

PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS/OMS)

SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE – SAS
MINISTÉRIO DA SAÚDE – BRASIL

série técnica

Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde

2



APRESENTAÇÃO

O Programa de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde da OPAS no Brasil, no caminho da cooperação técnica, vem difundindo trabalhos por via eletrônica, mas compreende que existem documentos de consultoria ainda inéditos, com importância e utilidade para a comunidade da saúde pública em processos de formulação e implementação de políticas públicas para a melhoria de qualidade da atenção à saúde individual e coletiva, redução de desigualdades e alcance da equidade.

Para realizar a missão de informar e difundir conhecimento – um objetivo que a Organização Pan-Americana da Saúde cumpre com sucesso ao celebrar o seu centenário –, o Programa de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde lança esta Série Técnica e brinda a comunidade de saúde nacional e internacional com produtos advindos da cooperação técnica realizada no Sistema Único de Saúde, visando fortalecer a construção de sistemas e serviços equitativos, integrais e de qualidade na atenção à saúde dos povos da região.

Esta publicação divulga trabalhos científicos em forma de artigos, ensaios, pesquisas e metaanálises produzidos com o apoio do Programa de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, entre outros, cujo conteúdo está orientado para análises e reflexões sobre a organização e o planejamento de serviços de saúde; processos de reforma e responsabilidades das esferas de governo; gestão da saúde e as relações com a sociedade; e os mandatos constitucionais de universalidade, equidade e integralidade no Sistema Único de Saúde. Nesse sentido, a Série Técnica está associada e tem efeitos sinérgicos à Cooperação Técnica Descentralizada, juntamente aos trabalhos de cooperação técnica via Internet e o Observatório da Saúde desenvolvidos pela OPAS. Certamente, a nova modalidade de divulgação de estudos incentivará os autores e colaboradores a elevarem a qualidade de informes e relatórios de consultoria frente à expansão de acesso aos trabalhos e experiências propiciadas por este novo meio.

PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS/OMS)

SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE — SAS
MINISTÉRIO DA SAÚDE — BRASIL

série técnica

Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde

PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO EM POLÍTICA,
PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE E
POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL (1974-2000)

2

BRASÍLIA — DF
2003

1ª Edição – 2002

Elaboração, distribuição e informações

Organização Pan-Americana da Saúde

Organização Mundial da Saúde

Setor de Embaixadas Norte, lote 19

70800-400 Brasília - DF

www.opas.org.br

Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde/OPAS

Coordenador do Projeto:

Dr. Juan Eduardo Guerrero

www.opas.org.br/servico

Apoio técnico e administrativo:

Luciana de Deus Chagas

Rosa Maria Silvestre

Revisão:

Manoel Rodrigues Pereira Neto

Capa, Projeto Gráfico e DTP:

Wagner Soares da Silva

Tiragem:

500 exemplares

Ficha catalográfica elaborada pelo Centro de Documentação da Organização
Pan-Americana da Saúde – Representação do Brasil

Organização Pan-Americana da Saúde.

Série Técnica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços
de Saúde / Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília. 2003.
xx p.: il.

Conteúdo: Produção de conhecimento em política, planejamento e gestão
em saúde e políticas de saúde no Brasil : (1974-2000) / Eduardo Levcovitz... [et al.] –
Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde, 2002. – (Série Técnica Projeto
de Desenvolvimento de sistemas e Serviços de Saúde, 2).

Bibliografia

ISBN: 85-87943-14-6

1. Serviços de saúde – Brasil. 2. Política de Saúde – Brasil. 3. Planejamento em
Saúde – Brasil. 4. Produção – Conhecimento – Brasil. I. Levcovitz, Eduardo.
II. Organização Pan-Americana da Saúde. III. Série.

NLM: W 84

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao Ministério da Saúde/ Secretaria de Assistência à Saúde e à Organização Pan-Americana da Saúde pela oportunidade de desenvolvimento da pesquisa, bem como ao Instituto de Medicina Social pelo apoio institucional com a cessão de um espaço para a realização do trabalho. E, ainda, aos consultores da pesquisa: Ruben A. Mattos – IMS/ UERJ, Carmen F. Teixeira – ISC/UFBa, Paulo E. M. Elias – FM/USP, Pedro L. Barros – NEPP/UNICAMP, Nilson R. Costa – ENSP/FIOCRUZ, na contribuição para a delimitação do objeto e metodologia de trabalho. Ao nosso colaborador da informática, Ernani S. Baptista. Às Secretarias de Pós-Graduação e Bibliotecas do Instituto de Medicina Social – UERJ e Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP. E à Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), na disponibilização de bibliografia.

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
AIS	Ações Integradas de Saúde
ANC	Assembléia Nacional Constituinte
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional da Vigilância Sanitária
APSP	Associação Paulista de Saúde Pública
C&T	Ciência e Tecnologia
CAPES	Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CF88	Constituição Federal de 1988
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNRS	Comissão Nacional da Reforma Sanitária
CNS	Conferências Nacionais de Saúde
CONASP	Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
FAPERJ	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro
FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
FINEP	Financiadora de Estudos e Projetos
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FNDCT	Fundo Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
IMS	Instituto de Medicina Social
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social
ISSS	Investigação em Sistemas e Serviços de Saúde
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PBDCT	Plano Básico de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (PBDCT)
PCCS	Plano de Cargos, Carreira e Salários
PEC	Proposta de Emenda Constitucional

PEPPE	Programa de Estudos e Pesquisas Populacionais e Epidemiológicas
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PESES	Programa de Estudos Sócio-Econômicos em Saúde
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PND	Plano Nacional de Desenvolvimento
POI	Programação e Orçamentação Integrada
PP&G	Política, Planejamento e Gestão em saúde
PPA	Plano de Pronta Ação
PROSOCI	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Social
PSF	Programa de Saúde da Família
RH	Recursos Humanos
SAMHPS	Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social
SILOS	Sistemas Locais de Saúde
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SPT 2000	Saúde para todos até o ano 2000
SUDS	Sistema Descentralizado e Unificado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFBa	Universidade Federal da Bahia
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	5
LISTA DE SIGLAS	7
RESUMO	11
1. INTRODUÇÃO	13
2. DEFINIÇÕES METODOLÓGICAS	15
2.1 Veículos de Divulgação	17
2.2 Classificação e Análise da Produção	20
2.3 A Política de Ciência e Tecnologia e o Campo da Saúde Coletiva no Brasil	23
2.4 Análise da Trajetória da Política e os Estudos de PP&G	27
2.5 Especificidades Metodológicas	29
3. RESULTADOS	31
3.1 A Política de Saúde e a Produção em PP&G no Brasil (1974-2000) – Trajetórias e Interseções	31
3.1.1 Uma análise a partir das fases da política	32
FASE 1 – Teórico-conceitual (1974/1979) – a reforma sanitária e a consolidação de um novo “campo” em saúde	32
FASE 2 – Político-ideológica (1980-1986) – a negociação da reforma	37
FASE 3 – Político-institucional (1987/1990) – definições institucionais	40
FASE 4 – Político-administrativa (1990/1998) – a implementação da política	42
FASE 5 – Complementação jurídico-legal e técnico-operacional (1999/2000) – regulamentação	46
3.1.2 Os temas abordados na produção – caracterização e análise dos estudos	47
3.2 Estudos de Reforma do Sistema e Serviços de Saúde e a Fase da Política	57
4. CONTRIBUIÇÕES PARA O DEBATE	58
4.1 Sobre o Campo, a Produção e a Relação com a Política	58
4.2 Propostas Para Novas Agendas de Pesquisa	63
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
ANEXOS	71

RESUMO

O presente artigo apresenta os resultados do estudo de "Investigação sobre a produção de conhecimento em política, planejamento e gestão em saúde (PP&G) no Brasil, no período de 1974 a 2000". Toda a análise esteve pautada numa comparação da produção em PP&G com a trajetória de formulação e implementação da política de saúde no Brasil no mesmo período. O principal objetivo do estudo foi subsidiar e sistematizar uma reflexão sobre as possíveis contribuições das investigações de saúde para o debate político. Nesse sentido, o estudo avançou na organização por área temática da produção bibliográfica identificada e mapeou as tendências de cada período analisado da história da política de saúde, possibilitando apontar as lacunas não estudadas no conjunto da produção e propondo a delimitação de novas agendas de pesquisa em PP&G no Brasil.

PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO EM POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE (PP&G) E POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL (1974-2000)

Autores: Eduardo Levcovitz¹; Tatiana Wargas de Faria Baptista²; Severina Alice da Costa Uchôa³; Grasielle Nespoli⁴; Mônia Mariani⁵.

■ 1. INTRODUÇÃO

O presente artigo apresenta os resultados do estudo de “Investigação sobre a produção de conhecimento em política, planejamento e gestão em saúde (PP&G) no Brasil”, no período de 1974 a 2000. Toda a análise esteve pautada numa comparação da produção em PP&G com a trajetória de formulação e implementação da política de saúde no Brasil nesse mesmo período.

Ao partirmos da temática “política, planejamento e gestão em saúde” (PP&G), assumimos uma correspondência dessa produção com o que se tem denominado no âmbito internacional “estudos de investigação em sistemas e serviços de saúde” (ISSS). A ISSS tem sido definida como uma investigação que *respalda a reorientação e a reorganização do sistema de saúde de forma a alcançar os princípios de equidade, eficiência e eficácia* (HSP/OPS, 2000). Nesse sentido, a ISSS é tida como um importante instrumento no processo político de tomada de decisões, pois subsidia ao governante um quantitativo de informações sobre as situações-problema que apresenta, permitindo a construção de respostas mais efetivas para o enfrentamento dos problemas.

A idéia de que a ISSS possibilita uma maior racionalidade no processo decisório, ou ações mais fundamentadas (*better-informed decisions*) (HASSOUNA, 1992), insere-se num movimento mais abrangente, que tomou toda a América Latina, desde os anos 70,

1 Professor Adjunto do Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ). Doutor em Saúde Coletiva pelo IMS/UERJ.

2 Doutoranda em Saúde Coletiva no IMS/UERJ.

3 Doutoranda em Saúde Coletiva no IMS/UERJ.

4 Mestre em Saúde Coletiva pelo IMS/UERJ.

5 Mestre em Saúde Coletiva pelo IMS/UERJ.

de promover políticas mais racionais em saúde, reduzir iniquidades no acesso e possibilitar uma política de atenção com qualidade.

Desde a adoção da estratégia de Saúde para todos até o ano 2000 (SPT 2000) e a Declaração de Alma Ata em 1978, os sistemas de saúde têm sofrido profundas reestruturações, buscando alcançar os objetivos propostos. E o investimento em pesquisas para o desenvolvimento de sistemas de saúde também tem sido crescente desde então.

Na atualidade, há um investimento ainda maior em desenvolver essa área de investigação, no sentido de monitorar e avaliar permanentemente os processos de reforma implementados e subsidiar as decisões políticas, corrigindo os rumos das reformas, superando obstáculos e desafios dos sistemas de saúde.

E o grande desafio apresentado por aqueles que hoje se dedicam a essa discussão está em relacionar investigação, política e serviços no processo de construção e desenvolvimento dos sistemas. A relação entre gestores e investigadores não é trivial, há uma distância de interesses que os separa, a começar pelos objetivos que cada um desses grupos almeja – o investigador quer examinar as informações no que elas apresentam de peculiaridades e características, o governante busca as informações para utilizá-las na definição de suas metas e objetivos estratégicos (ROSENTHAL, 1981).

Nesse conjunto, apontar com bastante objetividade qual a importância dos estudos de investigação para a lógica de organização dos sistemas e serviços pode ajudar na construção de um diálogo mais cooperativo entre esses grupos; na realidade, tal prática pode incentivar a prática de pesquisas que visem um maior retorno e busquem transformar conhecimento em ação. Rosenthal (1981) é categórico nessa análise ao apontar como questão central para o debate o fato de que não devemos nos perguntar se a investigação em sistemas de saúde produz boas políticas, mas como fazer com que essas investigações sejam úteis para o processo político.

Por outro lado, os governos apresentam uma grande dificuldade para estabelecer a relação entre investigação e política, pois a prática da pesquisa voltada para esse fim não está institucionalizada, não havendo um estímulo para o desenvolvimento de centros de pesquisa e para a capacitação de pessoas para esse tipo de investigação (EVANS, 1992). E, ainda, a pesquisa sobre sistemas de saúde envolve uma quantidade grande de atores, políticos e institucionais, podendo ser considerada uma pesquisa do tipo participativa, exigindo uma maior democratização do processo político. Assim, o investimento obtido nessa área dependerá do compromisso assumido pelo governo na construção de suas estratégias políticas e no reconhecimento da relevância da pesquisa no desenvolvimento de ações concretas para o Estado (DAVIES, 1991).

No Brasil, o debate sobre ISSS apresenta características bastante peculiares, já que a reforma do sistema de saúde esteve, desde seus primórdios nos anos 70, fundamentada numa discussão teórico-conceitual sobre os princípios e modelos de organização político-institucional a serem adotados, contando com a participação, mais ou menos atuante, dos investigadores no debate e processo decisório em cada período da história da política de saúde brasileira. A reforma da saúde no Brasil se constituiu a partir de uma relação bastante estreita entre a investigação em saúde e o debate político.

Assim, o objetivo geral do estudo foi subsidiar e sistematizar uma reflexão sobre as possíveis contribuições das investigações de saúde para o debate político, no período de 1974 a 2000, visando correlacionar essa produção com a trajetória de formulação e implementação da política de saúde no Brasil nesse mesmo período.

Somaram-se ao objetivo geral alguns objetivos mais específicos da pesquisa:

a) organizar por área temática a produção bibliográfica identificada, consolidando os dados num Banco de Informações, acessível a pesquisadores e gestores, visando ampliar a divulgação do conhecimento produzido no interior das instituições de ensino e pesquisa⁶;

b) relacionar a produção bibliográfica de acordo com as características e propostas dos estudos, com o intuito de mapear as tendências de cada período analisado (da história da política de saúde), possibilitando apontar as lacunas não estudadas no conjunto da produção e propondo a delimitação de novas agendas de pesquisa em PP&G no Brasil.

■ 2. DEFINIÇÕES METODOLÓGICAS

O objeto de estudo da pesquisa partiu do campo de produção da Saúde Coletiva, no eixo disciplinar Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde (PP&G). A delimitação do estudo nesse eixo definiu o objetivo estratégico da pesquisa, qual seja: perceber como o campo da Saúde Coletiva está refletindo sobre a política de saúde, compreendida desde a macropolítica até as relações estabelecidas no âmbito das práticas em saúde, e dialogando com os formuladores de política. A idéia foi perceber como se está pensando estrategicamente a questão política da saúde, assumindo que este campo de conhecimento se constituiu e se sustentou como um campo de saberes e práticas a partir de uma crítica à realidade de saúde.

6 Um Banco de Dados foi especialmente construído para a pesquisa, atendendo as especificidades da classificação dos estudos. Tem-se como proposta a divulgação desse banco em CD-Rom, a ser entregue para as instituições de ensino e pesquisa já relacionadas como de formação em saúde coletiva ou interface, e ainda disponibilizar o banco na Internet — esse último procedimento se encontra em fase de negociação.

Na verdade, a opção de considerar a saúde coletiva como “campo”, e, este privilegiado, no que diz respeito à produção de conhecimento, que subsidia a política, tem como substrato toda a gama de discussões teórico-metodológicas *vis-à-vis* o desenvolvimento do projeto de reforma sanitária brasileira. Contudo, estabelecer relações diretas entre ambas esbarrou em pelo menos dois obstáculos: a não exclusividade da saúde coletiva, enquanto instituição, em produzir conhecimentos que possam embasar as políticas de saúde e, até mesmo, a competitividade entre grupos e instituições, fora do campo da saúde coletiva. Além da constatação de que algumas políticas implementadas não tomam como base as discussões teórico-conceituais da área. Nesse sentido, foi útil considerar a produção científica nacional acerca das políticas de saúde como se fosse produzida por um campo, a saúde coletiva, na abordagem de Bourdieu (1976), ou seja, enfatizando a dinâmica de cooperação/competição entre as instituições, que atuam num campo, bem como as estratégias utilizadas por elas, na luta por manter ou modificar sua inserção frente às demais.

Tal recurso de análise possibilitou refletir sobre as limitações de considerar apenas o que foi produzido pelos agentes reconhecidos formalmente como pertencentes a área da saúde coletiva e considerar, dentro do possível, no processo de coleta de referências, a produção de outros agentes, como os inseridos em instituições não consideradas da saúde coletiva, como alguns núcleos da área de economia e política, bem como aqueles dos serviços de saúde. As referências dessas instituições foram analisadas como estudos de interface.

Assim, ao delimitarmos a pesquisa como um estudo da produção de PP&G, a partir da Saúde Coletiva e as áreas de interface reconhecidas por esse campo, estamos reunindo uma boa parte dos esforços de investigação propostos para a área da saúde, assumindo que não estamos considerando toda a produção de conhecimento em saúde sobre PP&G, mas aquela que se torna mais visível e acessível no debate da saúde no Brasil.

A pesquisa se constituiu a partir de um primeiro levantamento da produção, realizado sob encomenda do Ministério da Saúde/Secretaria de Assistência à Saúde e da Organização Pan-Americana da Saúde, no período de setembro de 1999 a março de 2000, que gerou o documento final intitulado “Saberes e Políticas: a contribuição do campo da saúde coletiva na organização da política de saúde brasileira”⁷. De julho do ano 2000 a maio do ano 2001, numa nova fase de trabalho, com uma equipe composta por quatro pesquisadores⁸, retomamos a revisão da produção bibliográfica já cadastrada, estabelecemos novas estra-

7 Esse primeiro estudo foi realizado por Tatiana Wargas de Faria Baptista, sob a supervisão do professor Eduardo Levcovitz. Foi publicado o Relatório Final da pesquisa em setembro de 2000 – Levcovitz, et. al. (2000).

8 Tatiana W.F.Baptista (coordenadora), Severina Alice da C. Uchôa, Grasielle Nespoli e Mônia Mariani (pesquisadoras).

tégias para a coleta de informações sobre a produção em PP&G, e delimitamos uma nova classificação da produção. Todas as estratégias metodológicas foram redefinidas num Seminário de discussão aberto, realizado⁹ no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ), com a apreciação de cinco consultores, escolhidos a partir de suas inserções em instituições do campo da Saúde Coletiva, foram eles: Carmen F.Teixeira – ISC/UFBa, Paulo E.M.Elias – FM/USP, Pedro L.Barros – NEPP/ UNICAMP, Nilson do R.Costa – ENSP/FIOCRUZ e Ruben de A. Mattos – IMS/UERJ.

2.1 VEÍCULOS DE DIVULGAÇÃO

Foram pesquisados alguns veículos de difusão de conhecimento na área da Saúde Coletiva no Brasil na temática de PP&G: livros, artigos em periódicos nacionais e internacionais, dissertações e teses, Congressos de Saúde Coletiva (Abrasco) e Conferências Nacionais de Saúde (ver Quadro 1). Cada veículo teve um tratamento especial e foi investigado de acordo com sua especificidade.

As estratégias de coleta da produção dos veículos também foram diferenciadas, como apresentamos a seguir:

Teses/Dissertações

Foi reunida a produção de teses e dissertações das 22 instituições de ensino em pós-graduação *stricto sensu* em saúde coletiva. A principal fonte de dados foi o Banco CAPES¹⁰, que disponibilizou a produção no período de 1993 a 1998. Para a coleta de informações relativa ao período anterior a 1993 (1974-1992) e posterior a 1998 (1999 e 2000), foram investigadas nas principais instituições de pós-graduação a produção referida. Foram selecionadas as instituições que participam desde os primórdios de constituição do campo com a formação *stricto sensu* em saúde coletiva: UFBa, ENSP/FIOCRUZ, IMS/UERJ, FM/USP. Outra estratégia utilizada na coleta de teses e dissertações foi a busca da produção em saúde coletiva disponível nos Bancos de Dados da Bireme – Ad-Saúde e Lilacs, especialmente. Esse último recurso possibilitou cruzar as informações já obtidas pelas demais fontes e verificar a eficácia das estratégias adotadas. Foram incorporadas na produção teses e dissertações das áreas de interface, ou seja, não atuantes na área de saúde coletiva, e que estavam referidas no Banco da Bireme como teses de “Saúde Pública”. Do banco Capes foram reunidos 1.252 registros, complementados pela listagem da UERJ,

9 O Seminário foi realizado nos dias 25 e 26 de setembro de 2000.

10 A CAPES – Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – é uma entidade pública vinculada ao Ministério da Educação que tem como objetivo principal subsidiar o Ministério da Educação na formulação das políticas de pós-graduação. Apresenta um banco de dados com informações sobre as teses e dissertações defendidas desde 1986, apresentando maior rigor de informações a partir de 1990.

ENSP, UFBA, FM/USP ano a ano (656 referências no período anterior a 1993 e posterior a 1998). E as referências de teses e dissertações de saúde pública constantes na Bireme totalizaram 971 títulos. Os dados da Bireme e da produção de cada instituição duplicaram algumas referências já apresentadas pela CAPES, o que dificultou a totalização dos títulos investigados. Numa tentativa de totalização estimamos o contato com mais de 2.300 referências.

Artigos em periódicos (nacionais e internacionais)

Foram 14 os periódicos nacionais selecionados, sendo revisados por publicação para que se pudesse incluir toda a produção possível na área de PP&G. Quanto aos periódicos internacionais, a estratégia foi a busca por palavra-chave nos bancos de dados da Bireme – Medline, Lilacs e Ad-Saúde. Dois critérios definiram a lista de periódicos investigados: 1) periódicos que são utilizados como referência e referenciados como da área, cuja publicação está voltada para as discussões acerca das políticas e do debate interinstitucional e 2) periódicos cuja produção não está voltada especificamente para a área de saúde, mas que comportam artigos relacionados à política, planejamento, gestão, organização e avaliação, com interfaces em saúde. Após uma primeira seleção na biblioteca da Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ e no Instituto de Medicina Social/UERJ, a produção foi separada por periódico, por ano. Uma segunda busca foi realizada nos *sites* da Bireme e das instituições responsáveis pelas publicações, à procura de resumos para serem incluídos no Banco de Dados e servirem como subsídio para a classificação dos artigos.

Os periódicos apresentam características específicas (tiragem, circulação e auditórios diferenciados), numa produção heterogênea que engloba desde *positional papers* a relatórios de pesquisa, passando por relatos de experiência de gestão, entrevistas e documentos de política. Foram examinadas 7.585 referências 5.013 de periódicos nacionais e 2.572 de periódicos internacionais, e selecionados 842 artigos.

Livros, capítulos de livros e coletâneas

Os livros, capítulos e coletâneas foram capturados a partir da listagem de publicação da ABRASCO, ano base 2000. A escolha da ABRASCO se deveu ao fato de que esta se volta especialmente para publicações editoriais na área de Saúde Coletiva. Os títulos que foram selecionados não ficaram restritos à classificação da ABRASCO, como de política e planejamento, mas sim de todas as áreas temáticas, desde que em consonância com o recorte da pesquisa. Complementou-se a listagem dos títulos com uma busca ativa nas bibliotecas virtuais – dedalus/USP e CNPq/prossiga, e bibliotecas dos cursos de pós-graduação em Saúde Coletiva – ENSP e IMS/UERJ.

Congressos da Abrasco

AABRASCO foi instituída em setembro de 1979 e teve um importante papel político no cenário da saúde brasileira. Constituiu-se como uma associação não corporativa e como um espaço de avanço técnico e institucional, buscando operacionalizar uma articulação permanente entre os estabelecimentos de ensino, criando assim uma identidade própria para o setor saúde. No decorrer da reforma sanitária, a associação promoveu sete congressos de saúde coletiva (1983, 1986, 1989, 1992, 1994, 1997, 2000) e cada um teve um tema central, geralmente, relacionado com o contexto político e social da época. Desde sua criação, o Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva tem sido um dos principais fóruns de discussão e um importante espaço de produção, distribuição e consumo de informações e saberes sobre a saúde.

Os resumos registrados nos Anais representam, em grande parte, os estudos que não conseguiram uma publicação formal ou que ainda estão em curso, permitindo uma análise mais relacional da produção com a fase política. Nem todos os trabalhos foram registrados, somente aqueles enviados previamente e apresentados em forma de comunicação coordenada, painéis e pôsteres. Os trabalhos apresentados em conferências, palestras, mesas-redondas ou na modalidade “grandes debates” são encomendados e, por isso, não são enviados com antecedência, o que impossibilita a publicação nos livros de resumos.

Com o passar dos anos, o volume de publicação cresceu, como também a participação dos profissionais dos serviços e das instituições de ensino e pesquisa. Através dos Anais foi publicado um total de 5.317 resumos, sendo selecionados 1.533 trabalhos (29%) sobre política, gestão, organização, planejamento e avaliação em saúde (PP&G). Além dos trabalhos sobre PP&G, os trabalhos de epidemiologia sempre ocuparam uma posição de destaque na produção científica do mesmo modo que as ciências sociais, dada a importância de suas contribuições. Hoje, a ABRASCO, além de preparar os Congressos de Saúde Coletiva, é responsável pela organização do Congresso Brasileiro de Epidemiologia e o Congresso Brasileiro de Ciências Sociais. Embora seja significativa a produção nestas duas áreas, escolhemos trabalhar somente com os cadernos referentes ao Congresso de Saúde Coletiva, visto que, diante das especificidades que marcam os outros dois eixos disciplinares, concentram a maioria dos trabalhos de PP&G.

Conferências de Saúde

Foram analisadas sete Conferências Nacionais de Saúde, todas realizadas a partir do ano de 1974. Esse é um veículo que apresenta uma especificidade em relação aos demais, afinal trata-se de um fórum promovido pelo Estado (Ministério da Saúde), que pretende discutir propostas para a formulação de políticas e conta com a participação dos

formuladores de política e da burocracia, dos investigadores e da participação popular. É, assim, o veículo que permitiu maior sensibilidade com relação ao momento político de discussão de cada período e que melhor expressou a forma de relação estabelecida entre os gestores do sistema e os pesquisadores. Das sete conferências realizadas, apenas a Décima Conferência (1996) não apresentou uma produção de cadernos de discussão. Só foram considerados como produção os textos divulgados para debate nas conferências, não tendo sido incluídas as mesas e/ou palestras transcritas e os relatórios finais. Dessa forma, a Décima Conferência apenas foi analisada pelos seus grandes temas, de debate, mas não pela produção apresentada. Foram ao todo 99 artigos analisados.

Adotamos com rigor a coleta das referências, estabelecendo como condição de inclusão no Banco de Dados a obtenção de um resumo, apresentação do estudo ou mesmo o contato com a publicação na íntegra.

2.2 CLASSIFICAÇÃO E ANÁLISE DA PRODUÇÃO

Para a classificação e análise da produção buscamos compor um conjunto de áreas temáticas e categorias de análise que possibilitassem uma quantidade infinita de arranjos no contato com a produção, variando a perspectiva de acordo com o interesse do analista. Assumimos que não existe uma neutralidade na análise da produção e que essa pode ser conduzida de acordo com o viés de interesse proposto pelo estudo, com a arbitrariedade que cabe ao analista optar e definir.

A classificação possibilitou um mapeamento geral da produção e a identificação de lacunas empíricas da mesma. Porém, como a classificação não se propôs a uma análise epistemológica da produção, não foi possível avançar em categorias analíticas do conhecimento proposto pelos estudos, mas no máximo em características gerais dos estudos.

De acordo com essa proposta, dentro do eixo temático de PP&G, especificamos algumas “áreas temáticas” que correspondem aos eixos disciplinares da produção científica na área da saúde coletiva. Todas as definições foram construídas a partir de referências bibliográficas da área da saúde. Usamos a definição que mais convinha aos objetivos propostos pela pesquisa, após uma ampla revisão bibliográfica sobre os sentidos dados a esses termos. Foram elas:

Políticas – estudos sobre o papel do Estado na política de saúde, a relação Estado–sociedade. Como o Estado reage às condições de saúde da população e aos seus determinantes, através da definição de propostas e prioridades para a ação pública. Inclui estudos de políticas de saúde, políticas econômicas e sociais, controle social, economia da saúde e financiamento.

Planejamento – estudos sobre o estabelecimento de um conjunto coordenado de ações visando a consecução de um determinado objetivo. Estudos das estratégias de enfrentamento de problemas e dos mecanismos de implementação de políticas. Estudos teóricos e metodológicos para construção de planos, programas e projetos. Inclui estudos de planejamento em saúde, planejamento estratégico e programação em saúde.

Gestão – estudos que se referem à criação e utilização de meios que possibilitem concretizar os princípios de organização da política. Inclui estudos de gestão de serviços e sistemas de saúde, gestão de qualidade, gestão estratégica, gestão de Recursos Humanos, gestão orçamentária e financeira.

Organização – estudos sobre as formas de ordenamento e funcionamento dos serviços, recursos humanos, processo de trabalho, práticas e saberes de saúde. Refere-se aos modos de distribuição de poder, recursos, tarefas, funções e responsabilidades. Inclui estudos de organização de serviços de saúde, sistemas de saúde, sistemas locais de saúde, modelos assistenciais, vigilância à saúde, formação e capacitação de RH e processo de trabalho em saúde.

Avaliação – investigações realizadas com o objetivo de descrever, analisar e comparar um ou mais aspectos das políticas em relação a parâmetros e objetivos predeterminados. Inclui estudos de avaliação de serviços, avaliação de qualidade, avaliação de tecnologias, investigação em serviços de saúde, avaliação de resultados e impacto.

Híbridos – estudos que se encaixam em duas ou mais áreas temáticas propostas pela classificação.

No interior das áreas temáticas abrimos “subáreas temáticas”, com o objetivo de facilitar posteriores cruzamentos na análise das características dos estudos. As subáreas definidas foram: AIDS, Comunicação e Saúde, Controle Social, Ciência e Tecnologia, Educação e Saúde, Endemias, Financiamento, Formação/Prática, Informação, Medicamentos, Nutrição, Recursos Humanos, Setor Privado, Saúde Ambiental, Saúde da Mulher, Saúde do Adulto, Saúde do Adolescente, Saúde Bucal, Saneamento, Saúde da Criança, Saúde Escolar, Saúde da Família, Saúde do Idoso, Saúde Mental, Saúde Materno-Infantil, Saúde do Trabalhador, Sangue e Hemoderivados, Vigilância Sanitária e Vigilância Epidemiológica.

Além disso, para cada estudo uma palavra-chave foi destacada. Como padrão, buscamos usar as palavras apresentadas no estudo considerando sempre a primeira palavra apresentada pelo autor. A lista de palavras-chave é bem mais extensa, mas também possibilitou um olhar mais detalhado sobre a produção, nos seus principais eixos de discussão. Palavras-chave: acesso, administração hospitalar, AIS, alocação de recursos, assistência à saúde, assistência hospitalar, atenção básica, atenção primária, banco mundial, bioética, cidadã-

nia, cidades saudáveis, co-gestão, condições de saúde, conselho de saúde, consórcios, defesa da vida, demanda, democracia, descentralização, direito, empresas médicas, ensino em saúde, equidade, espaço, estratégia, ética, extensão das ações, filantrópico, infecção hospitalar, integralidade, interdisciplinaridade, intersetorialidade, mercado, modelo assistencial, necessidade, PACS, participação social, PCCS, PES, previdência, processos decisórios, programação, promoção à saúde, qualidade, reforma psiquiátrica, reforma sanitária, saúde e sociedade, seguridade, seguro saúde, serviços de saúde, SILOS, SUDS, tecnologia, trabalho em saúde, universalização, vigilância, vigilância à saúde, violência.

Assim, com a delimitação dos estudos em áreas, subáreas e a caracterização de uma palavra-chave, obtivemos uma quantidade infinita de combinações possíveis para a análise da produção, sendo já este um importante produto da pesquisa, já que a intenção é disponibilizar o banco bibliográfico para as instituições de ensino e pesquisa em Saúde Coletiva e áreas de interface, além da própria divulgação, num projeto futuro, do banco numa página virtual.

Além da classificação mais geral do estudo, também buscamos empreender uma análise específica sobre as características dos estudos. Dessa forma, cada referência foi classificada de acordo com algumas categorias que serviriam principalmente para fundamentar a análise da trajetória da política em relação à produção. Os estudos foram vistos:

A – Quanto à forma – se propositivos, não-propositivos ou estudos de caso/relatos de experiência. Definindo um estudo propositivo como aquele que apresenta explicitamente propostas de intervenção na realidade, críticas diretas e posicionamentos numa dada conjuntura; estudo de caso/relato de experiência como estudos que se propõem a traduzir a experiência de uma determinada ação, programa, região e outras; e entendendo como não-propositivo todo estudo que não se encaixa na noção de propositivo, nos estudos de caso ou relatos de experiência.

B – Quanto ao ciclo da política – momento de formulação, implementação, avaliação ou combinações. Considerando que um estudo pode se inserir num momento da política onde há a identificação de problemas e construção de propostas específicas de ação pública (formulação), ou num momento que trata dos aspectos normativos de uma proposta, sua regulamentação e a organização do sistema (implementação), ou ainda num momento que se dedica à realização de uma investigação avaliativa (avaliação). Alguns estudos perpassavam um ou mais momentos e por isso foram considerados combinações.

C – Quanto à abrangência político-territorial – nacional, estadual, local. Com a análise da política ou do sistema nacional; análise em questões estaduais ou microrregionais; análise em situações locais.

D – Quanto ao enfoque do estudo – sistemas, instituições, organizações. Onde o enfoque pode ser numa análise do sistema de saúde na sua abrangência e rede; ou estar baseado em normas, regras, saberes e práticas presentes no sistema e organizações de saúde; ou, ainda, basear-se nos serviços, órgãos normatizadores do sistema, órgãos gestores, colegiados e não-governamentais.

2.3 A POLÍTICA DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA E O CAMPO DA SAÚDE COLETIVA NO BRASIL

Nas três últimas décadas, o Brasil ampliou significativamente o seu parque de pesquisas, principalmente quando comparado a outros países de industrialização recente. Apesar de ainda ocupa lugar periférico quando comparado ao panorama mundial, o país tem a vantagem de, além de gerar internamente a maioria dos recursos que subsidiam o parque instalado de pesquisa, formar, nas próprias instituições, principalmente as públicas, a quase totalidade dos profissionais envolvidos nos projetos de pesquisa.

A pesquisa científica começou a ser instituída no Brasil ao fim da década de 50, com a criação do CNPq e da CAPES, e fortaleceu-se com a publicação do Parecer nº 977 da Câmara de Ensino Superior do Conselho Nacional de Educação¹¹ e com a promulgação da Reforma Universitária em 1968. Mas a materialização daquilo que tais medidas preconizavam só pôde ocorrer na década de 70, quando o II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND) abriu espaço para questionar a noção vigente de que o crescimento econômico resolveria as desigualdades sociais, propondo políticas sociais ativas – não vinculadas estritamente ao desenvolvimento econômico – materializadas, inclusive, no incremento de investigações tecnológicas e no apoio à instituições de ensino e pesquisa em políticas públicas.

Principalmente a partir de 1969, com a criação do Fundo Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FNDCT) e da Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP)¹², o processo de institucionalização da pesquisa, centrado nas universidades e nos programas de pós-graduação e vinculado e subordinado ao projeto desenvolvimentista, foi fortalecido no Brasil.

Com a criação em 1974 do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Social (PROSOCI), apoiado pela FINEP, um conjunto de projetos estratégicos de investigação na área social obteve financiamento. Os primeiros programas de formação de recursos humanos e investigação em saúde coletiva no Brasil foram realizados na segunda metade da década de

11 Conhecido como Parecer Sucupira, dispõe sobre a montagem de um parque de pós-graduação no Brasil, associado à atividade de pesquisa e tendo as Universidades Públicas como locus institucional.

12 A FINEP era uma agência governamental para o apoio financeiro-institucional, através de convênios com instituições públicas de ensino e pesquisa, que exercia o papel de Secretaria Executiva do FNDCT.

70, no interior do PROSOCl. O Programa de Estudos Sócio-Econômicos em Saúde (PESES) e o Programa de Estudos e Pesquisas Populacionais e Epidemiológicas (PEPPE) foram desenvolvidos na Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ), e o Programa de Apoio ao Mestrado em Medicina Social, na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ).

Esses programas lograram articular uma relação entre instituições acadêmicas com investigação nas áreas de Saúde Pública, Medicina Social, Medicina Preventiva e Medicina Comunitária, situando o período de 1975 a 1978 como o período de emergência do campo da Saúde Coletiva, em que um novo conjunto de preocupações, investigações e, principalmente, de recursos humanos em saúde, começou a se formar.

Foi nas instituições de ensino e pesquisa que surgiram as primeiras críticas ao sistema de saúde¹³, foi delas que surgiram as propostas de reorganização do sistema¹⁴ e que saíram os principais quadros profissionais¹⁵ que compõem hoje o sistema de saúde, seja nos serviços de saúde que representam a ponta do sistema, seja no nível gestor, nas secretarias estaduais e municipais e no Ministério da Saúde.

Assim, assistimos, em diversos momentos da trajetória da saúde coletiva, a participação de profissionais da academia em cargos de gerência do sistema de saúde, retirando das instituições de formação aqueles profissionais que conduziam a política interna de muitas graduações e pós-graduações. O que por um lado levou, em muitos momentos, a uma certa desestruturação do trabalho nas instituições formadoras, por outro fortaleceu a “missão” desse campo híbrido de práticas e saberes, alimentando-o com os dilemas impostos pela gestão da política de saúde.

Porém, a falência e as próprias características do projeto econômico que caracterizou o “desenvolvimentismo” desencadearam uma crise sem precedentes para o Brasil, cujos resultados produzem impactos ainda hoje não só na política de C&T, como também nas políticas públicas em geral.

A crise que afetou a economia nacional e internacional a partir de 1981 provocou uma série de cortes orçamentários nas pesquisas da área social como um todo e na área de saúde em

13 Na linha de críticas ao sistema de saúde, olhando a forma de organização da prática médica, estão os trabalhos de tese de Donnangelo (1974, 1975) e Arouca (1975), pioneiros nessa discussão.

14 Os estudos com propostas de reorganização do sistema aparecem principalmente nos periódicos, livros, Congressos e Conferências de Saúde, estando as teses e dissertações mais voltadas para uma discussão teórica dos modelos, práticas e organizações sociais, subsidiando o debate propositivo, mas não necessariamente utilizando-se dele.

15 Na realidade, há desde a origem da saúde coletiva uma retroalimentação do sistema de formação com o sistema gestor, e vice-versa. A proposta mais recente de organização de mestrados profissionalizantes é apenas a afirmação desse princípio.

particular. Como as iniciativas de fomento à pesquisa em saúde coletiva eram eminentemente públicas, centralizadas nas agências estatais (Ministério de Ciência e Tecnologia e Ministério da Saúde), quando estas agências passavam por crises financeiras ou mudanças institucionais, a política de C&T ficava submetida às novas diretrizes. Tal fato trouxe sérias dificuldades no financiamento e continuidade das atividades científicas na área, implicando em drásticos cortes orçamentários (ver MAGALDI & CORDEIRO, 1983; TAMBELLINI, 1984; PELLEGRINI, 1986).

A diretriz básica presente no III Plano Básico de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (PBDCT) passou a ser “conferir racionalidade” às agências de fomento, através de reformulações institucionais (GUIMARÃES & SAYD, 1994), com a delimitação de uma política de C&T que passou a priorizar a “pesquisa aplicada”. Os programas de apoio à pesquisa tiveram cortes orçamentários na ordem de 74%, que incidiram principalmente sobre as áreas temáticas que não atuavam na pesquisa aplicada. Os cursos de pós-graduação também sofreram cortes (9%), mas não foram os principais alvos da política restritiva desse período.

Com o início do governo da Nova República (1985), o volume de recursos destinados à política de desenvolvimento científico e tecnológico teve uma ligeira recuperação com relação ao período anterior (em 1970, destinavam-se US\$170, milhões/ano; em 1984, US\$55,6 milhões/ano; em 1985/88 US\$90, milhões/ano) (GUIMARÃES & SAYD, 1994), o que permitiu o financiamento e fortalecimento de alguns programas.

Segundo Guimarães (1994), podemos identificar quatro grandes golpes na política de C&T existentes no Brasil, a partir de 1980: 1) o desequilíbrio nas contas do governo, resultante da alta do petróleo e do aumento da taxa de juros no mercado internacional; 2) a dificuldade para o aporte de recursos no contexto de crise mundial; 3) o recrudescimento da crise fiscal e a decorrente restrição de recursos e 4) a crise das universidades públicas, principalmente as federais.

Na década de 90, com a estabilização financeira realizada às custas, inclusive, da manutenção do investimento em Ciência & Tecnologia em baixos patamares para um país em desenvolvimento como o Brasil¹⁶, outras agências de fomento à pesquisa em saúde entraram em cena. No âmbito estadual, destacam-se a FAPESP, a FAPERJ¹⁷, e alguns institutos de pesquisa vinculados às secretarias de saúde. No âmbito internacional, agências como a Organização Pan-Americana da Saúde estreitaram os investimentos em projetos nacionais de pesquisa e projetos internacionais de cooperação técnica.

Apartir de 1992, com a criação de uma Comissão Intersetorial de Ciência e Tecnologia dentro do Conselho Nacional de Saúde, iniciou-se um movimento em direção à realização da I Conferência

16 Segundo recomendação de 1990 da *Commission on Health Research for Development* (COHRED), os países em desenvolvimento devem alocar pelo menos 2% de seus gastos governamentais com saúde nos setores de Pesquisa & Desenvolvimento.

Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde, que seria realizada em 1994. Nessa conferência, foram esboçadas as primeiras propostas para a criação de uma Política Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde, comprometida eticamente com os princípios da Reforma Sanitária Brasileira e articulada às necessidades de saúde da população, proposta como elemento constitutivo da própria política de saúde do país (ABRASCO, 2001).

A lógica de financiamento de pesquisas no Brasil baseia-se, hoje, na negociação direta com os pesquisadores, muitas vezes sem a participação dos dirigentes universitários/institucionais no processo, configurando uma política que atende pessoas, e no máximo grupos, mas muito pouco a instituições (GUIMARÃES, 1994). Assim, não é simplesmente o volume de recursos que importa na definição de uma política de C&T, mas a forma e os critérios de distribuição do mesmo.

No Brasil tudo indica que a crise no setor responde, por uma lado, à crise fiscal do Estado brasileiro e, por outro, à inexistência de uma reflexão sistemática no sentido de propor políticas ajustadas não só aos tempos de crise, mas à realidade do sistema científico e tecnológico do país. (GUIMARÃES, 1994).

Com o passar dos anos, a crise tornou-se instituída, mantendo o volume de recursos num patamar de escassez contínuo. Apesar dos investimentos em C&T terem sido inferiores nos anos 90, comparativamente aos anos 80, o ritmo da produção acadêmica foi acelerado: a) pela inserção cada vez mais precoce de recém-graduados nos cursos de pós-graduação, devido à exigência do mercado de maior especialização ou mesmo como opção de remuneração; b) pela inserção de profissionais dos serviços de saúde, buscando, além da qualificação, uma complementação para os salários defasados e c) pela inserção de professores, obrigados a qualificarem-se como mestres e doutores de acordo com a nova Lei de Diretrizes e Bases da educação. Tais fatores aliaram-se às exigências dos centros de pesquisa e à concorrência, nacional e internacional, na captação de recursos, estimulando ainda mais o aumento da “produtividade” acadêmica num contexto cada vez maior de restrição orçamentária.

Esse movimento também reforçou o aparecimento de uma quantidade de novos centros de pesquisa e cursos de pós-graduação no país¹⁸, nas instituições públicas e privadas, todas em busca de recursos para a sustentação de suas instituições. As regras definidas para a concessão de bolsas e para o incentivo às pesquisas passaram a ser avaliadas a partir de critérios temporais de produção, implementando um ritmo acelerado da mesma.

17 Respectivamente, Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo e Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro.

As regras de competição, pautadas na produção acelerada, não parecem combinar com o ritmo de produção crítica característico da construção do campo da Saúde Coletiva, que vem perdendo muito com a produtividade acelerada em detrimento da reflexão crítica acerca, principalmente, das políticas de saúde do Brasil no que concerne a seus avanços, retrocessos e desafios.

Nesse sentido, o desenvolvimento de uma área de investigação em Saúde Coletiva, com o intuito de monitorar e avaliar permanentemente os processos de reforma implementados e subsidiar as decisões políticas, precisa ser pensado num contexto mais amplo dos rumos da política de C&T, numa análise crítica do processo de produção de conhecimento, buscando reconhecer as especificidades do caso brasileiro e efetivamente contribuir para seu amadurecimento.

2.4 ANÁLISE DA TRAJETÓRIA DA POLÍTICA E OS ESTUDOS DE PP&G

O processo de reforma do setor saúde brasileiro é bastante rico em acontecimentos, tendo contado com a participação de diversos segmentos sociais e instituições de ensino e pesquisa no debate político. Assim podemos distinguir, a partir de 1974¹⁹, uma série de momentos diferentes na condução da política de saúde e na produção de conhecimento na Saúde Coletiva – área de Política, Planejamento e Gestão (PP&G). E, para uma análise mais detalhada de cada momento, decidimos trabalhar com uma periodização que utiliza marcos de política, em âmbito nacional e internacional, como referência de análise. Ou seja, situações específicas que tiveram grande capacidade de intervenção no processo de construção de um modelo político para a saúde e que, de alguma forma, foram discutidos e analisados por uma produção de conhecimento específica. Assim, a análise da trajetória política da reforma do setor saúde serviu como ponto de partida para a análise da produção de conhecimento em Saúde Coletiva sobre PP&G. Partimos de uma periodização de base e destacamos os marcos de política de cada fase, o que permitiu

18 Podemos dizer que existiram três ondas de criação de cursos de pós-graduação no país. Uma primeira nos anos 70, com o investimento de recursos advindos da política de desenvolvimento em C&T. Uma segunda, mais amena, ao final dos anos 80, início dos 90, com a política de C&T restrita a lógica da produção, mas ainda com o incentivo à produção. E uma terceira a partir de meados dos anos 90, com a proliferação de cursos de pós-graduação por todo o país, respondendo à necessidade de qualificação profissional desenhada na política de educação e cargos e salários.

19 O ano de 1974 foi tomado como referência por algumas razões: a) a partir desse ano, teve início uma nova conjuntura política no interior do governo autoritário, com maior investimento na área social; b) o investimento na área social possibilitou também o fortalecimento das instituições de ensino e pesquisa e o desenvolvimento da Saúde Coletiva como um novo campo de conhecimento e c) o começo de uma política voltada para a “abertura” do regime, favorecendo a expressão dos movimentos sociais, dentre eles o movimento sanitário. No entanto, a utilização desse marco não significa dizer que não tenha ocorrido nenhum tipo de contribuição no momento anterior, é apenas um recurso metodológico para a delimitação do estudo.

uma flexibilidade maior para a análise proposta, com períodos flutuantes, onde os fatos políticos foram os principais norteadores da análise.

O objetivo dessa periodização foi identificar continuidades e discontinuidades dos estudos *vis-à-vis* a política de saúde e não determinar a análise da produção ao processo político ou vice-versa. Ou seja, significou comparar os movimentos processados no âmbito do Estado (na negociação de propostas políticas) e no âmbito das instituições de ensino e pesquisa (na reflexão dos modelos assistenciais conformados pelo Estado).

A periodização adotada, para a análise da correspondência entre o debate político e a produção de conhecimento em PP&G, foi embasada na discussão de Levcovitz (1997) sobre a política de saúde brasileira, onde em cada fase foi destacado um objeto central de interesse da política²⁰. Tal como apresentamos no quadro 2, a seguir:

Período/Fase	Objeto Central da Política
Fase 1 – 1974/79 Teórico-conceitual	Investigação sobre os determinantes econômicos, políticos e sociais da conformação do sistema de saúde e formulação de alternativas de reforma.
Fase 2– 1980/86 Político-ideológica	Disseminação das propostas de reforma e aglutinação da coalizão sócio-política de sustentação.
Fase 3 – 1987/90 Político-institucional	Consolidação jurídico-legal e social dos princípios e diretrizes do projeto de reforma setorial.
Fase 4 – 1991/98 Político-administrativa	Definição do papel de cada esfera de governo na organização do sistema e formulação/ implementação de instrumental operacional para esse relacionamento.
Fase 5 – 1999/00 Complementação jurídico-legal. Técnico-operacional	Regulamentação legislativa e normativa do financiamento estável e do “mix” público-privado (assistência domiciliar). Organização dos modelos de gestão e de atenção da rede regionalizada de serviços.

Adaptado de Levcovitz (1997).

A periodização da produção de conhecimento foi trabalhada a partir das fases da política propostas acima, identificando os principais temas em discussão de cada fase. A idéia de fases é bastante utilizada nas análises de política e busca compreender o processo de construção de uma ação pública. As fases, apesar de diferenciadas teoricamente, estão o tempo todo entremeadas, portanto, apenas as utilizamos como um mecanismo de análise e não como uma classificação rígida dos períodos.

20 Trata-se de uma tese de doutorado, defendida em 1997 no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, que inova numa proposta de compreensão de todo o processo de construção da reforma da saúde no Brasil.

Assim, as fases 1, 2 e 3 – teórico-conceitual, político-ideológica e político-institucional – foram incluídas, de acordo com a compreensão dos momentos de construção de uma política, na fase de formulação da política, que compreende desde o momento de identificação de problemas à construção de propostas específicas de encaminhamento do problema, o processo de negociação e a decisão de uma política. As fases 4 e 5 – político-administrativa e de complementação jurídico-legal e técnico operacional – foram incluídas no momento de implementação, que compreende os mecanismos para a concretização das propostas e a normatização da política. E o momento de avaliação ainda não se destacaria como um momento específico, começando a apresentar sinais nas duas últimas fases. A fase de avaliação corresponde a um momento da política que se dedica aos resultados obtidos pela política implementada em contraposição às propostas, distinguindo-se análises de implementação e de impacto nesse conjunto, ambas com uma proposta de comparação com o ideal político proposto.

Essa análise incorporou a proposta de estudo da política de saúde como uma política pública, como um processo de construção de uma agenda governamental para o setor. Um sistema de ação que envolve recursos, atores, arenas e idéias (Viana, 1997). Os atores, as instituições que participaram do debate e a política de Estado conformada a cada período, foram, portanto, tópicos de análise do estudo.

2.5 ESPECIFICIDADES METODOLÓGICAS

Os resultados que apresentamos neste artigo configuram apenas um enfoque possível de discussão dos dados, já que, diante da quantidade de estudos e da classificação proposta, poderíamos enfocar vários aspectos da questão. A opção foi trazer o que, a nosso ver, resume em linhas gerais os principais movimentos da produção bibliográfica²¹ em relação ao momento da política de saúde no Brasil. Dessa forma, estaremos apresentando dois aspectos da questão:

- a) uma análise da trajetória da política de saúde no Brasil e sua relação com a produção em PP&G – principais temas e características dos estudos; e
- b) como se comportou a produção sobre a reforma da saúde em todo o período (1974-2000) e em relação com a fase da política.

21 Não estaremos apresentando as especificidades de cada veículo na discussão bibliográfica e na trajetória da política em cada fase, pois seria exaustivo e muitas vezes repetitivo. Optamos por reunir o que foi comum aos veículos e destacar apenas o que consideramos questões-chave para o debate.

Contudo, antes de avançarmos no que são os resultados desse estudo, é necessário explicitar o que se constituiu como o grande desafio da pesquisa e os limites em que se esbarrou na análise proposta.

A pesquisa visou reunir um quantitativo bastante abrangente de instituições e veículos de divulgação por um longo período de tempo (25 anos), o que trouxe de imediato algumas dificuldades:

a) dificuldades operacionais, já que algumas referências bibliográficas anteriores à década de 90 são de mais difícil acesso, principalmente quando tratamos de teses, dissertações, livros e alguns periódicos (nesse caso especialmente os primeiros volumes nos anos 70 ou 80), não existindo nenhum tipo de banco de dados que reúna todos os veículos de divulgação e muito menos no período de tempo estipulado pela pesquisa.

b) dificuldades de seleção dos estudos, já que as diferentes fases da trajetória política e do campo da Saúde Coletiva se refletiram em produções bastante diferenciadas, que muitas vezes contribuíam na discussão de PP&G de uma fase e não contribuíam na discussão de outra, não se incluindo portanto na análise proposta de PP&G.

c) dificuldades de classificação, já que há uma grande diversidade de estudos e abordagens no campo, o que dificulta na origem qualquer proposta de classificação, por mais flexível que seja.

d) dificuldades na periodização, já que o estabelecimento de fases para a delimitação de uma análise muitas vezes dificulta perceber os movimentos de interação e expansão das discussões, que não seguem necessariamente os limites temporais ou os marcos políticos propostos. Essa é inclusive a maior virtude da produção de conhecimento científico: ser capaz de olhar criticamente os fatos, ultrapassar os padrões estabelecidos e subverter a ordem.

e) dificuldades de análise, dada a quantidade de informações reunidas, os diferentes marcos teóricos, políticos e institucionais numa busca muitas vezes inconciliável de interação das produções.

Essas dificuldades trouxeram a certeza de que, por mais que seja feito um esforço de delimitação da metodologia de pesquisa, para evitar determinados vieses de análise, sempre estaremos enfocando mais ou menos um determinado aspecto da produção. Mas, com todas as dificuldades metodológicas e de análise da pesquisa, acreditamos ter avançado

muito na discussão sobre a produção em saúde e PP&G no Brasil, realizando um mapeamento bastante extensivo da produção e apresentando suas principais características.

Como auxílio para a classificação, de acordo com as categorias propostas, e análise da produção, foi elaborado um Banco de Dados próprio para a pesquisa, que permitiu cruzar as informações entre instituições, autores, ano e categorias da classificação da forma que se desejava. Os cruzamentos dos dados foram múltiplos, e estaremos abordando aqui apenas algumas possibilidades de análise.

■ 3. RESULTADOS

3.1 A POLÍTICA DE SAÚDE E A PRODUÇÃO EM PP&G NO BRASIL (1974-2000) — TRAJETÓRIAS E INTERSEÇÕES

A trajetória da política de saúde brasileira nos últimos 25 anos (1974-2000) confunde-se com a história de constituição do campo da Saúde Coletiva, configurando um movimento onde política e reflexão teórica articulam-se na busca de alternativas para a construção de práticas e modelos de atenção à saúde.

Um primeiro fato constatado nessa pesquisa aponta para uma harmonia de discussão do debate acadêmico com o debate político na trajetória da política de saúde. Ou seja, os estudos acadêmicos, de uma forma ou de outra, com pequenas defasagens de tempo, buscaram compreender, explicar, analisar e criticar o processo político vivido pelo setor saúde em cada fase da política, contribuindo de forma direta ou indireta na definição da política de reforma setorial.

Não significa dizer que haja uma parceria das instituições acadêmicas com os gestores políticos, mas que há um interesse dessas instituições no acompanhamento do processo decisório. A peculiaridade do caso brasileiro precisa ser lembrada. A Saúde Coletiva no Brasil se constituiu como um campo de conhecimento que tomou a realidade de saúde – política, institucional e social – como objeto de estudo, voltando seu interesse para a compreensão dos problemas enfrentados no contexto da política de Estado e na garantia do direito à saúde, colocando-se como tarefa a crítica à realidade e a apresentação de propostas alternativas.

Nesse sentido, há uma grande contribuição do debate de PP&G na discussão da Saúde Coletiva no Brasil.

Foram analisadas ao todo 3.413 referências sobre PP&G, entre livros, teses, periódicos nacionais e internacionais, congressos de saúde coletiva e conferências de saúde, num conjunto superior a 15.000 referências, como é possível verificar no quadro 3.

Quadro 3 - Referências De Pp&G – Saúde Coletiva – Brasil (1974/2000)		
	Total De Referências Em Pp&G	Total De Referências Pesquisadas
Teses e Dissertações	526	2.300
Livros	400	400 ²²
Periódicos Nacionais	796	5.013
Periódicos Internacionais	46	2.572
Congressos de Saúde Coletiva	1.535	5.317
Conferências Nacionais de Saúde	99	99
Total	3.413	15.701

Os temas tratados nos estudos de PP&G coincidem e contribuem para o momento político de cada fase. E na análise dos temas foi possível perceber uma relação entre o que são os objetivos centrais da política e as áreas temáticas nos estudos de PP&G. Para uma visualização mais precisa desse movimento, construímos um quadro analítico, detalhando os temas predominantemente abordados na discussão das áreas temáticas em cada fase. Após uma breve contextualização das fases, apresentaremos os temas discutidos na produção bibliográfica pesquisada.

3.1.1 Uma análise a partir das fases da política

FASE 1 – Teórico-conceitual (1974/1979) – a reforma sanitária e a consolidação de um novo “campo” em saúde

O período 1974/1979 constituiu-se como uma fase de mudanças conceituais importantes no âmbito da discussão das políticas sociais e de saúde no Brasil, refletindo um movimento crítico de reflexão sobre as políticas públicas, que antecedeu ao próprio período e que encontrou espaço num momento de reorientação política e institucional do Estado brasileiro²³.

Foi nessa fase que **se consolidou o movimento brasileiro da reforma sanitária** que, fundamentado numa análise teórica das relações Estado-sociedade, relações de poder, sistemas de proteção social e outras, esboçava críticas à política social e de saúde. A crítica à política revelou um diagnóstico das iniquidades em saúde e da desigualdade

22 Pela especificidade desse veículo, é impossível estimar a quantidade de livros publicados desde 1974; por isso consideramos o total de livros incluídos na classificação de PP&G.

23 Em 1974 há uma mudança na condução da política de Estado no Brasil no âmbito do governo militar, concretizada com a entrada de Geisel no poder. Geisel inaugurou o processo de abertura política no país diante do desgaste e perda de legitimidade progressiva do governo e configurou um conjunto de medidas específicas de rearranjo da área social, pautado numa política de desenvolvimento nacional traçada pelo II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND).

social no país, estabelecendo uma agenda de propostas para a reversão do quadro social apresentado e, em especial, das condições de saúde.

Assim, essa fase caracterizou-se no debate político pelo interesse na investigação sobre os determinantes econômicos, políticos e sociais da conformação do sistema de saúde brasileiro e na formulação de alternativas de reforma setorial. As discussões giravam em torno dos problemas e necessidades de saúde da população e seus determinantes, de propostas políticas e de reordenação do sistema, além de debates sobre a medicina preventiva e social. Temas congruentes com a ampliação dos movimentos de questionamento do modelo de atenção à saúde característico dos serviços prestados pelo Estado.

De um modo geral, pode-se dizer ainda que houve nessa fase um grande esforço teórico no sentido de marcar um novo campo de conhecimento, a Saúde Coletiva, onde a “novidade” se expressava na contraposição com o conhecimento anteriormente existente e hegemônico na área da saúde. Tratava-se, portanto, de demonstrar a determinação social do processo saúde—doença, em oposição, ao considerado reducionismo biológico, naturalismo e pretensa neutralidade do conhecimento científico, que orientava a atenção à saúde, sobretudo a prática médica. Ao mesmo tempo, procurava-se evidenciar o cenário de necessidade de transformação da sociedade capitalista. Os estudos utilizavam como ferramenta a epidemiologia para demonstrar “cientificamente” as relações entre condições de vida e saúde. Aportavam às ciências sociais, em especial o marxismo, para fundamentar não só esta determinação, mas também a conformação do Estado e das instituições que o representavam.

Na realidade, no setor saúde, os movimentos contra-hegemônicos ao modelo de atenção à saúde prestado pelo Estado já se fortaleciam desde os anos 60, ou mesmo anos 50. A medicina preventiva e a medicina comunitária surgiram nesses anos como modelos inovadores para pensar a atenção à saúde. A idéia de saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social passou a nortear a discussão sobre a definição de políticas para o setor. Promover saúde passou a significar promover condições de vida digna, o que incluía desde o direito à moradia, educação, ao atendimento integral em saúde, como o direito à participação e intervenção popular. Esses princípios eram divulgados pela Organização Pan-Americana da Saúde nos anos 50 e 60, principalmente, e serviram de indicativos na construção dos modelos de medicina comunitária e preventiva no Brasil nos anos 60. No entanto, esses princípios foram resgatados mais intensamente a partir de meados dos anos 70, quando o movimento reformista da saúde ganhou corpo e expressão e quando, como já assinalamos, a abertura política foi iniciada.

A temática da reforma era apresentada, assim, a partir da perspectiva de construção de um novo sistema de saúde, não sendo feita uma discussão sobre a reforma, mas

discussões críticas sobre o sistema em funcionamento e sobre a necessidade de uma reformulação.

Também a partir de meados dos anos 70, iniciaram-se os trabalhos científicos sobre políticas de saúde, permitindo uma maior consolidação institucional dessa nova área de atuação acadêmica. As agências de financiamento, como a FINEP (Financiadora de Estudos e Projetos), o CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico) e outras passaram a investir mais recursos em Ciência e Tecnologia. Nesse contexto, incluíram-se as pesquisas no setor saúde, com a participação efetiva dos integrantes do movimento de reforma da saúde.

Algumas pesquisas, desenvolvidas em instituições como a Universidade de São Paulo (USP/Dept. Medicina Preventiva), a Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP/Faculdade de Medicina) e o Instituto de Medicina Social da UERJ, tornaram-se referência tanto na discussão teórica de revisão dos pressupostos que embasavam o pensamento em saúde, como também passaram a ser referência no debate teórico para a definição de uma nova política de saúde, exercendo papel fundamental na construção do projeto de reforma no setor saúde²⁴.

Outro importante acontecimento que possibilitou o estreitamento na relação entre os teóricos da academia e suas análises sobre as práticas de saúde e o debate político e as estratégias de reforma, foi a criação da revista *Saúde em Debate*, do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), que apresentou em 1976 o seu primeiro número. A Revista CEBES, como ficou conhecida, foi resultado de um movimento já intensivo de discussão de grupos reformistas.

E neste período realizaram-se também fóruns de discussão sobre a formação acadêmica e profissional em saúde, com uma reflexão crítica sobre o sistema, o Estado, a formação profissional e a produção de conhecimento em saúde. Em 1978, o I Encontro Nacional de Pós-graduação em Saúde Coletiva montava as bases para a constituição da Associação Brasileira em Saúde Coletiva (ABRASCO). A ABRASCO passaria a exercer, a partir de então, papel fundamental de articulação das instituições de ensino e pesquisa em Saúde Coletiva, possibilitando maior organicidade para a área, configurando os limites de atuação do campo e as regras institucionais.

Assim, a resposta governamental às pressões políticas e institucionais e às críticas à política social como um todo foi a definição de um conjunto de medidas políticas para a área social e de saúde, definindo um amplo projeto de desenvolvimento social para o

24 Como estudos que viraram referência: Donnangelo (1974, 1976); Cordeiro (1978); Arouca (1975); Machado (1978), Luz (1979) e outros.

país, respaldado numa política maior do Estado de desenvolvimento nacional (o II Plano Nacional de Desenvolvimento – II PND).

Dentre as políticas desenhadas, algumas merecem especial destaque na análise da política de saúde, já que marcaram uma fase e concretamente possibilitaram o início de um processo de reforma, produzindo um amplo debate, seja no âmbito da tecno-burocracia estatal, seja no contexto das instituições de ensino e pesquisa.

Um primeiro marco de política selecionado foi a configuração do Plano de Pronta Ação (PPA), em 1974, como uma iniciativa que viabilizou a expansão da cobertura em saúde e desenhou uma clara tendência de fortalecimento da proposta de universalização da atenção à saúde. Nesse ponto vale ressaltar que a política de saúde brasileira ainda estava conformada sob padrões meritocráticos de direito à saúde, ou seja, apenas tinha direito à assistência médica no Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) o trabalhador vinculado ao instituto, e seus dependentes. A proposta de universalização da saúde significava a extensão desse direito a toda a população, independente de contribuição previdenciária. Assim, seria garantido a todo cidadão o direito à assistência integral à saúde, sem qualquer tipo de discriminação. Os serviços do INPS não eram os únicos a prestarem assistência médica, mas certamente eram os que obtinham maior investimento e recurso. Além disso, havia, nessa lógica, uma concentração dos serviços de assistência próximo aos centros urbanos de produção, deixando uma parcela significativa da população sem opção de acesso.

Nesse sentido, um primeiro e significativo passo configurou-se nesse período com as discussões teórico-conceituais sobre o direito à saúde e o papel do Estado na intervenção e configuração de políticas sociais. Os estudos denunciavam ora o poder centralizador do Estado, ora o caráter tutelar das ações do governo, em particular o pós-74, que buscava manter uma estratégia de controle e manutenção da integração e ordem social a partir de uma normatividade social e política. O diagnóstico social e de saúde produzido no contexto das instituições de investigação e as abordagens sobre Estado–sociedade e cidadania conformavam um arcabouço teórico crítico para a discussão política do setor saúde.

Outros marcos de política selecionados indicam, da mesma forma, alguns reflexos do movimento de reflexão instalado nesse período, pressionando a mudança setorial; no entanto, essas mudanças ainda se configuram dentro de uma lógica normativa de controle do Estado sendo apenas um primeiro movimento de mudança. Dentre os marcos selecionados: a instituição do Sistema Nacional de Saúde (SNS), em 1975, constituído como primeira proposta nacional de configuração de um sistema de saúde, enfrentando a questão de se ter uma política única para a saúde que tomasse o território nacional e definisse

diretrizes de política; e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), definido em 1976, com o propósito de estender serviços de atenção básica à saúde no Nordeste do país, reconhecendo a necessidade de definir políticas para além dos centros urbanos e de ampliar o acesso à saúde em todo o território nacional.

Também as Conferências Nacionais de Saúde (V e VI CNS), realizadas em 1975 e 1977, expressaram bastante bem o esforço do Estado na construção de um arcabouço institucional de base para a saúde nesse período, uma base ainda estritamente operativa, com a constituição de rotinas e organização mínima de programas de atenção nos diversos setores da saúde, programas esses até então não definidos pelo Estado. Foram conferências governamentais com o objetivo explícito de “identificar e definir problemas em pauta, para encontrar a melhor forma de encaminhar e implementar os programas, atividades e tarefas que conduzam à integração de esforços e ações, orientados por política de trabalho bem definida” (BRASIL, 1974).

E, ao final dos anos 70, as discussões reformistas no setor saúde passaram a ocupar maior espaço na esfera estatal de discussão, bem como, no âmbito parlamentar, começava um momento de transição para uma nova fase, que chamamos aqui de fase político-ideológica.

Os parlamentares, eleitos em 1974 (um grande número do MDB), pressionavam para um debate mais comprometido com a abertura democrática e foi no ano de 1979 que realizou-se o I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados, onde ampliaram-se as bases de apoio ao movimento de reforma do setor saúde, subsidiando inclusive as discussões da VII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1980. O simpósio vinha cumprir um papel político fundamental de debate amplo e aprofundado de uma agenda de transformação setorial, abordando temas como: a descentralização, a regionalização, a relação público-privado, a universalização, a integração, a unificação e a hierarquização. Nesse período, houve um esforço de toda uma intelectualidade orgânica do setor saúde, reunida em partidos, organizações sindicais de profissionais de saúde e movimentos populares, de sintetizar as propostas debatidas nesses segmentos. O documento elaborado pelo CEBES²⁵, intitulado “A Questão Democrática na Área da Saúde”, apresentado no simpósio foi um marco político na construção da reforma (NORONHA & LEVCOVITZ, 1994).

Da mesma forma, ficou explicitada a necessidade de um acordo no nível federal de governo na definição da política nacional e única de saúde e a discussão ideológica de reforma do setor saúde começou a ganhar a institucionalidade de discussão política.

25 O documento foi elaborado por três professores, cuja origem institucional era o Instituto de Medicina Social da UERJ: José L.Fiori, Hésio Cordeiro e Reinaldo Guimarães.

À guisa de síntese desta fase (74-79), vale ressaltar que os anos de governo Geisel possibilitaram maior espaço para os movimentos contra-hegemônicos ao poder estabelecido e o desenvolvimento de políticas sociais. No setor saúde foi possível o fortalecimento do movimento de reforma da política de atenção para o setor. No aspecto político e social, imprimiram-se as posições voltadas para a definição de um Estado democrático. Os impasses da crise geral do Estado e a presença sólida de propostas de reforma para o conjunto do Estado permitiram o encaminhamento de reformas. E no tocante às políticas sociais, o início do processo de abertura e democratização social permitiu o desenho de políticas de proteção de moldes cada vez mais universalistas.

E como um ponto fundamental desse período, a consolidação de um arcabouço teórico crítico de discussão sobre o Estado, sobre as políticas sociais e sobre o papel dos profissionais de saúde, apresentando em contraposição idéias de reforma progressistas, pautadas numa análise histórico-estrutural do Estado e com ideais de democratização e quebra das hegemonias dominantes.

FASE 2 – Político-ideológica (1980-1986) – a negociação da reforma

A fase teórico-conceitual começa a dar espaço para a fase político-ideológica a partir dos anos 80, com o processo político de redemocratização do Estado brasileiro e a possibilidade de maior intervenção social na delimitação de uma reforma para o setor. Nesse momento, o esforço da intelectualidade que acompanhava a discussão política era de construção de propostas de reforma na organização do sistema público de saúde. Essas propostas surgiam no interior das discussões acadêmicas para se apresentarem como modelos na discussão político-institucional.

A temática principal era a política de extensão da cobertura dos serviços de saúde, numa releitura do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) para o território nacional. A proposta ganhou corpo com a configuração formal da proposta do PREV-Saúde, apresentada no âmbito de discussão da VII Conferência Nacional de Saúde (1980).

O Prev-Saúde visava dotar o país de uma rede de serviços básicos que oferecesse, em quantidade e qualidade, os cuidados primários de proteção, promoção e recuperação da saúde, tendo como meta a cobertura de saúde a toda a população até o ano 2000. A atenção primária, nesse entender, seria a estratégia para a redução das desigualdades sociais existentes, estratégia essa que atendia duplamente aos propósitos do Estado. Por um lado, porque era necessária a reformulação do setor saúde, por outro lado, porque respondia às principais diretrizes assinaladas para a saúde nos fóruns internacionais de discussão sobre saúde.

No entanto, o Prev-Saúde acabou não sendo incorporado pelo governo e muito menos estabelecido na prática, dadas as resistências intraburocráticas assentadas no INAMPS, a forte oposição das entidades do segmento médico-empresarial e, ainda, as pressões oriundas do campo da medicina liberal (CORDEIRO, 1991). Esse conjunto de forças conformaram um sem-número de razões para que o Prev-Saúde não se concretizasse. Os conflitos em torno aos encaminhamentos da política de saúde ganhavam o espaço da arena institucional. Por outro lado, e significativamente, o Prev-Saúde também revelou um momento inédito de entrada do discurso reformista na arena de discussão institucional estatal da saúde. As idéias reformistas defendidas por diversos grupos de discussão da saúde começavam a se integrar numa proposta abrangente de definição da política de saúde. A discussão teórica sobre o modelo de atenção à saúde começava a ganhar operacionalidade política.

A exemplo disso, em 1983, ocorreu em São Paulo o I Congresso Nacional de Saúde Coletiva, juntamente com o II Congresso Paulista de Saúde Pública. Este congresso representou a iniciativa de fortalecimento das propostas de reforma, contou com a forte presença da Associação Paulista de Saúde Pública (APSP) e teve por objetivos “reunir seus co-sócios e profissionais, entidades e estudantes do Campo da Saúde Pública, para estudo e debate de temas de interesse nessa área, especialmente aqueles que dizem respeito à Política Nacional de Saúde” (Diretoria da APSP e da ABRASCO, 1983).

Existiam, no entanto, divergências de postura no encaminhamento das propostas entre os grupos de reformistas, o que também influenciou na condução da política de saúde. O debate se politizou na acentuação dos interesses de cada facção social.

O rumo da reforma foi se configurando a partir de um diagnóstico, produzido no interior do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), sobre o modelo de saúde vigente. O MPAS, nesse período, era o ministério de origem do INAMPS e, portanto, dele partiam definições institucionais para a política de saúde no que diz respeito à parcela da assistência médica previdenciária.

O diagnóstico identificava um conjunto de distorções no modelo de atenção à saúde então vigente, ressaltando: a) a inadequação dos serviços à realidade; b) a insuficiente integração dos diversos prestadores; c) os recursos financeiros insuficientes e o cálculo imprevisto dos gastos; d) o desprestígio dos serviços próprios e e) a superprodução dos serviços contratados. O diagnóstico do Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) mostrou uma rede de saúde ineficiente, desintegrada e complexa, na relação do INAMPS com os demais serviços de assistência promovidos pelo Estado. Os serviços oferecidos pelo MS (secretarias estaduais e municipais, inclusive) funciona-

vam independentemente e paralelamente aos serviços oferecidos pelo MPAS/INAMPS, o que formava uma rede pública desintegrada sem a prévia programação do sistema. Tal fato conformava uma dificuldade a mais no planejamento dos investimentos e gastos no setor (SILVA, 1992: p.103).

Toda essa discussão configurou um novo marco político para o debate da reforma setorial e a partir dela foram elaboradas propostas mais operacionais para a reestruturação do sistema e desmontagem do modelo, como a configuração das Ações Integradas de Saúde (AIS). As AIS junto com a Programação e Orçamentação Integrada (POI) e o Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS) visavam dar maior racionalidade, integração e controle às ações de saúde, com a programação e orçamentação dos recursos para a saúde, com a integração das ações do setor público e conveniado e com o controle de recursos para o setor privado contratado.

O contexto político também favoreceu o crescimento do debate setorial. O processo de “transição democrática” trazia novas perspectivas, e o começo do governo da Nova República, em 1985, deu início a um processo acelerado de mudanças na saúde.

A proposta de governo de Tancredo Neves para a saúde havia incorporado as diretrizes políticas discutidas pelo movimento de reforma, contemplando desde a questão da universalização da atenção à saúde, até a unificação do setor, passando pela descentralização político-administrativa e pelo controle social, configurando um quadro bastante favorável ao encaminhamento da reforma – ou seja, as condições políticas nunca haviam sido tão favoráveis à implementação da reforma.

Durante todo o ano de 1985 e 1986 se desenvolveu um processo intenso de negociação entre os grupos e setores envolvidos no projeto de reforma (sanitaristas, previdenciários, trabalhadores e outros grupos). A possibilidade de implementação da reforma pressionava para a definição de estratégias e políticas concretas de mudança setorial, mas as forças políticas e institucionais que emanavam desses diversos grupos esticavam o processo de negociação apontando para alguns impasses da proposta.

Em 1986, no Rio de Janeiro, ocorreu o I Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, considerado um avanço no intercâmbio entre profissionais e na divulgação da produção científica do campo da Saúde Coletiva. O congresso se desdobrou num espaço estratégico de luta pela democracia, através do reconhecimento da saúde como direito de cidadania e da formulação de propostas concretas, engajadas na reformulação do modelo de assistência à saúde. Os trabalhos giravam em torno da reforma do setor, pensada pelo viés do planejamento, do investimento político, da organização do trabalho em saúde e das experiências internacionais.

No mesmo ano, foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde, configurando o ápice de todo esse movimento de negociação, tendo sido resultado de forte pressão dos “reformistas da saúde” para a legitimação da reforma. A conferência contou com a presença de mais de quatro mil pessoas e a participação expressiva de grupos sociais de diversos segmentos, encerrando uma lista de propostas sistematizadas para a política de saúde, dentre elas a de reformulação do Sistema Nacional de Saúde, com a constituição de um comando único do sistema. Esta proposta indicava a transferência imediata do INAMPS para o MS e a separação progressiva dos recursos para financiamento da previdência, visando encerrar o debate entre previdência e saúde na disputa por poder e recursos.

A VIII CNS também indicou a formação de uma Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS) para a elaboração mais detalhada das propostas discutidas em plenário e com o objetivo de formular um texto sistematizado que pudesse subsidiar as discussões relativas à definição da política de saúde na Assembléia Nacional Constituinte (ANC).

A comissão se reuniu durante todo o ano de 1987 e apresentou ao final do processo um conjunto de documentos técnicos com diretrizes para a reforma do setor saúde, reafirmando a discussão da VIII CNS. Os documentos serviram de referência no debate da ANC, que teve início no mesmo ano (1987). Participaram da comissão representantes de todos os segmentos sociais que vinham acompanhando o debate setorial, com a forte presença da intelectualidade acadêmica.

Apesar de todo o esforço de legitimação da proposta de reforma a partir do Ministério da Saúde, as negociações e conflitos entre previdenciários e sanitaristas ainda persistiram após a Conferência e CNRS, e a partir de 1987 a reforma começou a se operacionalizar tendo como eixo condutor o INAMPS/MPAS, configurando uma nova fase de negociações.

As discussões apresentadas nesta fase (1980-1986) possibilitam uma compreensão mais exata do processo de participação gradativa que os intelectuais da reforma assumiram na discussão política. Esta fase foi essencialmente político-ideológica mostrando o desenvolvimento dos principais alicerces de discussão para a política de saúde a ser implementada. A importância desta fase está na capacidade de mobilização e implicação dos diversos atores, políticos, sociais e institucionais, na avaliação e construção de um ideal político para a saúde, expressando os interesses de cada parcela e os conflitos que a proposta de reforma trazia na perspectiva de cada grupo.

FASE 3 – Político-institucional (1987/1990) – definições institucionais

Na fase político-institucional há um avanço da política na consolidação jurídico-legal e social dos princípios e diretrizes do projeto de reforma setorial. É um momento marca-

do ainda pelas discussões debatidas na VIII CNS (1986), quando houve uma real possibilidade de legalização da reforma. Nesse sentido, o debate acadêmico nunca esteve tão próximo da discussão política, subsidiando as reuniões da Assembléia Nacional Constituinte, nos anos de 1987/1988, e interferindo na construção da política, com a definição do Sistema Descentralizado e Unificado de Saúde (em 1987), tendo seu principal formulador o então presidente do INAMPS, Hésio Cordeiro, importante personagem do cenário acadêmico da Saúde.

O SUDS, como uma estratégia-ponte para o SUS, como foi considerado por muitos analistas políticos, avançou na operacionalização da reforma e serviu como um instrumento de continuidade ao processo de reforma da saúde, na medida em que os quadros políticos de apoio à reforma podiam a qualquer momento ser dispensados ou afastados diante do contexto de renovação política com as eleições. Mesmo sem a discussão finalizada de qual seria a melhor estratégia para a saúde naquele momento, o SUDS mostrou-se como única opção no encaminhamento da reforma, porque, mesmo com o baixo grau de consenso no tocante às propostas, ainda definia algo mais do que existia até aquele momento. Era o primeiro passo institucional concreto rumo à reforma nos moldes em que vinha sendo discutida.

Os frutos desse debate se apresentaram no ano de 1988 com a aprovação da nova Constituição brasileira e, em especial, da seção da Seguridade Social, onde se inseriu o capítulo da Saúde.

O capítulo da Saúde incorporou todos os princípios debatidos no processo de reforma, garantindo a definição dos princípios básicos do SUS, configurando uma grande vitória do movimento reformista, que finalmente garantia uma base institucional concreta para o desenvolvimento da reforma. No entanto, as negociações finais na ANC deram-se em um quadro político-institucional rearticulado e a operacionalização da reforma foi remetida para definições posteriores em legislação complementar. A Constituição Federal garantiu as bases mínimas para a reforma, através de princípios e diretrizes do sistema. Restava ainda toda a discussão operacional da reforma, onde incidiam os principais dilemas da negociação política.

Durante todo o ano de 1989, as negociações para a definição da lei complementar da saúde tiveram prosseguimento. Em julho ocorreu o II Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva junto com o III Congresso Paulista de Saúde Pública: "SUS - uma conquista da sociedade". Organizado novamente em parceria com a APSP, o congresso teve como propósito ocasionar uma reflexão sobre o momento que o setor saúde estava atravessando após a consolidação do SUS na Constituição Federal. Além de criar condições para a compreensão da trajetória da reforma sanitária, o evento contribuiu com o debate e definição de idéias, metodologias e ações mais operacionais para o setor.

Nesse período, os reformistas da saúde já não apresentavam-se tão atuantes na discussão política, mas ainda contribuíram efetivamente no projeto de formulação da Lei Orgânica da Saúde (LOS 8.080).

A LOS 8.080 só veio a ser promulgada em setembro de 90, no contexto do novo governo (Collor), e sofreu uma enormidade de vetos. Mesmo assim, definiram-se os objetivos, atribuições, diretrizes, princípios, organização, financiamento e planejamento do setor saúde dentro da nova lógica proposta pelo SUS. Diante dos vetos que sofreu, foi formulada e aprovada uma lei complementar (Lei 8.142), que buscou redefinir alguns pontos de veto da lei, obtendo algum sucesso.

Com a definição das leis complementares da saúde, em 1990, fechava-se a base institucional necessária para a implementação efetiva da reforma. A participação dos grupos reformistas e da intelectualidade na definição das regras do sistema encerrava um primeiro ciclo. Mesmo que ainda existissem algumas lacunas na definição da reforma, sua base institucional estava montada. Teria início a partir desse período a construção do SUS. Foi essa a aposta dos reformistas.

FASE 4 – Político-administrativa (1990/1998) – a implementação da política

Essa fase tem como característica central a preocupação com a implementação da reforma e a normatização do modelo proposto, o que por muitas vezes não significou um movimento único e cooperativo. A implementação da reforma esbarrou em diferentes dificuldades advindas principalmente do processo de regulação da política, sendo este movimento contraditório por vezes ao projeto.

Pelo menos duas subfases podem ser apresentadas nessa grande fase da política: uma primeira, que se concretizou no período de 1990 a 1994, e uma segunda, no período de 1995 a 1998. Essa subdivisão se expressa no conjunto de medidas institucionais de implementação da reforma, que podem ser verificadas observando-se os marcos políticos da fase.

A subfase 1990-1994 significou o arranjo dos primeiros passos de implementação do SUS, agora sim sob a nova base constitucional. A LOS traçava as diretrizes gerais do sistema, bastava aplicá-la. Foi então que se percebeu que a reforma discutida não significava a reforma feita, os pactos da reforma deveriam ser retomados, e muitos não foram, sendo a política de financiamento do setor e a proposta de seguridade social bons exemplos de pactos não retomados.

E a estratégia de encaminhamento da política se configurou com a edição de uma Norma Operacional Básica da Saúde (NOB), apresentada em 1991, com uma proposta de

organização do sistema de financiamento do setor ainda bastante centralizado no âmbito do governo federal. A NOB sofreu críticas contundentes dos grupos envolvidos com o projeto de reforma, mas foi efetivamente o que regulou o repasse dos recursos federais para estados e municípios durante alguns anos.

As críticas ao encaminhamento da reforma se expressaram na IX Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1992, onde se discutiu o processo de descentralização e, mais detidamente, a municipalização, registrando-se o impasse vivido pelo setor no processo de implementação da política traçada na CF88 e na LOS.

Desse debate surgiu a idéia de construção de um processo gradativo de descentralização, mesmo que ainda submetido ao financiamento por produção, estipulado na NOB 91. A discussão sobre a configuração de uma política para a realidade institucional da saúde levou à produção do documento “Municipalização dos Serviços de Saúde – a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei”, apresentado no mês de discussão da conferência.

No entanto, se de um lado a IX CNS reavivou um debate sobre a política institucional da saúde, congelada em dois anos de gestão Collor (90-92) e um ano de gestão Sarney (1989 – ano eleitoral), por outro, manteve um diálogo de surdos, não incorporando novas discussões ou refazendo ideais políticos para a formulação de políticas para o setor capazes de superar as dificuldades institucionais apresentadas.

As contribuições da conferência estiveram, no entanto, no que ela suscitou de reação por parte dos grupos reformistas, bastante mais desarticulados e pouco implicados no processo de mudança institucional. A conferência possibilitou o despertar dos grupos de discussão, trazendo à tona a necessidade de rearticulação política para enfrentar as dificuldades de implementação da reforma.

O resultado concreto de todo o debate foi a edição de uma nova Norma Operacional, a NOB 1993, que não só incorporou as discussões obtidas na IX CNS, como também deu novo fôlego ao debate da descentralização da política.

A NOB 93 veio com o intuito, portanto, de investir na estratégia da descentralização, criando um embrião para a destruição do pagamento por produção e recuperando a trajetória de reforma anteriormente traçada para o setor. Com muitas dificuldades de operacionalização, a NOB conseguiu implementar um processo gradativo de habilitação de estados e municípios, principalmente dos últimos, para a descentralização e construção da política de reforma. A habilitação previa a capacidade dos estados e municípios de assumirem responsabilidades na gestão do sistema de saúde em suas regiões, podendo estar aptos a assumir uma gestão incipiente, parcial ou semiplena. Os municípios habilitados passariam a receber recursos financeiros para a sustentação do sistema, de acordo

com sua categoria de habilitação. Assim, criavam-se os primeiros incentivos para a descentralização da política de saúde. Em 1995, 55% dos municípios estavam habilitados a alguma das formas possíveis de gestão. Em 1996, o percentual de municípios habilitados já chegava a 62%.

Outra importante contribuição da NOB foi a constituição das Comissões Intergestores Bipartites, nos estados, e Tripartite²⁶, na esfera federal, possibilitando o começo de um processo de negociação mais efetivo entre estados, municípios e união. As comissões foram criadas com o objetivo de promover o debate entre os gestores do sistema de saúde dos três níveis de governo (federal, estadual e municipal), contribuindo na formulação de propostas para a implementação do SUS.

Um ano após a confecção da NOB/93, o IV Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, que aconteceu em Olinda/Recife, acirrou o debate acerca do “feito por fazer”, alertando para a necessidade de se criarem condições reais de efetivação do SUS, através da descentralização em direção à municipalização.

Dessa forma, diante dos avanços políticos iniciados pelas Normas Operacionais, podemos considerar que a discussão sobre a descentralização do sistema é a principal característica dessa subfase, que renderá frutos no debate setorial, inclusive na atualidade.

A segunda subfase (1995-1998), apesar de manter uma característica também administrativa da reforma, avança mais na regulação da política, sofisticando o debate sobre a operacionalização da política.

O processo de descentralização seguiu seu curso e avançou ainda mais com a elaboração de uma nova Norma Operacional, promulgada no ano de 1996. A NOB96 acentuou o processo de descentralização, inserindo uma série de novos incentivos para o processo de habilitação dos estados e municípios, criando a idéia de um pacote básico de atenção para ser alcançado por todos os municípios e garantindo o mínimo de saúde em todas as regiões.

Na realidade, ao definir as condições de habilitação dos municípios e estados, considerando uma gestão do tipo básica e outra gestão do tipo plena, a NOB96 visava alcançar gradativamente a capacidade plena dos municípios e estados na gestão do sistema. No entanto, toda a regulamentação que se seguiu à NOB²⁷ para a construção da proposta segmentou e restringiu o aporte de recursos dos municípios e estados para o desenvolvimento do sistema.

Nesse contexto ainda, o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) estiveram inseridos, definidos como estratégias-mestras

26 A Comissão Tripartite já existia desde 1991, tendo sofrido algumas pequenas modificações na proposta da NOB93.

27 Portarias executivas editadas a partir de janeiro de 1998, quando a NOB96 começou a ser efetivamente implementada.

de reformulação do modelo de atenção à saúde e obtendo recursos específicos. Desde a NOB96, os municípios começaram a experimentar a construção do Programa de Saúde Família, captando recursos e prestando a assistência básica a sua população.

Existe, no entanto, uma diferença entre o que foi a proposta original da NOB96 e no que ela se transformou a partir do momento que foi implementada, em 1998. A NOB previa a construção de uma política de repasse de recursos condizente para as esferas subnacionais e o ministério tinha uma postura naquele período de composição de um caixa mais volumoso de recursos. Foi nessa fase que o Ministro da Saúde negociou e encabeçou o movimento para a aprovação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) como um recurso vinculado para a saúde.

Na X Conferência de Saúde (1996), o debate apontava para o conflito vivido pelo ministério no que tange ao financiamento. E, no ano seguinte, em Águas de Lindóia-SP, o V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, contribuindo com o contexto político, apresentou a "Saúde como responsabilidade do Estado Contemporâneo" e abriu um debate sobre os meios e estratégias potencialmente capazes de construir um modelo de proteção social fundado na solidariedade redistributiva e na noção de cidadania. Mais uma vez, o congresso da ABRASCO incorporou e aprofundou o debate conjuntural, aproximando a gestão e o meio acadêmico numa reflexão sobre a saúde no Brasil.

Na X Conferência de Saúde (1996), novamente é discutido o conflito vivido pelo ministério no que tange ao financiamento. Todo o debate serviu de argumento nos anos seguintes, numa nova fase do governo. Houve uma retomada do discurso de maior racionalidade no uso dos recursos, controle das contas com o acerto de dívidas com prestadores e financiadores, combate às fraudes e ênfase na prevenção das doenças. A idéia de mutirão pela saúde e a ênfase no atendimento básico surgiram como principais diretrizes de governo.

A partir de 1998, algumas diretrizes políticas começaram a definir novos rumos para a política de saúde, tendo sido a principal delas a implementação da NOB96. Algumas portarias complementares (de janeiro, fevereiro e março) regularam os fluxos, habilitações e valores constantes na NOB, conferindo uma outra operacionalidade para a proposta.

O processo de habilitação dos municípios e estados foi acelerado. Ao final do ano de 1998, 90,6% dos municípios estavam habilitados a uma das formas possíveis de gestão. Ao final do ano de 1999, esse percentual alcançava 97% dos municípios, tendo a grande maioria dos municípios (88%) se habilitado na gestão básica do sistema.

A descentralização ainda está em processo e a ênfase está na atenção básica com a estratégia de reformulação do sistema a partir da política de Saúde da Família.

O processo de habilitação dos municípios e toda a trajetória do setor de implementação da política de saúde tem sofrido a análise das diversas instituições de ensino e pesquisa que se dedicam a compreender a saúde. Outras instituições, como as que se dedicam a análise de políticas, administração, economia política e outras, também têm se debruçado sobre o que tem sido a experiência de construção do SUS. Assim, desde o início da década de 90 e, num quantitativo cada vez maior a cada ano, surgem estudos sobre o que tem sido o processo de descentralização, a implementação do PSF em regiões, a experiência de uma determinada condição de gestão e outros. As análises subsidiam de alguma forma a reflexão da política adotada pelos governos, contribuindo para novas inflexões na condução da reforma. Mas, diferentemente das fases anteriores, essa fase (político-administrativa) parece contar bem menos com a reflexão crítica dos estudos teóricos produzidos pela intelectualidade orgânica do setor. São muitos os estudos, são muitas as estratégias de condução da política, são muitas as interferências sofridas pela política, há uma diversidade de contribuições e movimentos que se processam, o que confere uma velocidade acelerada ao ritmo de transformações no âmbito da política e na produção teórica.

FASE 5 – Complementação jurídico-legal e técnico-operacional (1999/2000) – regulamentação

Essa fase apresenta algumas características que nos possibilitam afirmar ser ela uma fase de complementação jurídico-legal para a política de saúde.

O primeiro fator de destaque é a criação das Agência Nacional de Regulação da Vigilância Sanitária (ANVISA) e da saúde suplementar (ANS) em 1999 e 2000, com a preocupação do MS na definição de regras de controle e funcionamento do mercado em saúde. Trata-se de regulamentações específicas que visam garantir ao cidadão a qualidade dos serviços comprados e o direito de consumidor. Diferentemente de todas as leis até então definidas na área da saúde, não é a noção de saúde associada à cidadania que está se enfocando, mas puramente a noção de direito.

Outra discussão característica dessa fase foi a aprovação da emenda constitucional para a saúde (PEC 82), garantindo a vinculação de um percentual de recursos para o setor, tanto na esfera federal como na estadual e municipal. A PEC foi apresentada originalmente em 1991 e obteve aprovação final após nove anos de tramitação e negociação no Congresso Nacional. A realização dessa medida teoricamente passaria garantir às esferas de governo um financiamento sustentável para a saúde. A medida aguarda desde a sua aprovação a normatização executiva dos gestores, a começar pelo governo federal, que terá que rever os percentuais de recursos repassados para o setor saúde.

E como característica bastante expressiva do momento político dessa fase, podemos destacar o VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e a XI Conferência Nacional de Saúde que ocorreram em 2000. O VI Congresso aconteceu em parceria com o Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia – ISC/UFBA, em Salvador-Ba, e trouxe como tema central a participação dos sujeitos na construção efetiva de um sistema de saúde baseado nos princípios justiça social e cidadania. Já a realização da XI Conferência (2000) apresentou o tema “Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização da atenção à saúde com controle social”. A conferência, realizada na segunda quinzena do mês de dezembro e com regras de participação no debate restritivas, configurou-se como um debate “morno” sobre a política de saúde atual.

3.1.2 Os temas abordados na produção — caracterização e análise dos estudos

Numa análise sobre o que esteve mais característico nos estudos em cada fase da política, percebemos uma inflexão gradativa das temáticas e abordagens das investigações.

A classificação dos estudos pelas áreas de PP&G (política, planejamento, gestão, organização, avaliação e híbrido) permitiu visualizar o movimento de análise em cada uma das fases, destacando-se o crescimento gradativo e progressivo da produção (ver gráfico 1) e a diminuição dos estudos de política para os estudos de gestão, organização e avaliação (ver gráfico 2).

Há que se considerar que cada um dos veículos apresentam características de abordagem e temáticas que condizem com suas especificidades e, quando reunidos na produção, muitas vezes camuflam seus potenciais de atuação.

Os congressos em todas as fases foram espaços para todo tipo de discussão. Embora cada congresso tenha apresentado um tema central referente ao contexto histórico que atravessava, diversas áreas temáticas foram abordadas, o que, em particular, caracteriza esse tipo de evento como um encontro de estudos, metodologias e proposições variadas. O tema central, geralmente, aborda uma questão política e é debatido nas grandes conferências que concentram todos os participantes do congresso. Dentro da área de PP&G, claramente, predominam os estudos de política e os trabalhos voltados para os serviços e realidades locais, discutindo a organização dos serviços via planejamento e programação, e a avaliação como estratégia para se repensar os serviços e ações de saúde. Os estudos de avaliação sempre estiveram presentes nos congressos, enquanto os de planejamento mantiveram-se expressos em número restrito, e os de gestão foram crescendo com o passar dos anos, principalmente nos anos 90.

Os periódicos, apesar do predomínio da discussão de política, também apresentaram em todas as fases um espaço aberto para as demais áreas. Durante as fases, a produção referente às políticas cresceu gradativamente, sofrendo uma queda brusca na última fase.

A inflexão mais radical de áreas temáticas abordadas aparece nos livros e teses/dissertações, que nas primeiras fases apresentavam grande quantidade de estudos de política e, aos poucos, foram incorporando novas áreas. Também esse movimento expressa o que são as características desses veículos, que revelam com um atraso temporal a discussão da realidade e onde há uma preocupação numa discussão mais abrangente da mesma.

As conferências de saúde em todas as fases contribuíram para a discussão da área de política, também expressando o papel fundamental desse veículo, qual seja, discutir a formulação da política nacional de saúde.

Na caracterização da produção de acordo com a classificação proposta para os estudos (forma, ciclo da política, abrangência e enfoque), também percebemos alguns movimentos interessantes.

Quanto à forma dos estudos, percebemos uma forte presença dos estudos propositivos (propostas de intervenção na realidade, críticas diretas e posicionamentos numa dada conjuntura) na fase 1 (teórico-conceitual) e, em alguma medida, na fase 2 (político-ideológica), bem como os estudos não-propositivos de análise mais abrangente sobre a situação social, de saúde e sobre o Estado brasileiro e suas políticas sociais. Os estudos de caso/relatos de experiência ganharam maior espaço a partir das fases 3, 4 e 5 (político-institucional, político-administrativa e técnico-operacional), no momento de implementação da reforma, reunindo uma parcela bastante significativa dos estudos. Mas também há na fase atual estudos propositivos e análises teóricas, com o retorno de análises de formulação, indicando uma inflexão no próprio movimento de reforma (ver gráfico 3).

Novamente a especificidade de cada veículo revelou diferenças:

- a) os textos das conferências de saúde apresentaram como característica principal, nas primeiras fases, o formato propositivo, o que também pôde ser visto nos periódicos. Já na última fase, a conferência de saúde teve um formato predominantemente não-propositivo;
- b) as teses, principalmente nas três primeiras fases, apresentaram estudos não-propositivos, apresentando nas duas últimas fases um predomínio dos estudos de caso;
- c) os livros, onde o espaço para sedimentação e reflexão amplia as possibilidades de análise, assumiram muito mais a forma de não-propositivos, em todas as fases.

Na última fase, chamou a atenção um certo “retorno” às análises teóricas sobre formulação de política, particularmente sobre a questão do Estado; e

d) nos congressos, os estudos de caso sempre foram mais presentes.

Em relação ao ciclo da política, os estudos de investigação também estiveram bastante afinados com as fases da política. Após o período político-ideológico (fase 2) de implantação da reforma começaram a ocupar lugar de destaque as discussões sobre gestão e organização. Os estudos sobre avaliação de impacto em todos os períodos foram em pequena escala, ou simplesmente nulos (gráfico 4). Há, ainda, que se considerar que os estudos que foram classificados como de implementação ou de avaliação de processo estiveram especialmente presentes nos trabalhos apresentados nos congressos da ABRASCO, que contam com a presença maciça de secretarias e serviços de saúde, retratando uma preocupação dos gestores com a implementação política do SUS.

Quanto à abrangência político-territorial, podemos perceber a ênfase que foi dada ao nível local de decisão (local, municipal, distrital) e a polaridade dos estudos no nível nacional ou local. Não há uma ênfase em nenhum dos períodos na compreensão do papel dos gestores intermediários do sistema – estados e regiões (gráfico 5). No entanto, a ênfase no nível local se deu especialmente a partir da fase 3 (político-institucional), sendo predominante a partir da fase 4 (político-administrativa), o que apenas expressa e reforça o movimento de construção da política de saúde nesse período, com forte tendência municipalista, num primeiro momento (1991-1995), e avançando numa política de descentralização mais ampla num segundo momento (1996 em diante). Movimento inverso se deu nos estudos de abrangência nacional que se tornaram em número bem menor com o correr das fases.

Nos veículos esse movimento também se expressou de forma diferenciada. Os estudos de abrangência local estiveram bastante presentes nas teses e dissertações e congressos. Os livros, mesmo nas últimas fases, apresentaram um predomínio dos estudos nacionais. E os periódicos apresentaram tanto estudos de abrangência nacional como local, expressando uma característica desse veículo, qual seja, reunir diferentes abordagens.

Quanto ao enfoque do estudo, a ênfase recai principalmente sobre a análise do sistema de saúde na sua abrangência e rede. Os estudos sobre as organizações – serviços, órgãos normatizadores, gestores, colegiados e não-governamentais – que sustentam o sistema começaram a surgir na terceira fase (1987/1990) e ganharam maior espaço na quarta e quinta fases (de 1991 a 2000). E estudos sobre as instituições, na análise de suas normas, regras, saberes e práticas, não encontraram espaço na produção (gráfico 6).

Em suma, na classificação dos estudos percebemos em todos eles uma preocupação com a discussão sobre a política de saúde, a definição de um novo modelo assistencial,

a reformulação da prática médica e do trabalho em saúde. São estudos de formulação e construção de modelos alternativos, com enfoque no sistema de saúde e com vistas a uma reformulação de abrangência nacional. Mas também esse movimento reflete um vício na produção e na forma de tratar os temas, permitindo visualizar algumas lacunas de debate, que serão mais à frente trabalhadas.

Quanto aos temas abordados em cada fase da política, foi possível verificar uma grande congruência do debate acadêmico com a fase da política, mas também um esforço na construção de uma reflexão crítica e na construção de novos temas para discussão. No quadro 4, reunimos os temas mais freqüentes por fases da política, o que permite uma visualização mais nítida do movimento até aqui apresentado, destacando-se o fato de que há, a cada fase, uma incorporação de temas e uma ampliação do debate, seja especificando temáticas, seja ampliando o olhar sobre o setor da saúde.

QUADRO 4 - Trajetória da Política de Saúde no Brasil – Produção de Conhecimento Os temas por fases da política	
Fases/Principais Marcos de Política	Temas abordados
<p>Fase 1 – 1974/79 – Teórico-conceitual</p> <p>Investigação sobre os determinantes econômicos, políticos e sociais da conformação do sistema de saúde e formulação de alternativas de reforma.</p> <p><u>Marcos de Política:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Movimento da Reforma Sanitária – críticas ao sistema de saúde – Consolidação da Saúde Coletiva – Plano de Pronta Ação – expansão e universalização da saúde – Sistema Nacional de Saúde – sistema de saúde – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e – I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados – base de apoio para a reforma sanitária 	<p>Estado e política de saúde</p> <p>Sistema Nacional de Saúde</p> <p>Previdência</p> <p>Condições sociais e de saúde – Diagnóstico</p> <p>Prática médica/Educação médica</p> <p>Medicina Preventiva</p> <p>Programas de Saúde.</p>
<p>Fase 2 - 1980/86 – Político-ideológica</p> <p>Disseminação das propostas de reforma e aglutinação da coalizão sócio-política de sustentação.</p> <p><u>Marcos de Política:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Prev-Saúde – extensão da cobertura dos serviços de saúde – VII Conferência Nacional de Saúde – Prev-Saúde, cuidados primários de atenção – Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária – diagnóstico do modelo de saúde – Ações Integradas de Saúde – racionalizar, integrar e controlar – VIII Conferência Nacional de Saúde – princípios da reforma – Comissão Nacional da Reforma Sanitária – texto para a reforma 	<p>Extensão da cobertura</p> <p>Psiquiatria (história)</p> <p>Prática Médica</p> <p>Modelo Assistencial – atenção primária à saúde</p> <p>Princípios da reforma – unificação, universalização, descentralização</p> <p>Movimentos sociais</p> <p>Planejamento em saúde, planejamento estratégico</p> <p>Diagnóstico dos serviços</p> <p>Programas específicos (criança, mulher, outros)</p>

<p>Fase 3 - 1987/90 - Político-institucional Consolidação jurídico-legal e social dos princípios e diretrizes do projeto de reforma setorial.</p> <p><u>Marcos de Política:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – estratégia para o SUS – Assembléia Nacional Constituinte – legislação de saúde – SUS – Lei Orgânica – definição diretrizes para o SUS 	<p>Movimentos sociais Cidadania Padrões Epidemiológicos e desigualdade Princípios de organização do sistema – regionalização, hierarquização, referência Financiamento do sistema Planejamento em saúde/planejamento estratégico Gestão hospitalar (metodologias de análise) Diagnóstico dos serviços – qualidade Acesso e demanda aos serviços Descentralização (avaliação de implementação da política) Programas específicos Psiquiatria (reforma/modelo assistencial)</p>
<p>Fase 4 – 1991/98 - Político-administrativo Definição do papel de cada esfera de governo na organização do sistema e formulação/implementação de instrumental operacional para esse relacionamento.</p> <p><u>Marcos de Política:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Norma Operacional 91 – financiamento – IX Conferência Nacional de Saúde – municipalização – Norma Operacional 93 – descentralização – Norma Operacional 96 – descentralização, atenção básica, Programas de Saúde da Família e de Agentes Comunitários – X Conferência Nacional de Saúde – financiamento 	<p>Reforma – descentralização/municipalização Reforma – PSF Reforma – Estado/ajuste Financiamento Relação público-privado Promoção da Saúde SILOS – distritalização Seguridade Social Conselhos de saúde – controle social Planejamento local, planejamento participativo Gestão de serviços (alocação de recursos) Gestão e planejamento Prática Profissional Processo de trabalho Programas (impacto) Sistema (processo de descentralização) Modelos assistenciais – demanda, acesso e qualidade. Modelos assistenciais – PSF Psiquiatria (reforma/modelo assistencial)</p>
<p>Fase 5 – 1999/00 – Complementação jurídico-legal Técnico-Operacional Regulamentação legislativa e normativa do financiamento estável e do “mix” público-privado. Organização dos modelos de gestão e de atenção da rede regionalizada de serviços.</p> <p><u>Marcos de Política:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Agências Reguladoras – funcionamento do mercado em saúde – Emenda Constitucional 29 – percentual de recursos para a saúde 	<p>Público-Privado Reforma – Estado/ajuste Economia da Saúde Financiamento Controle Social Saúde e Meio Ambiente Sistemas de Informação Gestão de serviços e sistema de saúde (modalidades de gestão e estruturas gestoras) Gestão de Recursos Humanos. Tecnologia em saúde Educação Médica Processo de trabalho Avaliação de processo – descentralização Modelos assistenciais – PSF, Assistência Domiciliar, outros.</p>

Algumas características da produção em relação às temáticas nas fases são importantes destacar.

Na fase 1, a teórico-conceitual, o debate acadêmico apresentou com grande destaque os estudos sobre a prática assistencial e as relações Estado–sociedade e no decorrer da fase os estudos começaram a se debruçar sobre as propostas que permeavam o debate político – atenção primária à saúde, extensão das ações e serviços de saúde, descentralização e modelos de reforma sanitária em outros países.

Os poucos estudos de reforma de caráter comparativo começaram a contribuir de forma significativa para o debate, como os estudos sobre a reforma sanitária italiana, servindo de parâmetro para a discussão política que vinha sendo desenvolvida.

Assim, o debate acadêmico passou a subsidiar o debate político com o estudo sobre os processos de implementação de políticas e avaliação de processo. Começaram a surgir estudos mais localizados, como estudos de caso e análises de situações locais, ganhando relevância o debate sobre o planejamento das ações e serviços de saúde e a organização do trabalho em saúde. Mas a discussão sobre a política ainda era a principal temática. Dentre os estudos, destacavam-se a análise sobre o modelo assistencial, o papel das empresas médicas e a forma de relação Estado–sociedade. Nesse conjunto, os estudos de saúde mental surgiram fortalecendo também o argumento da reforma psiquiátrica, que já se apresentava no debate político.

Os estudos tiveram, ainda, um forte respaldo das Ciências Sociais que buscaram explicar, a partir da análise sobre as relações Estado–sociedade e o padrão de intervenção estatal, a crise da saúde. As teses produzidas são um exemplo concreto desse movimento, por exemplo, os trabalhos de Donnangelo (1974, 1975), de Arouca (1975), Cordeiro (1978), Nogueira (1978) e Gonçalves (1979).

Também a fase 2, a político-ideológica, revelou estudos bastante representativos da época, entre eles: a tese de Cordeiro (1981), sobre as empresas médicas, o estudo de Oliveira (1981), sobre a história da previdência social no Brasil, buscando rastrear a forma de construção das políticas sociais no país; a tese de Costa (1983), sobre a forma de constituição da saúde pública no Brasil, com os interesses e lutas em questão enfatizando as características de uma dada sociedade. Todas essas teses foram editadas em livros, contribuindo no debate para a formação de profissionais de saúde atentos à realidade socio-sanitária brasileira, atentos à construção das políticas sociais.

Os estudos sobre tecnologias assistenciais e a organização dos serviços também destacavam-se na contribuição do debate de reforma das práticas assistenciais, contribuindo para a construção dos princípios da reforma.

A marca dos periódicos foi a denúncia do modelo hegemônico, através de diagnósticos da situação, embasando a necessidade de transformação do sistema de saúde, reflexo da crise política, financeira e ideológica por que passava não só o modelo de atenção previdenciário, bem como o próprio Estado, e aglutinava atores em busca da transformação.

De estudos teóricos sobre as práticas de saúde e estudos propositivos para a construção da reforma, passaram a surgir na fase 3, a político-institucional, estudos mais “racionalizadores”, com o enfoque na construção de estratégias que orientassem as práticas de planejamento e gestão setoriais. Estudos voltados para as estratégias de organização do sistema – a descentralização, regionalização, hierarquização – e outros, com vistas a alcançar os princípios da reforma – universalização, integralidade, participação popular e equidade.

Surgiram alguns estudos sobre a avaliação de serviços a partir de políticas implementadas, e a temática da qualidade da atenção apareceu de uma forma discreta. Os processos de reforma a partir da descentralização do sistema também já passaram a ser acompanhados e descritos.

Os estudos também continuaram a apontar para uma necessária operacionalidade da reforma, enfatizando a importância do planejamento e a organização das práticas assistenciais, como os estudos de Tanaka (1988), com uma análise sobre a utilização dos serviços, de Campos (1988), com uma preocupação na avaliação dos serviços, de Araújo (1988), na análise sobre a construção de um novo modelo assistencial e os princípios de organização dos serviços baseado na referência e contra-referência, de Calixto (1990), num estudo sobre a resolutividade de um Centro de Saúde.

Um estudo que deixou sua marca nessa fase foi o de Possas (1988), sobre os “Padrões Epidemiológicos e a Política de Saúde”, articulando o saber epidemiológico numa compreensão mais abrangente sobre a realidade social e de saúde.

Como característica da produção, podemos apontar para o começo de uma inversão dos trabalhos no que diz respeito ao ciclo da política, os estudos se dedicavam muito mais a discussões sobre a implementação e avaliação de processo da reforma e menos à formulação de políticas para a reforma, como era característico das fases anteriores, principalmente da primeira fase. Tal fato explica-se pelo próprio momento da reforma, que começou a desenhar os primeiros passos de implementação.

A fase 4, a político-administrativa, teve como característica central a definição do papel de cada esfera de governo na organização do sistema e formulação/ implementação do instrumental operacional para esse relacionamento. No contexto acadêmico, o processo de implementação da reforma e as diversas experiências que passaram a surgir a partir

desse movimento, nos 5.507 municípios do país, revelaram um sem-número de questões a serem aprofundadas criticamente.

A reforma passou a ser analisada nas suas mais diversas transformações, e os dilemas da política surgiram como questão de pauta na agenda daqueles que um dia idealizaram o processo de reforma.

A produção acadêmica da fase cresceu enormemente, não apenas pelo fato político em questão, mas principalmente pela política de C&T em vigor nesse período e pela conseqüente expansão dos cursos de pós-graduação²⁸, fruto do incentivo à requalificação profissional, além da própria extensão da fase, que abarcou oito anos. Foram analisadas 2.135 referências em PP&G nessa fase, não tendo sido possível fazer uma análise única, pois a diversidade dos estudos é enorme. Alguns movimentos precisam ser destacados *a priori* :

Primeiro, o fato de não podermos apontar com a mesma nitidez que nas fases anteriores quais estudos serviram ou servem de referência no debate acadêmico e político da fase. Podemos no máximo apresentar um conjunto de autores que obteve grande sucesso na divulgação de seus estudos, seja por livros, artigos em periódicos ou apresentação nos congressos da Abrasco. Por exemplo: o estudo de Rivera (1991), sobre o agir comunicativo; o de Gallo (1991), sobre planejamento; o de Teixeira (1992), numa análise da política de “seguridade social” no Brasil; o de Gerschman (1994), num estudo sobre a reforma sanitária brasileira; o de Silva Jr. (1996), numa análise sobre os modelos assistenciais, e tantos outros.

Segundo, porque há dentro dessa fase uma diferença bastante significativa da produção dos três primeiros anos (1991 a 1993) dos demais (a partir de 1994/1995), ocorrendo ainda uma inflexão dos estudos ao final da década. Entre 1991 e 1993, há ainda um grande quantitativo de estudos sobre a reforma na linha de argumento da fase anterior, propondo políticas, versando sobre a implementação de modelos e discutindo diretrizes operacionais, inclusive a descentralização, que ainda não se implementava de fato dada a conjuntura política do governo vigente²⁹. Algumas subáreas de conhecimento apresentavam-se bastante atuantes, como: controle social, saúde mental e saúde materno-infantil.

Já a partir de 1994/1995, houve uma mudança na condução dos estudos. A política de descentralização ganhou maior relevância, principalmente após a definição de uma política

28 São 27 cursos cadastrados para pós-graduação *stricto sensu* em saúde coletiva, 17 foram abertos a partir do ano de 1990 – 12 cursos de mestrado e 5 de doutorado.

29 Conforme a discussão das fases da política, apresentada no capítulo 3, a política de saúde do Governo Collor, durante o período de 1990 a 1992, consistiu na centralização financeira comprometendo todo o arranjo institucional para a construção de uma política descentralizada de saúde.

específica de incentivo financeiro e institucional ao processo (NOB 93), e toda a discussão sobre o modelo assistencial passou a girar em torno à descentralização. Os municípios começaram a aplicar a proposta e, só a partir de então, surgiu um quantitativo crescente de estudos avaliando os processos de reforma. Apenas para citar alguns no veículo teses/dissertações: Albuquerque (1994), Assis (1994), Ibañez (1994), Nascimento (1994), Triana (1994), Almeida (1995), Chirelli (1995), Senna (1995), Anjos (1996), Elias (1996), Toffoli (1996), Costa (1997), Cotta (1997), Mota (1997), Fausto (1997), Maffezoli (1997), Krawiec (1998) e Oliveira (1998).

Terceiro, o retorno de estudos que tratam do trabalho em saúde e uma preocupação com a qualidade, o acesso e a construção de mecanismos facilitadores para a reforma mantendo os princípios da mesma. As distorções ocorridas no processo de implementação da política redundaram numa série de dilemas que passaram a ser investigados, bem como no acompanhamento sistemático das diretrizes apresentadas pelo Estado para a condução da reforma, como por exemplo os estudos sobre o Programa Saúde da Família e a discussão sobre vigilância à saúde.

Quarto, o contexto político dos anos 90, que apontava para o debate sobre a Reforma do Estado (principalmente a partir de meados dos anos 90), produzia inflexões no debate acadêmico e retomava discussões sobre a relação Estado-sociedade, sob uma nova ótica. Os temas abordados nas subáreas de conhecimento apontam essa inflexão nos estudos sobre financiamento e sobre o setor privado.

Outras subáreas conquistaram grande espaço de discussão nessa fase. Foram elas: AIDS, Sistema de Informação, Medicamentos, Saúde do Trabalhador e Saúde da Família, mantendo-se atuante a discussão sobre Controle Social, Saúde Materno-Infantil e Saúde Mental.

Quanto às características gerais da produção, de acordo com as categorias utilizadas nesse estudo, percebemos alguns movimentos que expressam bastante bem toda a análise já apresentada.

a) áreas temáticas: há uma distribuição maior dos estudos pelas seis áreas predefinidas pela pesquisa como áreas de PP&G. Assim, como primeiros no *ranking* ainda estão os estudos de política. E os estudos de gestão, organização e avaliação ganharam maior peso. Os estudos de política perpassaram toda a fase e seguem as características já apontadas. Já nos estudos de gestão, há uma grande ênfase na discussão sobre a administração hospitalar e as relações intergovernamentais na construção de meios para a condução da política, como a discussão dos consórcios em saúde. Nos estudos de organização, o enfoque esteve na construção do trabalho em saúde, nas rotinas, no acesso aos serviços e na definição de modelos assistenciais pautados na qualidade da assistência. Os estudos

de avaliação dedicaram-se especialmente à avaliação de processo das políticas e do impacto da organização dos serviços na saúde da população. E, com menor espaço, estiveram os estudos de planejamento, voltados para a discussão sobre as condições de saúde e estratégias de planejamento para a solução dos problemas;

b) a forma e a abrangência do estudo: o que se percebe nessa fase é a configuração de um movimento contrário ao que se tinha nas fases anteriores, com um aumento significativo de estudos de caso e relatos de experiência e uma preocupação na compreensão da reforma no âmbito local. Até então os estudos apresentavam-se como de caráter não-propositivo e abrangência nacional. Essa inflexão fala de algo característico dessa fase: a busca de um entendimento da reforma no seu processo de implementação, com a tentativa de identificar os nós críticos do processo. Ainda reforçando essa característica da fase, basta verificar o movimento também de inversão dos estudos quanto ao ciclo da política, ganhando destaque as avaliações de processo, os estudos de implementação e as combinações (na grande maioria compondo com a implementação e a avaliação); e

c) o enfoque do estudo: foi possível verificar um crescimento da abordagem nas organizações, verificando-se também um movimento de inflexão da fase. Os estudos mais locais também têm permitido o desenvolvimento de reflexões sobre a organização dos serviços e práticas. A área de organização tem crescido no conjunto (segunda área mais estudada) dos estudos e as temáticas relativas à qualidade da atenção, acesso aos serviços e trabalho em saúde vêm sendo retomadas nessa abordagem. Esse movimento indica a tentativa de um amadurecimento da reforma nas organizações e não apenas no âmbito do sistema.

Já sobre a fase 5, a técnico-operacional, é ainda prematuro indicar uma análise da relação entre produção e política, pois as últimas transformações concretas da política ainda não são objeto de estudo dos investigadores.

A produção analisada indica, no máximo, uma divisão dos estudos entre as áreas. Na discussão sobre política, a preocupação é com a reforma do Estado, a descentralização e o processo decisório. Na discussão sobre gestão, ganhou destaque a temática dos recursos humanos e da qualidade. Na discussão sobre organização, a formação, a prática profissional e o trabalho em saúde. E, nos poucos estudos de avaliação, a ênfase está no acompanhamento dos programas. Os estudos de planejamento são escassos, oferecendo pequena contribuição para o debate.

A fase reúne uma produção que indica a preocupação no debate de estratégias para a implementação da reforma buscando maior eficácia. Entram em cena, assim, debates acerca da reforma do Estado e políticas neoliberais, bem como novas estratégias de

gestão e a preocupação com questões multidisciplinares em sua relação com a saúde, como é o caso dos debates sobre meio ambiente, violência e minorias. Algumas subáreas de conhecimento mostraram-se bastante atuantes. Foi o caso da AIDS, da Formação e Prática Profissional, dos Recursos Humanos, da Saúde Mental e da Saúde da Família.

3.2 ESTUDOS DE REFORMA DO SISTEMA E SERVIÇOS DE SAÚDE E A FASE DA POLÍTICA

A partir dessas informações sobre a produção como um todo, algumas análises mais específicas puderam ser vislumbradas. Por exemplo, foi possível visualizar os estudos da reforma sanitária nesse conjunto, compreendidos aqui como estudos que buscaram compreender o processo de reforma, formular diretrizes para o modelo e avaliar as políticas implementadas. Para a reunião desses estudos consideramos todas as referências que discutiam a reforma sanitária e psiquiátrica, a descentralização e os modelos assistenciais.

Como nossa análise acompanhou 25 anos da trajetória política e dos estudos de investigação, devemos considerar que há uma diferença na forma de compreensão da reforma em cada período, bem como no quantitativo de estudos de cada fase. Os estudos de reforma tornaram-se mais presentes a partir das primeiras políticas institucionais de reforma setorial, ainda anteriores à definição constitucional de 1988, também apresentando grande destaque na primeira fase da política, com discussões sobre a formulação da proposta de reforma, especialmente. Podemos perceber nos quantitativos do quadro abaixo alguns movimentos referidos:

Quadro 5 - Estudos sobre a Reforma Sanitária no Conjunto da Produção de Pp&G			
Fases	Referências De Pp&G	Referências Sobre Reforma	Percentual De Referências Sobre Reforma
1974-1979	95	14	14,7%
1980-1986	335	34	10,1%
1987-1990	401	74	18,4%
1991-1998	1.861	393	21,1%
1999-2000	721	157	21,7%
Total	3.413	672	19,7%

As primeiras fases da política apresentaram estudos sobre a reforma, com ênfase na discussão de formulação de uma proposta. A partir da fase de implementação, os estudos trataram diretamente da reforma – obstáculos, estratégias de implementação do modelo e avaliação da política.

Nos estudos de implementação ou de avaliação da reforma, a temática da descentralização obteve maior destaque, com uma preocupação nítida dos investigadores na compreensão do que têm sido os diferentes obstáculos no processo de implementação da política. Os estudos

buscaram mostrar os impasses vividos pela política na implementação do modelo, descrevendo as trajetórias de construção do sistema, identificando os atores envolvidos, as estratégias de organização, as soluções obtidas, as determinações federais e adequações locais, etc. Por isso, os estudos locais foram bem mais freqüentes durante todo esse último período.

Poucos foram os estudos que se dedicaram a compreender a reforma em termos de avaliação de impacto. Esse tipo de avaliação tem sido mais utilizado na análise dos serviços e nos estudos de planejamento e gestão local.

Assim, há, desde o começo da implementação da reforma, um esforço grande dos pesquisadores em compreender os rumos tomados pela política, em fundamentar instrumentos técnicos para o planejamento e a gestão do sistema e serviços, para uma maior racionalização das práticas e políticas, e em encaminhar uma política condizente com os ideais de reforma anteriormente preconizados. No gráfico 7, estão expressos alguns dados mais gerais e quantitativos da produção de acordo com a fase da política e o ciclo da mesma, permitindo observar a ênfase dos estudos em cada fase.

O que extraímos dos estudos sobre reforma aponta para uma necessária construção de novos temas de pesquisa, implicando uma renovação da produção. Antes, porém, de apresentarmos quais seriam as lacunas identificadas no levantamento, é importante resgatarmos a contribuição desse debate para a análise da relação política–produção de conhecimento.

■ 4. CONTRIBUIÇÕES PARA O DEBATE

4.1 SOBRE O CAMPO, A PRODUÇÃO E A RELAÇÃO COM A POLÍTICA

No decorrer desta pesquisa, ficamos convencidos de que, se de um lado, não conseguiríamos responder exaustivamente às questões que nos inquietaram, do outro, poderíamos levantar muitos pontos que poderiam estimular reflexões férteis por parte dos outros pesquisadores, formuladores de políticas e seus beneficiários, e de nós mesmos. Imbuídos desse intuito, nos dedicaremos agora a levantar algumas considerações obtidas ao longo do nosso trabalho.

Inicialmente, voltaremos a nossa atenção à opção de termos tomado a Saúde Coletiva como um “campo”, no sentido de Bourdieu (1983), e a possibilidade deste, como privilegiado para produzir conhecimentos estratégicos que subsidiam a condução das políticas de saúde.

Esse recurso rompeu com as limitações de considerar apenas o que é produzido pelos agentes reconhecidos formalmente como pertencentes à institucionalização da Saúde

Coletiva e permitiu a inclusão da produção de outros agentes inseridos em instituições não consideradas da Saúde Coletiva, como alguns núcleos da área de economia e política, bem como daqueles dos serviços de saúde.

A busca de divulgação da produção dos agentes em diferentes veículos como livros, teses, dissertações, e das publicações em periódicos especializados e resumos de congressos, enquanto formas de acumulação de “capital simbólico”, puderam, também, revelar estratégias de romper com a capilaridade acadêmica, na medida em que ampliam seu “auditório” para além dessas instituições, buscando o diálogo com os não-científicos, não-“epistêmicos” (KNORR-CETINA, 1981) e ou “militantes”. Esta “estratégia” de interlocução perpassou desde os periódicos com seus estudos de vanguarda, marcada pelo provisório, pelo pontual, pelos “*positional papers*”, pelos pontos de vista mais pessoais aos livros e teses com uma maior sedimentação da reflexão. Em relação a este ponto, seria fértil uma investigação acerca da possibilidade de tensão entre os tipos de literatura ou entre o que vai ficando sedimentado e o novo, necessária à construção de novos fatos.

As publicações podem ser vistas como acumulação de um *quantum* desigual de capital simbólico. As teses e mais especificamente os livros conferem, indubitavelmente maior reconhecimento, autoridade, prestígio social, que os demais veículos. Podemos considerar um tipo de acumulação que estratifica o campo. Número de publicações e titulações são fatores decisivos para cumprimento de exigências para obtenção de financiamento de pesquisa pelas agências de fomento. Neste sentido, poderíamos dizer, como sugere Bourdieu (1983), que, buscando o campo, encontramos o “mercado”.

No campo, como um mercado particular, dentro da ordem econômica capitalista, buscando alguns nexos entre interesse e determinação social, podemos tomar algumas situações exemplares. Uma rápida mirada na distribuição das publicações de livros por editora e estado demonstrou que, em grande número, elas concentram-se no eixo Rio—São Paulo, algumas em Minas Gerais e Distrito Federal. E inexistem nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, havendo apenas uma publicação por uma secretaria de saúde independente, a Secretaria Municipal de Saúde de Brumadinho. Tomando o número de publicações por autores, ainda que não sistematicamente, observamos, com facilidade, dentre os autores com um maior número dessas publicações, a inserção das instituições “fundadoras do campo” (ENSP, UNICAMP, USP, UERJ, UFBA). São exemplos autores como: Paulo Amarante, Nilson do Rosário Costa, Sonia Fleury, Maria Cecília Minayo, Gastão Wagner de Souza Campos, Ana Maria Canesqui, Amélia Cohn, Lilia Schraiber, Hésio Cordeiro, Madel Terezinha Luz, Ana Luíza Viana, Jairnilson Paim, entre outros.

O desenvolvimento da estratégia de cooperação, entre os produtores, como a publicação conjunta em coletânea, que aparece marcadamente após 1984, traduz tanto esforços

intra-institucionais – Costa e Ribeiro (1996) e Schraiber (1996), como interinstitucionais – a coletânea organizada por Fleury (1997).

Foi indicativo que, apesar da ampliação da incorporação de “novos” agentes, há concentração de recursos financeiros, tecnológicos e humanos, em especial, qualificados nos pólos nacionais de decisão política. A sua relação como estímulos à produção científica e tecnológica mantém, salvaguardadas as diferentes conjunturas, o padrão que já se fazia presente no final da década de 70, quando consolidou-se o processo de institucionalização da área de Saúde Coletiva. Nessa conjuntura e com apoio da FINEP, propunha-se ampliar as bases institucionais através da inclusão de grupos de pesquisa em formação, “emergentes”, e apoio dos já consolidados. O resultado prático tem sido a concentração de recursos em poucas instituições (NOVAES, 1996). Nesse ponto, foi interessante acompanhar mais de perto o desenvolvimento das políticas de Ciência e Tecnologia e sua relação com a criação e ampliação dos cursos de pós-graduação na saúde coletiva.

Pudemos acompanhar, indiretamente, a incorporação de novos contingentes, no campo da Saúde Coletiva, tanto pelo aumento gradativo da produção como pela distribuição das publicações nas diferentes fases e seu crescimento, na medida em que avançou sua consolidação como área de conhecimento institucionalizada.

Tomando como substrato toda a gama de discussões *vis-à-vis* o desenvolvimento do projeto de reforma sanitária brasileira, reafirmamos não ser possível estabelecer relações diretas sem se esbarrar em, pelo menos, dois obstáculos: a não-exclusividade da Saúde Coletiva, enquanto instituição, em produzir conhecimentos que possam embasar as políticas de saúde e, até mesmo, a competitividade entre grupos e instituições, fora do campo da Saúde Coletiva. Além da constatação, prévia, da possibilidade de poder ocorrer que pelo menos algumas políticas implementadas não tomem como base as discussões teórico-conceituais da área. A esses obstáculos, acrescentar-se-iam as limitações metodológicas desta pesquisa, tais como a análise apenas dos temas abordados pelas obras e não de todo seu conteúdo e orientações teórico-metodológicas.

Sem pretender uma análise exaustiva sobre os determinantes do aumento da produção, que fugiria ao escopo do nosso trabalho, tivemos indícios não apenas da consolidação institucional do campo, mas também da correlação entre as inflexões da política de saúde e sua produção. Nesta direção, reescrevemos que o campo foi se constituindo nos meados dos anos 70, e à medida que, a partir de 1983, o chamado “movimento sanitário” foi avançando com a ampliação das propostas de reformulação do setor saúde e a ocupação dos espaços nas instituições estatais, chegando à definição do projeto sanitário na VIII Conferência Nacional de Saúde. Em termos gerais, a produção anual segue aumentando

consideravelmente, a partir da disseminação das propostas de reforma e aglutinação da coalizão sócio-política de sustentação.

Um segundo espectro de questões diz respeito, em primeiro lugar, à motivação sobre os estudos reflexivos das práticas e dos saberes instituídos largamente presentes nos estudos do período inaugural e a eventualidade de deixarem de estar conectados à formulação e implementação de políticas. E, em segundo, se, no momento de implementação do projeto de reforma sanitária brasileira, a produção espelhou uma postura de análise do setor voltada para a resolução dos impasses vividos no seu processo de implementação, evidenciando uma postura muito mais político-gerencial em detrimento de uma postura crítica do processo saúde–doença–atenção.

Os estudos de política, planejamento e gestão (PP&G), da primeira fase – sobre os determinantes econômicos, políticos e sociais na concepção do processo saúde–doença e na conformação do sistema de saúde e formulação de alternativas de reforma, ancoradas numa concepção macro de política, a partir das relações entre Estado e sociedade – foram incluídos, com relativa facilidade, nos eixos disciplinares de Ciências Sociais (materialismo histórico-estrutural) e ou Epidemiologia (versão crítica). Na medida em que as temáticas foram se “distanciando” dessas concepções, estas foram remetidas às matrizes próprias das referidas disciplinas. Houve dificuldades de incorporar temáticas que, mesmo tendo suscitado intervenções políticas, foram objetos de vários olhares disciplinares, como AIDS, Saúde Ambiental, violência e outros.

A partir desta análise, inferimos uma tendência à especialização do campo, bem como, um distanciamento entre as leituras centradas e as descentralizadas da regulação e intervenção estatal.

Entre a produção da fase conceitual (1974-1980) e a político institucional (1987-1990), observou-se uma clivagem que permitiu revelar a passagem de uma fundamentação mais epistêmica, passando por um movimento de idéias até chegar às condições de operacionalidade técnica. Todavia, não nos parece apropriado falar em despolitização do debate, na medida em que se tratou da implantação e implementação de uma política.

No que diz respeito à perda do potencial crítico, os estudos das fases iniciais se apresentaram como uma nova proposta de aproximação entre saberes e práticas a partir de sua determinação social em oposição à naturalização anterior. De uma maneira geral, as fases subsequentes mostraram uma produção que não se propôs a rediscutir e ou recontextualizar o novo modelo, nem sob a ótica da construção do objeto de intervenção nem de suas formas de apreensão. Poucos foram os direcionamentos para outras dimensões da vida e captação das necessidades de saúde. Também raros foram os estudos de avaliação, mesmo considerando que estes exigem um espaço de tempo amplo entre formulação e implantação/ implementação.

Vale ressaltar que alguns estudos, entre estes os sobre planejamento estratégico, forneceram elementos teóricos e metodológicos e se apresentaram como bastante críticos ao chamado planejamento “normativo”. Merece também destaque na argumentação referente ao potencial crítico, o surgimento, no final da década de 90, de alguns estudos, veiculados particularmente nos livros e teses, centrados no papel do Estado frente à globalização e suas conseqüências para as estruturas sociais. A proposição destes estudos foi de uma análise política não apenas pelo ângulo da racionalidade técnica, mas a partir da dimensão da articulação entre os agentes em busca de soluções para os problemas. Os estudos foram se voltando para os “nós críticos” da implementação das propostas, mas não sobre as visões de mundo que lhes são subjacentes.

Enfim, vários foram os momentos e formas de contribuição do campo da Saúde Coletiva no âmbito da política de saúde brasileira. Na realidade, a história da Saúde Coletiva no Brasil mescla-se, por vezes, com a história de construção da proposta reformista. Estudar este campo de conhecimento significou apreender um pouco mais sobre os impasses vividos pela política no processo de reforma e a sua aproximação com as questões teóricas apontadas pelo campo da Saúde Coletiva.

No Brasil, a reforma sanitária foi a expressão de um movimento conjugado entre teóricos, investigadores em saúde e gestores - decisores. Nesse sentido, as contribuições da Saúde Coletiva têm sido fundamentais para o processo decisório e de implementação da reforma. As reflexões sobre a realidade de saúde apontaram os problemas e dilemas da saúde no país e indicaram possíveis soluções para os formuladores de política. Contudo, tanto a política, quanto as instituições que se dedicam à formação e investigação em saúde parecem estacionadas numa discussão sobre o modelo da reforma. Isto dificulta o encontro de soluções alternativas para os impasses do setor, prejudicando a forma de relação entre gestores e investigadores estabelecida até então.

Nesse sentido, analisar a produção científica nos ajudou a apontar os dilemas e vazios dos estudos realizados, além de instigar, com o apontamento de lacunas de discussão, uma análise crítica do campo de conhecimento e a proposição de novas agendas de pesquisa. Talvez, assim, possamos contribuir para a definição de novos rumos para a política e do (re)desenho do próprio modelo de reforma setorial em saúde.

4.2 PROPOSTAS PARA NOVAS AGENDAS DE PESQUISA

Este estudo partiu do pressuposto de que o diálogo entre investigadores e gestores é fundamental no processo de formulação e implementação da política de saúde, cabendo aos investigadores o importante papel de reflexão crítica constante sobre os dados e informações que advêm da realidade de saúde; compreendendo que os investigadores

podem funcionar como um contraponto para os gestores na análise da situação de saúde e que também cabe aos gestores o papel de análise crítica sobre o setor.

Mas o que percebemos, através da análise de produção, é que a reforma sanitária brasileira passa por um momento crucial na atualidade, pois tanto a política quanto as instituições que se dedicam à formação e investigação em saúde parecem estacionadas numa discussão sobre o modelo da reforma, sem encontrar soluções alternativas para os impasses do setor, prejudicando a forma de relação entre gestores e investigadores estabelecida até então.

O movimento identificado na produção confirmou nossa hipótese inicial de que o campo da Saúde Coletiva assumiu, desde o momento de implementação do projeto de reforma, uma postura de análise do setor voltada para a resolução dos impasses vividos no seu processo de implementação, assumindo uma postura muito mais político-gerencial, em detrimento de uma postura crítica do processo saúde–doença–atenção, contribuindo para uma situação de engessamento do setor saúde que reproduz as mesmas alternativas, com novas roupagens, sem debruçar-se criticamente sobre os modelos de saúde construídos.

Na tentativa de avançar um pouco mais na construção da reforma do setor saúde no Brasil, buscamos identificar, a partir deste estudo de mapeamento da produção, quais seriam algumas das lacunas de discussão essenciais para o debate. Assim, oito grandes temáticas nos parecem fundamentais aprofundar:

- a) estudos sobre a desigualdade social e econômica (exclusão social) e seus efeitos sobre as condições de vida e saúde da população, em especial no acesso aos serviços de saúde;
- b) análises sobre as dificuldades no processo de descentralização política, administrativa e financeira do sistema, enfocando principalmente as desigualdades regionais (econômicas, políticas, sociais) e o impacto da política sobre as regiões;
- c) estudos sobre a forma de organização e coordenação do sistema e rede de serviços, com ênfase na construção de uma política de atenção integral;
- d) a análise das dificuldades na formação de recursos humanos adequados à construção de uma reforma para a saúde, associado à discussão sobre a organização do processo de trabalho;
- e) estudos teórico-metodológicos para uma reflexão crítica sobre a reforma em saúde preconizada, seus princípios e possibilidades;
- f) estudos sobre o processo de gestão do sistema e a autonomia decisória de cada nível de governo;

g) estudos sobre o efeito de novas propostas políticas sobre os aspectos sanitários, como a promoção da saúde e outras; e

h) estudos sobre as relações de poder instituídas e a relação com as práticas em saúde, formação profissional e perfis das organizações.

Não esperamos com esse estudo encerrar o debate mas iniciá-lo. É um convite à reflexão que deixamos aqui, como contribuição para a política e para a Saúde Coletiva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBUQUERQUE, C. P. Municipalização e crise de cultura institucional: o caso do Centro Previdenciário de Niterói 1990/1992. 1994. Dissertação (Mestrado) – ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1994.
- ALMEIDA, E. S. Contribuição à implantação do SUS: estudo do processo com a estratégia norma operacional básica 01/93. 1995. Tese (Livre Docência) – FSP/USP, São Paulo, 1995.
- ANJOS, M. D. O processo de descentralização da gestão do sistema municipal de saúde de Florianópolis. 1996. Dissertação (Mestrado) – ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1996.
- ARAÚJO, E. C. A referência e contra-referência e a reorganização dos serviços: da atenção primária a um novo modelo de cuidado à saúde. 1988. Dissertação (Mestrado) – FM/UFBa, Salvador, 1988.
- AROUCA, A. S. S. O dilema preventivista : contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. 1975. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1975.
- ASSIS, M. M. A. A municipalização em Feira de Santana: intenção ou realidade? 1994. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto, 1994.
- BOURDIEU, P. *O campo científico*. São Paulo : Ática, 1976. p.122-55. (Coleção Grandes Cientistas Sociais).
- BRASIL. Lei 6.151, de 4 de dezembro de 1974. Dispõe sobre o Segundo Plano Nacional de Desenvolvimento (PND), para o período de 1975 a 1979. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 dez. 1974. Seção 1, p. 13869.
- CALIXTO, A. G. Z. Atenção primária a saúde: avaliação da resolutividade médica de um centro municipal de saúde de Botucatu, SP. 1990. Dissertação (Mestrado) – FM/USP/ RP, Ribeirão Preto, 1990.
- CAMPOS, F. E. Resolutividade: uma aproximação da avaliação qualitativa dos serviços de saúde. 1988. Tese (Doutorado) – ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1988.
- CHIRELLI, M. Q. Processo de municipalização dos serviços públicos de saúde em Marília-SP. 1995. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto, 1995.
- CORDEIRO, H. Empresas médicas: um estudo sobre as transformações capitalistas da

- prática médica no Brasil. 1981. Tese (Doutorado) – FM/DMP/USP, São Paulo, 1981.
- CORDEIRO, H. *Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro : Ayuri Editorial, Abrasco, 1991.
- CORDEIRO, H. Determinantes de consumo de medicamentos: uma contribuição à crítica dos conceitos de necessidade e consumo em saúde. 1978. Dissertação (Mestrado) – IMS/UERJ, Rio de Janeiro, 1978.
- COSTA, N. R.; RIBEIRO, J. M. (org.). Política de saúde e inovação institucional : uma agenda para os anos 90. Rio de Janeiro : ENSP, 1996.
- COSTA, N. R. Estado e políticas de saúde pública: (1889-1930). 1983. Dissertação (Mestrado) – IUPERJ, Rio de Janeiro, 1983.
- COSTA, W. G. A. O processo de descentralização dos serviços de saúde no estado do Mato Grosso. 1997. Dissertação (Mestrado) – FSP/USP, São Paulo, 1997.
- COTTA, R. M. M. Descentralização das políticas públicas de saúde no Brasil: análise do Sistema Único de Saúde em um contexto local. 1996. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, 1996.
- DAVIES, A. M. The evolving science of health systems research. In: World Health Organization. From research to decision making: case studies on the use of health systems research. Geneva, 1991. 139p.
- Division of Health Systems and Services Development. Research in health services and systems. PAHO Document. OPS/CAIS/98, 1998.
- DONNANGELO, M. C. F. Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho. São Paulo: Livraria Pioneira, 1975 (tese de doutorado em 1974).
- DONNANGELO, M. C. F. Saúde e Sociedade. 1976. Tese (Livre docência) – FM/USP, São Paulo, 1976.
- DONNANGELO, M. C. F. Medicina e estrutura social: o campo de emergência da medicina comunitária. 1975. Tese (Livre docência) – FM/USP, São Paulo, 1975.
- ELIAS, P. E. M. Das propostas de descentralização da saúde ao SUS: as dimensões técnica e político-institucional. 1996. Tese (Doutorado) – FM/USP, São Paulo, 1996.
- EVANS, J. R. Summary of the discussions. In: World Health Organization. Research strategies for health. Geneva: WHO, Hogrefe e Heber Publishers, 1992.
- FAUSTO, M. C. R. Municipalização da saúde: uma experiência no estado do Rio de Janeiro: o caso de Cabo Frio. 1997. Dissertação (Mestrado) – IMS/UERJ, Rio de Janeiro, 1997.
- FLEURY, S. M. F. "A questão democrática da saúde". In: FLEURY, S. M. (org). *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo : Lemos Editorial, 1997.

- GALLO, E. Razão e planejamento: algumas indicações críticas para uma práxis emancipadora. 1991. Dissertação (Mestrado) – ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1991.
- GERSCHMAN, S. Democracia social e atores políticos : um estudo da reforma sanitária brasileira. 1994. Tese (Doutorado) – IFCH/UNICAMP, São Paulo, 1994.
- GONÇALVES, R. B. M. Medicina e história: raízes sociais do trabalho médico. 1979. Dissertação (Mestrado) – FM/USP, São Paulo, 1979.
- GUIMARÃES, R. Avaliação e fomento de C&T no Brasil: propostas para os anos 90. Brasília : Conselho Nacional do Desenvolvimento Científico e Tecnológico; 1994. 177 p.
- GUIMARÃES, R.; SAYD, J. "A pesquisa em saúde na década de 80". In: GUIMARÃES, R. e TAVARES, R. A. W. *Saúde e sociedade no Brasil: anos 80*. Rio de Janeiro : Relume Dumará, 1994. p.253-80.
- HASSOUNA, W. A. Status and future directions: "The Lone Ranger". In: World Health Organization. *Research strategies for health*. Geneva: WHO, Hogrefe e Heber Publishers, 1992.
- Organización Panamericana de la Salud. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. Investigación sobre las reformas del sector salud en América Latina y el Caribe: una propuesta de acción concertada. Salvador, 2000.
- IBAÑEZ, N. Municipalização e sistema local de saúde: estudo de experiências na implantação do Sistema Único de Saúde. Tese (Livre Docência) – FSP/USP, São Paulo, 1994.
- KNORR-CETINA, K. *The manufacture of knowledge. An essay on the constructivist and contextual nature of science*. England : Pergamon Press, 1981.
- KRAWIEC, E. H. Descentralização e financiamento do Sistema Único de Saúde em Mato Grosso do Sul. 1998. Dissertação (Mestrado) – FUFMS, Mato Grosso do Sul, 1998.
- LEVCOVITZ, E. Transição e consolidação: o dilema estratégico da construção do SUS: um estudo sobre as reformas da política nacional de saúde. 1997. Tese (Doutorado) – IMS/UERJ, Rio de Janeiro, 1997
- LEVCOVITZ, E. et. al. Saberes e políticas: a contribuição do campo da saúde coletiva na organização da política de saúde brasileira. Rio de Janeiro : 2000. (Edição Especial – Relatório de Pesquisa. Série Estudos em Saúde Coletiva)
- LUZ, M. T. *As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia*. Rio de Janeiro : Edições Graal, 1979. (Biblioteca Saúde e Sociedade)
- MACHADO, R. *A danação da norma: medicina social e a constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro : Ed.Graal, 1978.
- MAFFEZOLI, L. C. *Descentralização das políticas sociais: limites e possibilidades – uma*

- análise da municipalização dos serviços de saúde no município de Piracicaba. 1997. Tese (Doutorado) – IE/UNICAMP, Campinas, 1997.
- MAGALDI, C. & CORDEIRO, H. “Estado atual do ensino e da pesquisa em saúde coletiva no Brasil”. In: ABRASCO. *Ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil*. Rio de Janeiro : Abrasco/PEC/ENSP, 1983. v.2
- MARQUES, M. B. (Org.) *Por uma política de ciência e tecnologia em saúde no Brasil*. Rio de Janeiro : Fundação Oswaldo Cruz, 1998. 138p.
- MORAES, S. E. Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário. 1987. Dissertação (Mestrado) – ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1987.
- MOTA, M. V. Evolução organizacional da secretaria da saúde do município de Fortaleza. 1997. Dissertação (Mestrado) – UFC, Ceará, 1997.
- NASCIMENTO, V. B. Descentralização, municipalização e assistência hospitalar: experiências dos municípios de Santo André e Diadema. 1994. Dissertação (Mestrado) – FM/USP, 1994.
- NOGUEIRA, R. P. A formulação social da prática médica. 1978. Dissertação (Mestrado) – IMS/UERJ, Rio de Janeiro, 1978.
- NORONHA, J. C. & LEVCOVITZ, E. (1994). “AIS-SUDS-SUS: os caminhos do direito à saúde”. In: GUIMARÃES, R. & TAVARES, R. *Saúde e sociedade no Brasil nos anos 80*. Rio de Janeiro : Relume-Dumará, Abrasco/IMS, 1994.
- NOVAES, H. M. D. e NOVAES, R. L. Políticas científicas e tecnológicas para a saúde coletiva. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 1, n.1, 1996.
- OLIVEIRA, G. S. O desenho institucional do Sistema Único de Saúde e a definição da agenda local: um estudo de caso no município de Nova Friburgo – RJ. 1998. Dissertação (Mestrado) – ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1998.
- OLIVEIRA, J. A. A. Política social, acumulação e legitimidade: contribuição à história da previdência social no Brasil. 1981. Dissertação (Mestrado) – IMS/UERJ, Rio de Janeiro, 1981.
- PELLEGRINI, A. F. et al. “Pesquisa em saúde coletiva”. In: ABRASCO. *Ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil*. Rio de Janeiro : Abrasco/PEC/ENSP, 1986. v.4.
- POSSAS, C. A. Padrões epidemiológicos e política de saúde no Brasil. 1988. Tese (Doutorado) – ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1988.
- RIBEIRO, P. T. A instituição do campo da saúde coletiva no Brasil: 1975/1978. 1991. Dissertação (Mestrado) – ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1991.

- RIVERA, F. J. U. O agir comunicativo e a planificação estratégica no setor social (e sanitário): um contraponto teórico. 1991. Tese (Doutorado) – ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1991.
- ROSENTHAL, G. Does good health services research produce good health policy? *Health Policy Quarterly*, [S.l.], v. 1, n.1, 1981.
- SCHRAIBER, L. B; GONÇALVES, R. B. M. “Necessidades de Saúde e atenção primária-4”. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B. e MENDES-GONÇALVES, R. B. (org). *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica*. São Paulo : Hucitec, 1996.
- SENNÁ, M. C. M. Municipalização e controle social: o programa médico de família em Niterói (1992-1994). 1995. Dissertação (Mestrado) – ENSP, Rio de Janeiro, 1995.
- SILVA JR., A. G. da. Modelos tecno-assistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva. 1996. Tese (Doutorado) – ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1996.
- SILVA, P. L. B. Limites e obstáculos a reforma do estado no Brasil: a experiência da previdência social na nova república. 1992. Tese (Doutorado) – USP, São Paulo, 1992
- TAMBELLINI, A. T. “A política oficial de desenvolvimento científico e tecnológico no Brasil na área de saúde-trabalho: discurso e prática”. In: ABRASCO. *Ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil*. Rio de Janeiro : Abrasco/PEC/ENSP, 1984. n.3.
- TANAKA, O. Y. Análise da utilização dos serviços do posto de assistência médica e do pronto atendimento do Jardim São Jorge no município de São Paulo, por meio do estudo da clientela usuária. 1988. Tese (Doutorado) – FSP/USP, São Paulo, 1988.
- TEIXEIRA, C. F. e SÁ, M. C. Planejamento e gestão em saúde: situação atual e perspectivas para a pesquisa, o ensino e a cooperação técnica na área. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.1, n.1, 1996, p.80-103.
- TEIXEIRA, S. M. F. Estados sem cidadãos. 1992. Tese (Doutorado) – IUPERJ, Rio de Janeiro, 1992 .
- TEIXEIRA, S. M. F. Antecedentes da reforma sanitária: relatório de pesquisa: estudo das políticas e estratégias de construção do sistema de saúde: perspectivas da reforma sanitária brasileira. [S.l.]: DAPS/ENSP/FIOCRUZ, 1988.
- TOFFOLI, F. F. Bom Sucesso de Itararé: poder local e saúde em um novo micro município. 1996. Dissertação (Mestrado) – USP, São Paulo, 1996.
- TRIANA, A. Z. Sistemas locais de saúde: uma via para o Sistema Único de Saúde? 1994. Dissertação (Mestrado) – FCM/UNICAMP, Campinas, 1994.
- VIANA, A. L. D. “Enfoques metodológicos em políticas públicas: novos referenciais para os estudos sobre políticas sociais”. In: CANESQUI, A. M. *Ciências Sociais e Saúde*. São Paulo : Ed.Hucitec/Abrasco, 1997.

Anexo A
Quadro 1 – Veículos de Divulgação Pesquisados

Veículo	
Livros	Catálogo da ABRASCO
Periódicos Nacionais	<p>Bibliotecas Virtuais das Universidades e Institutos de Pesquisa. Banco de Dados Prossiga – CNPq.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cadernos de Saúde Pública – FIOCRUZ 2. Revista de Saúde Pública – FMP/USP 3. Revista da Saúde Coletiva – Physis – IMS/UERJ 4. Saúde e Sociedade – APSP-USP/FSP 5. Série de Estudos em Saúde Coletiva – IMS/UERJ 6. Saúde e Debate – CEBES 7. Ciência e Saúde Coletiva – ABRASCO 8. Planejamento e Políticas Públicas – IPEA 9. Revista Lua Nova 10. Revista Dados – IUPERJ 11. Informe Epidemiológico do SUS – MS 12. Cadernos do Instituto de Medicina Social – IMS/UERJ 13. Revista de Administração Pública – RAP/FGV 14. Interface – Comunicação, Saúde e Educação – UNI-Botucatu/UNESP
Periódicos Internacionais	<p>Busca por palavras-chave na BIREME</p> <p>Instituições com Pós-Graduação Stricto Sensu em Saúde Coletiva reconhecidas pela CAPES:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. UFBA – Universidade Federal da Bahia 2. ENSP/FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz 3. IMS/UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro 4. FCM/UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas 5. FM/USP – Universidade de São Paulo 6. FSP/USP – Universidade de São Paulo 7. FM/USP/Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo 8. UEL – Universidade Estadual de Londrina 9. NESq/CPqAM – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães FIOCRUZ/Recife 10. FUFMS – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul 11. UFPEL – Universidade Federal de Pelotas 12. UFC – Universidade Federal do Ceará 13. UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais 14. IFF/FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz 15. UEFS – Universidade Estadual de Feira de Santana 16. UFPE – Universidade Federal de Pernambuco 17. UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro 18. UFMA – Universidade Federal do Maranhão 19. UNESP/BOT – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho/Botucatu 20. UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul 21. UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo 22. UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina <p>Referências de Teses e Dissertações constantes nos Banco de Dados Ad-Saúde, Medline e Lilacs (Bireme) de Instituições de Interface, como:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. FGV – Fundação Getúlio Vargas 2. EBAP/Escola Brasileira de Administração Pública 3. IUPERJ/Instituto 4. ESAE

Teses e Dissertações	5. FAU/USP – Arquitetura e Urbanismo da Un.São Paulo
Congressos da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO)	6. IE/UFRJ – Instituto de Economia da Un.Federal do Rio de Janeiro
Conferências Nacionais de Saúde	Caderno de Resumos da ABRASCO (I a VI) ANAIS das Conferências - V, VI, VII, VIII, IX, X, XI

GRÁFICO 1 – QUANTITATIVO DA PRODUÇÃO EM PP&G POR FASES DA POLÍTICA

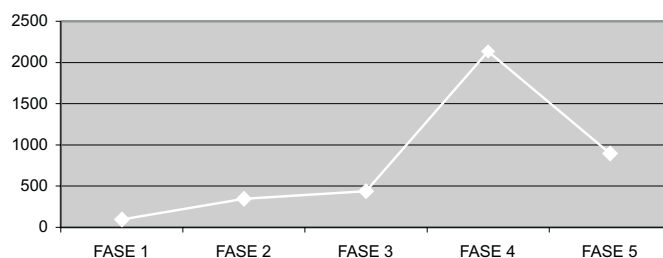


GRÁFICO 2 – ÁREAS TEMÁTICAS NOS ESTUDOS DE PP&G POR FASES DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

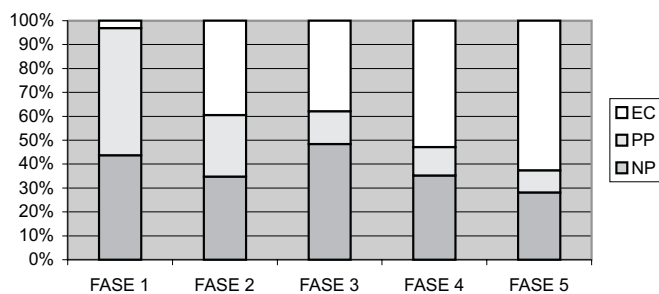


GRÁFICO 3 – QUANTITATIVO DA PRODUÇÃO EM PP&G POR FASES DA POLÍTICA

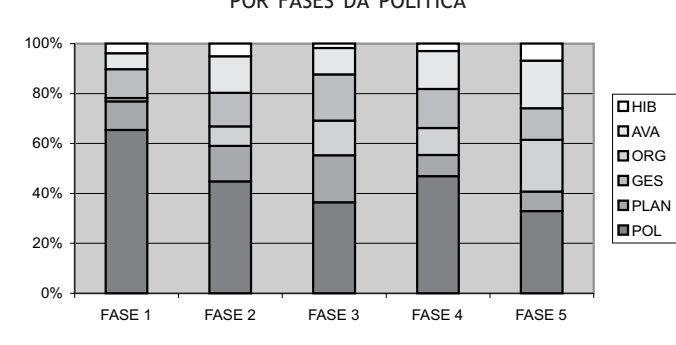


GRÁFICO 4 – ESTUDOS DE PP&G CLASSIFICADOS QUANTO AO CICLO DA POLÍTICA E A FASE DA POLÍTICA

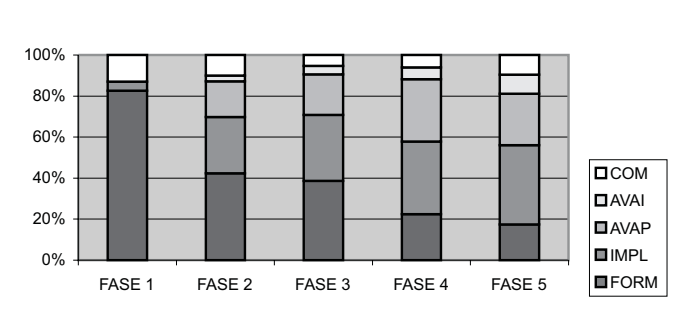


GRÁFICO 5 – ESTUDOS DE PP&G CLASSIFICADOS QUANTO À ABRANGÊNCIA POLÍTICO-TERRITORIAL E A FASE DA POLÍTICA

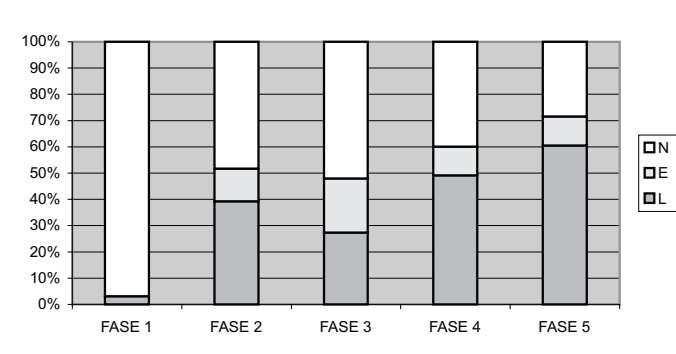


GRÁFICO 6 – ESTUDOS DE PP&G CLASSIFICADOS QUANTO AO ENFOQUE DO ESTUDO E A FASE DA POLÍTICA

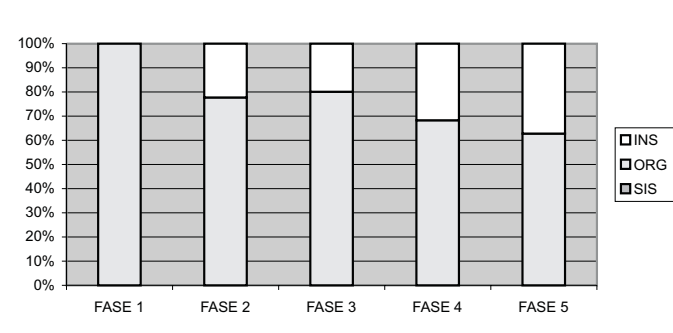
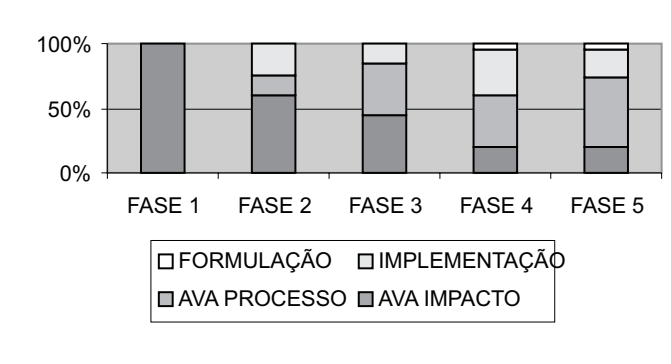
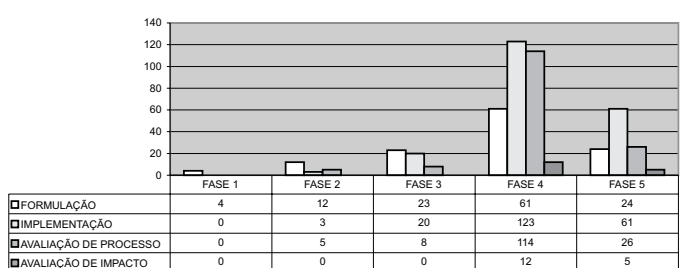


GRÁFICO 7 – ESTUDOS DE REFORMA POR CICLO DA POLÍTICA-BRASIL (1974-2000)



ESTUDOS SOBRE REFORMA EM SAÚDE POR FASES E CICLO DA POLÍTICA (BRASIL-1974/2000)



SÉRIE DE DOCUMENTOS

Volume 1

1. Processos de Descentralização da Saúde
no Brasil – Documento Analítico
2. Seminário: o Sistema Único de Saúde e a
Regionalização
3. Seminário: Perspectiva para a descentralização
e a Regionalização no Sistema Único de Saúde



ISBN 85-87943-14-6



9 788587 943149