redução das desigualdades sociais.	Estudos de avaliação de resultados e impacto das políticas. Estudos sobre o complexo produtivo e o processo de incorporação e inovação tecnológica na área da saúde.	Temas como qualidade, práticas de cuidado e modelo assistencial passam a ser mais trabalhados. A temática da avaliação em saúde apresenta maior expressão, inclusive institucional. Alguns estudos de análise da política nacional de saúde com ênfase nos dilemas da gestão pública da saúde. Relação público-privado – relação entre os setores e a questão da regulação. Ciência e tecnologia – incorporação de tecnologia na saúde. Novos temas buscam relação com as políticas de saúde – federalismo, sistema político, legislativo e judiciário. Identificação dos componentes do complexo e suas interações. O processo de inovação em saúde e suas interfaces com o setor industrial e financeiro. Desenvolvimento, políticas regionais e saúde começam a ser pautados como temas para investigação sistemática.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A área da saúde produziu uma enorme gama de trabalhos voltados para o exame de aspectos e dimensões específicos da política de saúde, e isso se deu com a contribuição não só de acadêmicos, mas de profissionais e trabalhadores em saúde. Basta ver, nos congressos da área (congressos da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Abrasco), a enorme produção de trabalhos oriundos dos serviços de saúde, ou entre serviços e academia, assinados por acadêmicos e profissionais de saúde no exercício de funções técnicas e assistenciais.

Essa enorme vitalidade permitiu que se construíssem recentemente modelos mais institucionalizados de avaliação de programas e políticas específicas, em redes que congregam universidades e instâncias burocráticas.

Entretanto, há ainda muito trabalho a fazer. Por exemplo, precisamos conhecer de modo mais aprofundado os condicionantes impostos pela burocracia que opera o processo de implementação da política (temos como exemplo o modelo *bottom-up* de implementação); descrever e aprofundar a discussão sobre as redes de implementação de uma política (quais são os atores, como interagem, em que situações etc); entender melhor como os problemas são colocados e facilmente retirados da agenda governamental; conhecer o impacto da política (sistema político) nacional e estadual e mesmo municipal na formulação e implementação de políticas e programas; saber se diferentes tipos de burocracia produzem diferentes políticas.

Outros assuntos, ainda pouco estudados, referem-se ao processo crescente de mercantilização da saúde ou à importância da dimensão industrial (em termos da essencialidade hoje do uso de medicamentos e tecnologias para o diagnóstico e as terapias em saúde) e o seu impacto na questão do direito à saúde e na saúde da população.

Ainda conhecemos muito pouco sobre a forma como operam os grandes aparatos públicos – como o Ministério da Saúde; as agências reguladoras, como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); e as secretarias estaduais de Saúde –, sobre o porquê da existência de tanta fragmentação dentro dos órgãos, qual a influência de determinados formatos organizacionais na formulação e implementação de políticas etc.

Também é importante realizar investigações sobre a influência das corporações profissionais (de médicos e outros profissionais da área) na construção da agenda em saúde e na formulação de políticas, a maneira

como defendem interesses e vocalizam posições, as alianças estratégicas que conformam com a burocracia etc.

Outro ponto a ser estudado diz respeito ao modo como a política de saúde se articula ou depende da política econômica. Como as diretrizes de política econômica influenciam as decisões da política de saúde, em quais aspectos menos visíveis (no aspecto do financiamento é muito visível), como isso ocorre etc.

Finalmente, também ainda não podemos afirmar que o setor saúde constituiu-se de fato das formas mais democráticas de decisão política, sendo necessário avançar em estudos que possibilitem uma análise mais precisa dos processos decisórios e das intermediações de interesses que envolvem o setor em pauta.

LEITURAS RECOMENDADAS

FREEMAN, R. & MORAN, M. A saúde na Europa. In: NEGRI, B. & VIANA, A. L. (Orgs.) *O Sistema Único de Saúde em Dez Anos de Desafio*. São Paulo: Sobravime, Cealag, 2002.

VIANA, A. L. D. Abordagens metodológicas em políticas públicas. *Revista de Administração Pública*, 30(2): 5-43, 1996.

REFERÊNCIAS

- ABEL-SMITH, B. Health insurance in developing countries: lessons from experience. *Health Policy and Planning*, 7: 215-226, 1992.
- ABEL-SMITH, B. & RAWAL, P. Can the poor afford "free" health services? A case study of Tanzania. *Health Policy and Planning*, 7: 329-341, 1992.
- AROUCA, A. S. S. *O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*, 1975. Tese de Doutorado, São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.
- ASHFORD, D. E. The British and French social security systems: Welfare State by intent and by default. In: ASHFORD, D. E. & KELLEY, E. W (Eds.) *Nationalizing Social Security*. Greenwich: JAI Press, 1986.
- AURELIANO, L. & DRAIBE, S. M. A especificidade do "Welfare State" brasileiro. In: MPAS/CEPAL (Orgs.) *Economia e Desenvolvimento*. Brasília: MPAS, Cepal, 1989. (v. 1 - *A Política Social em Tempo de Crise: articulação institucional e descentralização*).
- BAPTISTA, T. W. F. Seguridade social no Brasil. *Revista do Serviço Público*, ano 49, 3: 101-122, 1998.
- BATEMAN, D. The selected list. *British Medical Journal*, 306: 1141, 1993.
- BOBBIO, N.; MATTEUCI, N. & PASQUINO, G. *Dicionário de Política*. Brasília, São Paulo: UNB, Imprensa Oficial do Estado, 1995.
- BRAGA, J. C. S. & PAULA, S. G. Saúde e previdência. In: BRAGA, J. C. S. & PAULA, S. G. (Orgs.) *Estudos de Política Social*. São Paulo: Hucitec, 1986.

- BREWER, G. The policy sciences emerge: to nurture and structure a discipline. *Policy Sciences*, 5: 239-244, 1974.
- BRIGGS, A. The Welfare State in hystorical perspective. *Archive Européennes de Sociologia*, 2: 228, 1961.
- BURKE, P. *História e Teoria Social*. São Paulo: Unesp, 2002.
- COHEN, E. & FRANCO, R. *Avaliação de Projetos Sociais*. Petrópolis: Vozes, 1994.
- COHN, A. *Previdência Social e Processo Político no Brasil*. São Paulo: Moderna, 1980.
- CORDEIRO, H. *Empresas Médicas: um estudo sobre as transformações capitalistas da prática médica no Brasil*, 1981. Tese de doutorado, São Paulo: Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo.
- DONNANGELO, M. C. F. *Medicina e Sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*. São Paulo: Pioneira, 1974.
- DONNANGELO, M. C. F. *Saúde e Sociedade*, 1976. Tese de Livre Docência, São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- ENTHOVEN, A. C. *Reflections on the Management of the National Health Service*. Londres: Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1985.
- ESPING-ANDERSEN, G. *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Nova York: Polity Press, 1990.
- ESPING-ANDERSEN, G. et al. *Why We Need a New Welfare State*. Oxford: Oxford University Press, 2002.
- FERRERA, M. *Modelli di Solidarietà*. Bologna: Il Mulino, 1993.
- FERRERA, M. *La Trappole del Welfare State*. Bologna: Il Mulino, 1998.
- FERRERA, M. *Nuova Europa e Nuovo Welfare*. Bari: Cacucci, 2001.
- FLORA, P. (Ed.) *Growth to Limits: the European Welfare States since World War II*. Berlim: De Gruyter, 1986.
- FREEMAN, R. E. & MORAN, M. Reforming health care in Europe. In: FERRERA, M. & RHODES, M. (Eds.) *Recasting European Welfare States*. Londres: Frankcass, 2000.
- GLAIMO, S. *Markets and Medicine*. Michigan: University of Michigan Press, 2002.
- GINSBURGH, M. *Class, Capital and Social Policy*. Londres: Moenullan, 1979.
- GOUGH, I. *The Political Economy of the Welfare State*. Londres: McMillan, 1979.
- GREEN, A. *An Introduction to Health Planning in Developing Countries*. Oxford: Oxford University Press, 1993.
- HABERMAS, J. *Legitimations Probleme in Spatkapitalism*. Frankfurt: Lehrkamp, 1973.
- HAM, C. & HILL, M. *The Policy Process in the Modern Capitalist State*. 2.ed. Londres: Harvester Wheatsheaf, 1993.
- HEXTER, J. *On Historians*. Cambridge: Harvard University Press, 1979.
- HOGWOOD, B. & GUNN, L. *Policy Analysis for the Real World*. Oxford: Oxford University Press, 1984.
- HOWLETT, M. & RAMESH, M. *Studying Public Policy*. Canadá: Oxford University Press, 1995.

- IMMERGUT, E. Health politics, interests and institutions in Western Europe. In: SVEN, S.; KATHLEEN, T. & LONGSTRETH, F. (Eds.) *Structuring Politics: historical institutionalism in comparative analysis*. Nova York, Cambridge: University Press, 1992.
- IMMERGUT, E. As regras do jogo: a lógica da política de saúde na França, na Suíça e na Suécia. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, ano 11, 30: 139-163, 1996.
- KINGDON, J. *Agendas, Alternatives and Public Choices*. Boston: Little Brown, 1984.
- KORPI, W. *The Working Class in Welfare Capitalism*. Londres: Routledge & Kegan Paul, 1978.
- LASSWELL, H. D. The policy orientation. In: LERNER, D. & LASSWELL, H. D. (Eds.) *The Policy Science: recent developments in scope and method*. Stanford: Stanford University Press, 1951.
- LEVI, L. Governo e governantes. In: BOBBIO, N.; MATTEUCI, N. & PASQUINO, G. (Orgs.) *Dicionário de Política*. Brasília, São Paulo: UNB, Imprensa Oficial do Estado, 1995.
- LUZ, M. T. *As Instituições Médicas no Brasil. Instituição e Estratégia de Hegemonia*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979. (Biblioteca Saúde e Sociedade)
- MARQUES, E. Notas críticas à literatura sobre Estado, políticas estatais e atores políticos. *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais*, 43: 67-102, 1997.
- MARSHALL, T. H. *Citizenship and Social Class and other Essays*. Cambridge: Cambridge University Press, 1950.
- MATTA, G. *A Medida Política da Vida: a invenção do WHOQOL e a construção de políticas de saúde globais*, 2005. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- MATTOS, R. *Desenvolvendo e Ofertando Idéias: um estudo sobre a elaboração de propostas de políticas de saúde no âmbito do Banco Mundial*, 2000. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- MCGUIRE, A. *The Economics of Health Care: an introduction text*. Londres: Routledge & Kegan Paul, 1988.
- MENY, I. & THOENIG, J. C. *Las Políticas Públicas*. Barcelona: Ariel, 1992.
- MISHRA, R. *Society and Social Policy: theories and practice of Welfare*. Londres: Macmillan, 1977.
- MOONEY, G. H. *Economics, Medicine and Health Care*. Sussex: Wheatsheaf Books, 1986.
- MULLER, P. & SUREL, Y. *L'Analyse des Politiques Publiques*. Paris: Montchrestien, 1998.
- O'CONNOR, J. *Die Finanz Krise des Staates*. Frankfurt: Suhrkamp, 1974.
- OFFE, C. *Problemas Estruturais do Estado*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.
- OFFE, C. & NARR, W. *Strukturprobleme des Kapitalistischen Staates*. Frankfurt: Suhrkanp, 1972.
- OLIVEIRA, J. A. A. *Política Social, Acumulação e Legitimidade: contribuição à história da previdência social no Brasil*, 1981. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- PIERSON, P. *The New Polity of Welfare State*. Oxford: Oxford Press, 2001.

- RIMLINGER, G. *Welfare Policy and Industrialisation in Europe: North America and Russia*. Nova York: Wiley, 1971.
- ROEMER, M. I. *National Health Systems of the World: the issues*. Nova York: Oxford University Press, 1993.
- ROSANVALLON, P. *La Crise de L'État Providence*. Paris: Seuil, 1981.
- ROSANVALLON, P. *La Nouvelle Question Social*. Paris: Seuil, 1995.
- SKOCPOL, T. & AMENTA, E. States and social policies. *Annual Review of Sociology*, 12: 131, 1986.
- SOUZA, C. "Estado do campo" da pesquisa em políticas públicas no Brasil. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 18(51), 2003.
- STOPPINO, M. Poder. In: BOBBIO, N.; MATTEUCI, N. & PASQUINO, G. (Orgs.) *Dicionário de Política*. Brasília, São Paulo: UNB, Imprensa Oficial do Estado, 1995.
- TITMUSS, R. M. *Problems of Social Policy*. Londres: HMSO and Longmans, 1950.
- TITMUSS, R. M. *Essays on the Welfare State*. Londres: Allen and Unwin, 1963.
- TITMUSS, R. M. *Commitment to Welfare*. Nova York, Pantheon Books, 1968.
- TITMUSS, R. M. *The Gift Relationship: from human blood to social policy*. Londres: Allen and Unwin, 1970.
- TITMUSS, R. M. *Social Policy: an introduction*. Londres: Unwin Hyman, 1974.
- VIANA, A. L. D. & LEVCOVITZ, E. Proteção social: introduzindo o debate. In: VIANA, A. L. D.; ELIAS, P. E. & IBANEZ, N. (Orgs.) *Proteção Social: dilemas e desafios*. São Paulo: Hucitec, 2005.
- WALT, G. *Health Policy: an introduction to process and power*. Londres: Zed Books, 1994.
- WILENSKY, H. L. *The Welfare State and Equality*. Berkeley: University of California Press, 1975.
- WILENSKY, H. L. & LEBEAUX, C. N. *Industrial Society and Social Welfare*. Nova York: Free Press, 1965.
- WORLD BANK. *Health Sector Policy Paper*. Washington: World Bank, 1980.
- WORLD BANK. *Financing Health Services in Developing Countries: an agenda for reform*. Washington: World Bank, 1987.
- WORLD BANK. *World Development Report: investing in health*. Washington: World Bank, 1993.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *The World Health Report 2002: reducing risks, promoting healthy life*. Suíça: World Health Organization, 2002.