

Formação em política pública de saúde e domínio da informação para o desenvolvimento profissional

Training in public health policies and mastery of information for professional development

Maria Helena Magalhães de Mendonça¹
Ligia Giovanella¹

Abstract *This paper analyses the Public Policies and Health Course offered by the Graduate Studies Program at the National School of Public Health, Brazil. Its purpose is to review the historical constitution of this area as policy praxis and a field of knowledge designed to train specialists engaged in policy formulation implementation and evaluation. It describes the course development experience, based on an analysis of the documents produced by the Graduate Studies Coordination in this area, systematized in alterations to subjects that reflect the educational objectives, contents and proposals deployed over time. Grounded on a concept of Government policies committed to fine-tuning democracy within the context of the emergence and development of the state healthcare function in Brazil, it indicates the need for permanent renewal of training systems for specialists in this field. The modernization of research methods and techniques is crucial, closely linked to progress in the field of healthcare data and information technology. A shift is noted, moving away from a certain isolation and lack of dialog in the Program area towards a tighter focus on Public Health and complex methodological approaches that correspond to the constructed objects.*

Key words *Government policies and health, Graduate and professional training, Mastery of healthcare information*

Resumo *O trabalho aborda a formação pós-graduada na área de políticas públicas e saúde do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública/ENSP. Objetiva rever o processo de constituição histórica dessa área enquanto prática política e área de conhecimento voltada a profissionalizar sujeitos envolvidos com a formulação, implementação e avaliação de políticas. Descreve a experiência de desenvolvimento da área de concentração com base na análise documental produzida pela Pós-graduação da ENSP e formadores da área, sistematizado em ementas disciplinares que traduzem objetivos, conteúdo programático e propostas pedagógicas utilizadas ao longo do tempo. Parte de uma concepção de políticas públicas comprometida com o aperfeiçoamento da democracia no contexto de emergência e desenvolvimento da função estatal de saúde no Brasil e indica a exigência de renovação permanente na formação de especialistas neste campo interdisciplinar. Considera essencial a modernização de métodos e técnicas de investigação articulada ao avanço da área da informação em saúde e da informática. Observa uma transição de certo isolamento e pouco diálogo da área de concentração no Programa, para um foco maior na Saúde Pública e abordagens metodológicas complexas correspondentes aos objetos construídos.*

Palavras-chave *Políticas públicas e saúde, Formação acadêmica e profissional, Domínio da informação em saúde*

¹ Núcleo de Estudos Políticos-Sociais em Saúde, Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rua Leopoldo Bulhões 1480/704, Manguinhos. 22041 - 210 Rio de Janeiro RJ. mhelenam@ensp.fiocruz.br

Introdução

Este trabalho trata de uma reflexão sobre uma prática social - o desenvolvimento de uma área de conhecimento que supõe práticas de ensino e de pesquisa no âmbito da política pública de saúde dentro de um programa de pós-graduação já estruturado como o de Saúde Pública na Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz. A subárea de Políticas Públicas e Saúde criada em 1995, dentro do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da ENSP, buscava oferecer uma abordagem política da política de saúde a partir dos fundamentos conceituais da ciência política, economia, sociologia e saúde pública. Pretende-se rever a contribuição dessa prática para a formação de especialista baseada na recuperação de memórias, levantamentos em catálogos de disciplinas, análise descritiva dos conteúdos curriculares, que viabilizam a compreensão da mesma em relação ao campo da saúde pública.

O objetivo secundário é levantar hipóteses de trabalho para o aprimoramento da atividade formadora em face do cumprimento de critérios que possam valorizar um governo democrático da saúde. Entende-se governo democrático como um sistema de governo que responde pela garantia de direitos humanos fundamentais como liberdade, igualdade e solidariedade, onde os cidadãos participam tanto quanto os gestores políticos e os funcionários públicos, responsáveis pela formulação, implementação e execução de políticas públicas.

O universo observado é limitado, o olhar está voltado para uma instituição formadora única e para um segmento das atividades de ensino praticado pelas autoras a partir da grade curricular e dos conteúdos das disciplinas da subárea de políticas públicas, o que, contudo, lhe dá certa especificidade.

Sobre política pública e democracia

A questão da democracia como eixo do debate político-intelectual no Brasil e na América Latina foi um marco nos anos 70, quando essa área geopolítica viveu sob diversos regimes autoritários. Naquele momento, o debate sobre a ordem democrática esteve vinculado à superação das ditaduras e identificado como processo de transição, sem deixar de enfrentar as dificuldades que as desigualdades socioeconômicas, resultado de baixa institucionalidade das políticas públicas

entre outros fatores, traziam para a coesão social e integração política.

Hoje a democracia na região passa por novas propostas de reestruturação das sociedades nacionais e é marcada pelo discurso neoliberal cujos ajustes estruturais indicam alteração da organização do Estado e deslocamento da dinâmica do desenvolvimento social para o mercado, que nos remete ao passado e à negação das conquistas já realizadas. Rever essa trajetória das políticas públicas nos ajuda a pensar sobre a democracia que se tem e os esforços necessários para consolidá-la.

As políticas públicas são instrumentos da democracia para a consecução de objetivos de governo, são ações definidas no âmbito do Estado e da sociedade, que visam atender uma necessidade específica, que se expressa no plano coletivo, mas exige sua conscientização no plano dos indivíduos e sua organização social primária que são as famílias e as comunidades¹.

O objeto das políticas públicas é, portanto, o Estado em ação através de programas governamentais. A emergência dessas ações, seu mecanismo de operação e prováveis impactos sobre a ordem política e social são o foco de inúmeros estudos sociais, políticos e econômicos^{2,3}.

As políticas públicas como *output* não é o objeto por excelência da ciência política, que privilegia os estudos dos processos decisórios e da formação das políticas, estes sim centrais para a abordagem da análise política das políticas em qualquer campo em que estas se apliquem, sendo aqui o interesse específico o campo da saúde coletiva.

Segundo Dahl⁴, a definição de uma política pública exige suporte de especialistas de excelente formação para garantir a satisfação de critérios democráticos, sustentar um grau satisfatório de igualdade política, fundamento do governo democrático, e permanente desenvolvimento da educação cívica da população, ou seja, sua condição de adquirir uma compreensão esclarecida das questões públicas na ordem social.

Na Europa Ocidental, a educação como direito social básico para a garantia de um mínimo de cidadania foi formulada como política pública desde meados do século XIX, sob forte influência dos ideais da Revolução Francesa e das demandas de movimentos políticos. A política pública de educação se desenvolveu, desde então, para além do seu âmbito formal voltado para a alfabetização de crianças e jovens e seus desdobramentos em outros graus de escolaridade⁵.

O avanço da civilidade possibilitada pela edu-

cação formal na modernidade se dá pelo debate público, pelo exercício da controvérsia, da pronta disponibilidade de informação confiável sobre as questões envolvidas na discussão. Ou seja, da existência de uma institucionalidade política própria de uma sociedade livre. Preservar, estimular a competência dos cidadãos é exigência fundamental para fortalecer a democracia, o que vem se tornando cada vez mais complexo⁴.

Toma-se aqui educação como instituição social voltada para a sociedade e sua divisão social e política e incumbida de oferecer respostas às contradições desta mesma divisão ao universalizar valores e regras sociais. Chauí⁶ concebe o ato de educar como a promoção de [...] **um movimento de transformação interna daquele que passa de um suposto saber (ou da ignorância) ao saber propriamente dito (ou a compreensão de si, dos outros, da realidade, da cultura acumulada e da cultura no seu presente ou se fazendo)**.

No Brasil, as instituições formadoras em seus diversos níveis, como a escola fundamental ou a universidade pública, têm sua história atrelada ao desenvolvimento republicano e buscam preservar a autonomia do saber que produzem e transmitem internamente e frente a outras instituições, para melhor responder aos objetivos universais de instituir civilidade e constituir cidadania.

Na Primeira República (1889 – 1930), parcela da elite política muito influenciada por ideais positivistas reforçava menos uma ação direta em favor do direito político de organização partidária e de interesses, que é a base para se constituir uma democracia representativa, e mais uma concessão de direitos pelo Estado na forma de benefício, a partir da pressão da opinião pública livremente expressa e do direito de reunião⁷.

A cidadania política se restringiu aos segmentos já inseridos nos processos sociais e postergou-se, para o final daquele período histórico, o debate sobre a criação de instituições sociais que ampliassem as condições de inserção através de uma adequada educação.

As restrições aos direitos no campo social foram grandes. A primeira Constituição republicana não confirmou dispositivos anteriormente definidos como deveres do Estado, como fornecer instrução primária e promover socorros públicos. O sistema educacional custou a se desvincular da Igreja e de sua ação filantrópica, que alimentava a submissão dos pobres, sem fornecer ao indivíduo instrumentos para seu pleno desenvolvimento e emancipação.

Na Primeira República, não se avançou para

além de uma filantropia leiga com maior qualificação da assistência prestada, amparada em conhecimentos científicos e numa relação público/privado de concessão de favores e subordinação, presente nas medidas assistenciais voltadas para as famílias pobres e executadas em entidades filantrópicas subsidiadas pelo poder público⁸. O projeto de ensino público universal, obrigatório e gratuito estabeleceu suas bases no regime de 1930, por uma reforma do sistema educacional, que demandou investimentos, aparelho institucional próprio e condições de viabilização, bem como a formação de professores.

A saúde pública construiu sua institucionalidade nos primeiros anos da República, criando serviços que ampliaram a intervenção pública nos estados. Sua função social se consolidou no aparelho de Estado em 1930, quando compõe com a educação pública um ministério no governo de Vargas, que se mantém até 1953, quando a Saúde Pública se torna um setor autônomo identificado com o processo de desenvolvimento político e social.

No período 1937-45 deu-se forte relevo à normalização, à centralização da política e à formação e especialização profissional. Aprofundou-se também a burocratização dos serviços de saúde que marcaram a presença do poder público no interior do país, e que passaram a se organizar em função do risco de saúde e da sistematização das informações bioestatísticas⁹. Ainda é deste período a constituição do Conselho Nacional de Saúde e da realização da primeira Conferência Nacional de Saúde, restrita aos administradores nacionais e regionais da saúde pública, em 1941.

Ao longo do século XX, a questão social se colocou através dos movimentos sociais e suas lutas políticas que demandaram por reformas sociais especialmente em três conjunturas: na primeira república, nos antecedentes do golpe de 1964 e no processo constituinte que superou a ditadura militar (1979-1987). Nos períodos de democratização, se debateram a universalização dos direitos sociais e ampliação de cobertura em termos de grupos populacionais e benefícios, embora sem conseguir superar na prática a iniquidade social.

A nova Constituição Federal de 1988 redefiniu o papel do estado republicano, sua forma de organização política e conformou direitos de cidadania civis, políticos e sociais próprios de um Estado de Bem-estar, comprometido com o ideal da democracia social, presente nos princípios da reforma sanitária: criação de infra-estrutura

de rede física de cuidados de saúde; descentralização de competências, recursos e gerência dos programas; instituição de órgãos colegiados de decisão; estímulo à participação social em serviços de saúde.

Em 1990, a saúde se atualizou como dimensão de direito social a partir da definição constitucional e da regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS). A integração institucional foi complementada em 1993 com a extinção de instituições que fragmentavam a política de saúde em saúde pública e assistência médica, esta última historicamente associada aos benefícios advindos da inserção formal ao mercado de trabalho e de contribuição social definidos nos anos 1930 e expandidos no período 1970-83, quando se observou a expansão e crise da assistência previdenciária^{10,11}.

O processo de revisão constitucional no Congresso Nacional ou as medidas provisórias do executivo dos anos 90 reformaram o Estado e provocaram uma tensão nas funções estatais, recém definidas do campo social. Essa contra-reforma na prática mudou a dimensão do direito social para uma concepção de um serviço não exclusivo do Estado. Neste sentido, a educação, saúde, a cultura podem ser prestadas por qualquer agente, o que tem por implicação uma mudança da natureza desse bem público e do modo de localizá-lo na sociedade⁶. Assim o dilema se repõe:

Ou bem a educação e a saúde pública são vistas como bens públicos e investimentos sociais e políticos e sua ação é desenvolvida a partir de um fundo público destinado a garantia dos direitos sociais a toda a população como definido constitucionalmente. As funções públicas se realizam a partir da elaboração de orçamento transparente, base para a definição de uma programação que corresponda às necessidades sociais de conhecimento técnico-científico e assistencial correspondente.

Ou são percebidas como serviços que podem ser acessados via mercado a depender do poder de compra de cada indivíduo e/ou cuja execução pode ser concedida aos prestadores privados com lógica operacional que serve a objetivos específicos da acumulação e reprodução do capital, instrumentalizando a permanente mudança no processo econômico e ampliando as desigualdades sociais.

Essa última perspectiva, somada à frágil institucionalidade da política pública e da defesa do direito do indivíduo e da coletividade na justiça,

tem impacto negativo sobre o processo de democratização¹² e conseqüentemente sobre a definição da natureza e abrangência de uma instituição política que garante que os cidadãos se mantenham informados, participem efetivamente e tenham entendimento esclarecido para a tomada de decisão.

Neste contexto de conflito entre ordens sociais contraditórias, a "informação qualificada" é fundamental para a mudança de um estado de coisas ou de um comportamento. Sua conformação em um instrumento que explicita um fato novo ou articule conceitos e noções pode favorecer tanto a ação política da sociedade civil e o desenvolvimento de conhecimentos necessários à vida social e política de uma nação como a instrumentalização do desenvolvimento de setores dominantes da economia global.

Assim dentro da institucionalidade democrática, a autonomia da pesquisa e do ensino, a correta interpretação de novas informações e sua divulgação tanto quanto a liberdade de expressão favorecem o aprendizado cívico, que por sua vez consolida o caráter inclusivo da cidadania.

A informação que nutre as políticas públicas pode advir de pesquisa científica autônoma, de sistemas de produção de dados oficiais através de inquéritos, pesquisa de opinião, etc. A habilidade quanto ao uso de fontes diversificadas e difusas na sociedade não é natural, é uma construção histórica e social que dá condição para ampliação da capacidade de discernir e compreender os contextos em que os indivíduos vivem, trabalham e lutam.

O controle e domínio da forma de produção de conhecimento e informação, bem como de fontes de disseminação no e pelo governo permitem a diferenciação dos pontos de vistas. A formação da opinião pública voltada para a ação social, por sua vez, é elemento estruturante da esfera pública e premissa das reformas empreendidas. Caso esse domínio se concentre em um grupo particular e seus aliados políticos, como ocorre em governos autoritários, reduz-se as potencialidades da cidadania universal.

No âmbito da política de saúde brasileira, a superação da fragmentação anterior que apoiou a conformação de uma sociedade desigual política, social e economicamente exige esforços para o enfrentamento das questões sociais e sanitárias na medida em que se fortalece dentro da esfera pública enquanto política universal e integrada, buscando responder a necessidades específicas.

Política de saúde nos anos 1990 – consolidando a esfera pública

As políticas públicas representam o poder de barganha entre a sociedade e o Estado para satisfação de suas necessidades básicas e dependem de um espaço para a vontade e decisão democrática de todos e não de setores restritos como o mercado, onde operam as grandes corporações, o aparelho estatal, as organizações sociais de cunho filantrópico ou outros.

A carta constitucional de 1988 consagrou o direito social universal à saúde e sua garantia pelo SUS faz parte da ação do Estado brasileiro na produção e regulação das atividades econômicas voltadas para resolver problemas de saúde e de adoecimento que afetam a massa da população. O SUS em sua regulamentação constituiu instrumentos específicos de poder e decisão sobre os rumos da política de saúde, que abrem cada vez mais possibilidades para a consolidação da esfera pública e práticas sociais democráticas – fundos de saúde, conselhos de saúde e conferências de saúde nas três esferas de poder.

Este processo é responsável pelo crescimento do interesse pela área das políticas públicas no Brasil, na medida em que as mudanças recentes da sociedade brasileira aumentaram a autonomia local, favoreceram a forte competição eleitoral, introduziram programas de reforma social marcados pela proposta de controle social e político das políticas sociais setoriais, aumentaram a responsabilidade dos gestores públicos numa ordem marcada pela descentralização político-administrativa e pela transformação das formas de intervenção estatal.

Nos anos 1980-90, a ciência política se ocupou principalmente da emergência de novos atores sociais fora da tradicional concepção Estado e mercado de intermediação de interesses, onde se configura a triangulação entre política/grupo de interesse/burocracia. Pensou-se então na constituição de redes sociais, seu papel na relação entre a política e a solidariedade social no âmbito da sociedade fortemente estratificada.

No caso da política social e, em especial, a saúde no Brasil, a discussão sobre o projeto de reforma iniciada na década de 1970 retomou a discussão do paradigma de saúde pública e da saúde coletiva, questionando o modelo hegemônico de atenção à saúde garantido aos trabalhadores do mercado formal pela previdência social, e enfatizou-se a necessidade de ampliar a abrangência desta política. Essa proposição considerou tanto a concepção de saúde como direito

social como sua permanente afirmação dentro de um escopo da seguridade social. A perspectiva de ampliar o acesso da população aos serviços de saúde teve atualização recente pelo acento na qualidade da atenção com a incorporação de novas práticas voltadas para o cuidado das pessoas em bases humanitária e solidária. Essas novas formas de cuidado suscitam a concepção de sujeitos sociais e se expandem em novas questões trazidas pela inclusão de grupos étnicos e minorias, anteriormente tutelados pelo Estado e mantidos em isolamento no âmbito das ações do SUS.

Esses novos padrões de funcionamento da política social ou práticas políticas precisam ser vistos a partir de exame crítico pautado em noções desenvolvidas na esfera da ciência política como formas de estado, estruturas políticas, democracia participativa, etc., transportadas para a política de saúde e suas instituições. Ou seja, como se analisar as formas com que o Estado regula hoje as ações públicas considerando a interação entre interesses, valores e normas, assim como estrangimentos técnicos e orçamentários. Como o Estado age para assegurar a provisão de bens públicos: por sua produção direta, distribuída pelo setor público ou por sua contratação em outras organizações sociais?

Quais as formas de interação entre o agente público e outros atores sociais na formulação e implementação de políticas? Como implementar os princípios orientadores da ação pública – universalismo, equidade (como afirmação de igualdade e das diferenças), integralidade, que justamente operacionalizam a dimensão da cidadania e que apontam para a necessidade de um olhar ampliado para as formas de organização da sociedade a partir de noções da sociologia como interação social, inclusão social, cooperação.

Para todas estas abordagens, coloca-se a exigência de ampliar o debate sobre a produção acadêmica no campo da Saúde Coletiva, e que atraia para si um segmento expressivo de cientistas sociais e políticos. Também na esfera normativa cada vez mais cresce a demanda por investigações que respondam à agenda comprometida com os princípios organizativos e operacionais do SUS.

Não se podem realizar análises mais sistêmicas do processo de implementação de políticas, projetos e programas de saúde, sem expandir e difundir estudos dedicados a esses processos e aprofundar metodologias de avaliação de políticas que induzam à utilização da avaliação como instrumento de gestão pública e apoio na

resolução de conflitos e na busca de maior cooperação social. As respostas às questões acima mencionadas exigem uma especialização segura e específica e produção de conhecimento e da informação com isenção e autonomia em face dos interesses postos pelos que conduzem a política de saúde.

Formação em políticas públicas de saúde

A pertinência de uma formação específica na área de políticas públicas de saúde está associada à existência de um saber sistemático sobre os processos políticos setoriais de como e quando se organizam as intervenções em saúde sobre as formas de vida política da sociedade e ao desejo de ampliar esse conhecimento e sua transmissão a outros. Contudo, a organização da subárea deve seguir objetivos claramente enunciados e permanentemente revisados pelo seu coletivo.

A forma mais conveniente de se garantir a renovação desse saber, permitindo o surgimento de novas questões e estimulando intervenções públicas efetivas, sua avaliação e expansão parece ser a docência e a pesquisa no campo. A produção de conhecimento, por sua vez, deve responder a necessidades técnico-científicas em saúde do país e estar direcionada para mudar o quadro de desigualdades em face da heterogeneidade social e regional. A abrangência da área deve contemplar a complexidade da ação social pública em saúde.

Estes objetivos informaram o debate da constituição desta subárea e seu desenvolvimento, mas se inserem num contexto maior do que o programa de pós-graduação da ENSP, e sofrem a influência dos desdobramentos do crescimento também da pós-graduação em Ciências Sociais, origem de muitos doutores atuantes na saúde coletiva e em especial na ENSP.

O contexto em que se deu o processo interno de fragmentação do programa de pós-graduação em saúde pública na ENSP em oito subáreas coincidiu com o momento de revisão do sistema nacional de pós-graduação articulado ao desenvolvimento de um IV Plano Nacional de Pós – Graduação (IV PNPG) durante a década de 1990.

Entre 1976 e 2003, a pós-graduação no país enquanto uma política pública triplicou o número de cursos de mestrado, quase quintuplicou os cursos de doutorado e implantou os mestrados profissionais. Desde 1995, esse crescimento se intensificou, concentrando-se em universidades públicas federais e estaduais. Outro elemento

positivo foi o crescimento de alunos matriculados nestes programas de pós-graduação.

Martins¹³ indica que os PNPG “constituíram um elemento crucial na construção e desenvolvimento do sistema [...] imprimiram uma direção macropolítica para a condução da pós-graduação, pela realização de diagnósticos e de estabelecimento de metas e ações”.

Ainda para o autor, o êxito desse esforço institucional aparece na integração da pós-graduação no interior do sistema universitário, ampliando a presença da pesquisa nesta instituição, na maior profissionalização do corpo docente por sua capacitação e valorização da carreira de docente e de pesquisa, na participação dos representantes das comunidades científicas na formulação da política de pós-graduação, no acesso a apoio financeiro e ampliação de bolsas de estudo e pesquisa e num sistema nacional de avaliação dos programas por meio de julgamento de pares, que segue uma periodicidade trienal e apoia o acompanhamento de sua adequação e qualidade acadêmicas.

O atual PNPG (2005-2010) apresenta metas ainda a explorar: a necessidade de expandir o número de titulações, reduzir a concentração regional dos programas de pós-graduação, integrar mais a pós e a graduação para melhoria do conjunto de instituições de ensino superior na formação de profissionais qualificados às demandas da sociedade e de seu desenvolvimento econômico, político e social¹³.

A ENSP também apresentou uma aceleração nesta última década, resultado da abertura de novas subáreas, entre as quais política social e saúde (que no final da década passou a se denominar de ‘políticas públicas e saúde’), ‘endêmias, ambiente e sociedade’, ‘saúde do trabalhador’, ‘saúde ambiental’ e ‘toxicologia ambiental e ocupacional’ e definição de mais vagas para seus cursos de mestrado e doutorado. Em 2002, introduziu a modalidade de mestrado profissional em gestão pública¹⁴.

Hoje se discute a pertinência e os resultados de tal fragmentação a partir da questão central sobre o campo que estrutura a Saúde Coletiva, como ele se reproduz nestes segmentos e o que lhes confere identidade. Um aspecto relevante a discutir é que, em face da complexidade do conhecimento presente quando se propõe uma abordagem multidisciplinar, estes segmentos podem estar contraditoriamente fechados em uma visão disciplinar única.

Em 1993, um grupo de pesquisadores e professores, encarregados de desenvolver pesquisas

e disciplinas em torno do tema da política social e de saúde dentro da ENSP, iniciou um debate da oportunidade de organizarem uma área específica, autônoma em relação às áreas tradicionais de pós-graduação *strito sensu* em Saúde Pública: epidemiologia geral, articulada ao Departamento de Epidemiologia; saúde e sociedade, articulada ao Departamento de Ciências Sociais; e planejamento em saúde, articulada ao Departamento de Administração e Planejamento em Saúde.

Esta iniciativa partiu do reconhecimento de que o tema de políticas públicas sociais e de saúde constituía-se em campo de investigação tradicional na ENSP desde o final dos anos 1970, atraindo um número considerável de alunos. As diversas teses e dissertações defendidas, as pesquisas desenvolvidas, as publicações correspondentes e o grande número de pesquisadores envolvidos indicavam as potencialidades para a pesquisa e para o ensino na área de forma articulada, permitindo intensificar trocas acadêmicas e construção de projetos mais coletivos.

Buscou-se em um primeiro momento conhecer que profissionais se aproximavam de uma abordagem de políticas públicas sociais, o que pesquisavam, se teriam interesse na instituição desta nova área, mesmo sem romper com seus aportes teóricos originários. Por mais que se desejasse fortalecer uma identidade, a efetivação ou uma revisão mais profunda da base epistemológica do programa em que se situa exigiu dialogar com outros grupos externos, em fase que não se contava ainda com uma organização consistente de grupos de pesquisa em relação à subárea proposta.

A partir deste levantamento, foi criada a Subárea de Políticas Públicas e Saúde no mestrado em saúde pública em 1995, dando maior visibilidade e organicidade a este campo na ENSP. A subárea foi conformada por 26 pesquisadores que trabalhavam com o tema e integrada por professores e pesquisadores do Departamento de Ciências Sociais e Saúde, e do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da ENSP, assim como alguns profissionais que trabalhavam neste campo em outras unidades da FIOCRUZ.

A Subárea de Políticas Públicas e Saúde foi criada com o objetivo de formar profissionais para a análise, formulação, implementação e avaliação de políticas públicas e de saúde. Visando especialmente: i) fornecer instrumental teórico-metodológico para a análise da política pública e do sistema de proteção social brasileiro; ii) capacitar o aluno para a análise da configuração dos

arranjos institucionais e das condições de implementação das políticas públicas e de saúde; iii) qualificar para a avaliação de políticas e programas sociais e de saúde e iv) habilitar o aluno para o desenvolvimento de pesquisas no campo das políticas públicas.

O grande desafio inicial foi a estruturação de uma nova grade curricular para o mestrado mais próxima às temáticas a serem desenvolvidas na subárea de forma relativamente autônoma, embora apontasse para algumas interfaces com a subárea de planejamento em saúde, onde se concentrava parte dos seus membros responsáveis pela docência *no lato e strito sensu* e pela pesquisa e atividade de consultoria nas temáticas de financiamento setorial, recursos humanos em saúde e avaliação de sistemas de saúde.

Essa grade curricular, fortemente marcada pela evolução da formação da pós-graduação em ciência política no Brasil¹⁵ enquanto disciplina, se estruturou originalmente em um núcleo básico de disciplinas obrigatórias a partir de subconjuntos próprios dela – teoria política e estruturas políticas, tratadas nas disciplinas de teoria política contemporânea, política social e política de saúde no Brasil. Além da outra disciplina obrigatória, os seminários avançados, que se ocupavam da metodologia e desenho de pesquisa. A formação em políticas públicas em saúde no campo da Saúde Coletiva ainda contemplou disciplinas eletivas na esfera de estudos comparados de sistemas de saúde e processos de reforma, formulação de política, capital social e cultura política.

A primeira disciplina obrigatória voltava-se para uma apresentação histórica da teoria política, oferecendo um panorama geral do desenvolvimento do pensamento político contemporâneo, enfocando os temas da gênese da ordem, da (i) legitimidade da mudança política, das possibilidades da democracia no século XX, da chamada crise do Estado e da atual política brasileira. A segunda disciplina sobre políticas sociais buscava algumas pontes com a teoria sociológica, recuperando questões relativas ao Estado, sua natureza e formas de organização, inter-relações entre Estado, sociedade e cidadania, analisando seus regimes políticos e políticas sociais, a crise e transformações dos Welfare States. A terceira recuperava a trajetória histórica da política de Saúde no Brasil, tendo como eixo sua dimensão republicana e as diversas conjunturas em que sofreu reformas, apresentava a proposta de reforma sanitária dos anos 80 e análise de sua implementação quanto aos padrões de financiamento, de acesso e de segmentação da clientela.

Já os seminários avançados acompanhavam o desenvolvimento das pesquisas discentes e ocupavam-se dos problemas objeto de investigação e dos métodos e técnicas de pesquisa social, congregando todos os orientadores e propiciando debate acadêmico. Neste aspecto, havia ainda oferta de outras disciplinas sobre métodos e técnicas de pesquisa, embora chamasse a atenção a ausência de disciplinas como estatística e matemática, recursos importantes para uma análise quantitativa mais rigorosa.

Além desse núcleo de disciplinas que pretendia dar conta da formação do especialista, foram oferecidas eletivas em complementaridade e aconselhava-se que o aluno circulasse por outras áreas temáticas e subáreas do programa de saúde pública.

A disciplina Informação e Informática em Saúde, ofertada em caráter eletivo para as subáreas de políticas públicas e de planejamento e gestão de sistemas e serviços de saúde, objetivava ampliar a capacidade de acesso, tratamento, análise e utilização das informações em saúde, essenciais ao processo de gestão, ao planejamento e ao monitoramento da situação de saúde; capacitar para a análise do impacto das novas tecnologias de informação e contribuir para a formação de uma inteligência nacional no campo da informação em Saúde que apoie a governança em saúde e o controle social sobre as práticas e políticas de saúde^{16,17}. A disciplina buscava apresentar soluções para os problemas em face dos projetos de dissertação/tese dos alunos.

A experiência das autoras em dez anos de prática da coordenação compartilhada da disciplina 'Política de Saúde no Brasil' em conjunto com outros dois professores sempre se pautou pela revisão bibliográfica renovada, pela incorporação de novas abordagens e de convidados privilegiados para temas específicos. A proposta pedagógica exigiu discutir sobre cortes temporais, buscando uma periodização que favorecesse a compreensão da abordagem histórica da disciplina e a análise da política nacional de saúde contemporânea à luz do desenvolvimento de processos e estruturas sociais associados à história política nacional e promovesse o amadurecimento do aprendizado pelo encadeamento lógico das sessões.

Assim, a dinâmica do curso foi aperfeiçoada em termos de avaliação de aprendizado com exigência de resenhas de textos básicos, prova individual e trabalho em grupo na forma de seminários em torno do tema 'Desigualdades em Saúde', abordado sobre quatro aspectos: estado de saúde,

de, oferta e utilização de serviços ambulatoriais, oferta e utilização de serviços hospitalares e acesso a serviços de saúde.

Estes aspectos permitiram introduzir os alunos na análise das principais pesquisas nacionais de monitoramento ou inquéritos populacionais e dos bancos de dados que os originaram – Sistema de Informações de Mortalidade (SIM/MS); Pesquisa Assistência Médico-Sanitária (AMS/IBGE); Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS – MS); Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS-MS), Pesquisa Nacional de Amostragem Domiciliar (PNAD/IBGE), Censos Demográficos (IBGE), Índice de Desenvolvimento Humano (IDH/PNUD), etc. Deste modo, despertava-se nos alunos o interesse pelo estudo da informação em saúde como um instrumento fundamental na implementação e monitoramento da política pública.

Ao final de cada período letivo, fizeram-se avaliações informais sobre a disciplina de modo a validar o método de trabalho da equipe docente e levantar a necessidade de alterações. Ao final do ano de 2002, já se observava que a redução do tempo de formação exigia a revisão dos conteúdos e do foco da grade curricular para que os pós-graduandos pudessem ter um conhecimento mais homogêneo e especialmente voltado para o acompanhamento da política contemporânea, com mais fóruns de debates.

Em 2003, reviu-se a grade curricular, com o intuito de aumentar o foco sobre a avaliação da política pública de saúde e fortalecer a capacitação dos discentes nos recursos de matemática, estatística e computação, que ressalta a intenção de maior utilização da abordagem quantitativa nas pesquisas da área. Os conteúdos de teoria política foram reorganizados em disciplina eletiva 'Conceitos básicos em Teoria das Políticas Públicas', que reúne parte dos conteúdos das duas outras anteriores, introduzindo conceitos básicos e questões metodológicas em políticas públicas, analisando o Estado de Bem-estar e discutindo teorias neoliberais que versam sobre a crise do Estado e a assunção do mercado^{16, 17}.

Permaneceram obrigatórias as disciplinas 'Seminários Avançados', 'Política de Saúde no Brasil I', que trata do 'desenvolvimento institucional da política de saúde no Brasil no período republicano, da análise do padrão organizacional da atenção à saúde e sua relação com o sistema de proteção social, da reforma sanitária, situando os processos de diferenciação da esfera pública estatal e do mercado de planos e seguros de saúde' e organizada nova disciplina 'Políticas de Saúde

no Brasil II'. Esta última aborda tópicos da atual política de saúde, discorrendo sobre desigualdades sociais e equidade em saúde, a organização, estrutura e financiamento do SUS, suas políticas de vigilância em saúde e de medicamentos, modelos e práticas assistenciais^{16, 17}.

Introduziu-se a obrigatoriedade de 'Estatística Básica orientada às Ciências Sociais em Saúde', contemplando conceitos básicos de estatística e sua aplicação às Ciências Sociais - análise exploratória de dados, noção de probabilidade e inferência estatística - e outra eletiva 'Estatística I aplicada às Ciências Sociais', que aprofunda os conceitos básicos e inclui regressão linear. As disciplinas de estatística também se apoiam em prática computacional. Paralelamente, aparecem disciplinas eletivas que tratam de análise de dados quantitativos valendo-se dos conteúdos da obrigatória e com foco em bancos de dados nacionais e uso de pacotes estatísticos^{16, 17}.

Por outro lado, a eletiva 'Técnicas de Investigação e suas aplicações na Pesquisa Social' se propõe a apresentar técnicas qualitativas empregadas na realização de pesquisa social em seu processo de elaboração, aplicação e sistematização analíticas.

Assim, os discentes são iniciados em métodos que possam validar os resultados de suas pesquisas, seja qual for a natureza das mesmas, considerando também os recursos computacionais hoje disponíveis para manipulação de dados, condução de experimentos e análise de dados. Compreende-se que, quanto maior o leque de possibilidades apresentadas, maior a capacidade de absorver informações que irão iluminar a reflexão política sobre algum tema da saúde coletiva, que por sua vez será posteriormente comunicada através das dissertações. Uma análise dessa produção e de sua qualidade ainda está por se fazer, contemplando também a composição das bancas de defesa.

Considerações finais

Desde que as políticas públicas em saúde se tornaram unidade de análise, vem-se enfatizando os estudos dos processos de formação das políticas enquanto disputa entre formas de discurso e análises de como o sistema de idéias constrói os interesses de tomadores de decisão, centrando-se no papel dos atores estatais e na função das políticas propostas.

Para Reis¹⁸, as políticas públicas como subdisciplina da ciência política não se desenvolve-

ram enquanto campo disciplinar ou espaço de práticas interdisciplinares. A especialização em Política se instituiu em resposta ao imperativo de relevância na prática das Ciências Sociais - análise da formação, implementação ou resultados das políticas - e pouco refletiu sobre situações concretas a partir de problemas empíricos e legitimou ou não escolhas políticas efetivas.

Ao trazer seu enfoque para o campo da Saúde Coletiva, criou uma subárea de políticas públicas e saúde, cujo campo empírico são as políticas governamentais em saúde. Na medida em que o campo adotava um conceito de saúde ampliado, exigia-se uma visão complexa e multidisciplinar. Portanto, a formação de um especialista, que conduza com qualidade o debate sobre a saúde pública, necessita se abrir a múltiplas abordagens.

Um especialista deve ter um domínio global do tema, considerando-se o conjunto de questões que caracterizam a política de saúde enquanto pública, para além da sua formulação política, sua viabilidade financeira e econômica, sua implementação e controle público. Mais ainda, esse especialista pode ser chamado a fazer diferentes inserções no âmbito da política de saúde estatal, o que lhe exigirá uma flexibilidade e capacidade permanente de discernimento quanto o limite de sua atuação.

A complexidade desse aprendizado impõe apreender informações diversas, advindas de fontes diferenciadas e especializadas, a partir de um conjunto amplo de pesquisas nacionais, de sistemas de informações criados a partir de objetivos institucionais próprios que não só exigem conhecimentos gerais, mas também habilidades e competências que vem sendo desenvolvidas nos e pelos aprendizes, embora ainda com pouca ênfase no seu processamento e utilização em processos decisórios.

Conclui-se que esse esforço de qualificação transitou de uma abordagem mais abrangente de análise política da política, em um contexto histórico de formação e formulação de políticas de saúde no país no processo de reforma sanitária e criação do SUS - consubstanciada em um corpo de disciplinas obrigatórias centrado na ciência política -, para uma abordagem mais focalizada na análise da política pública de saúde e de avaliação de sua execução, em um contexto de implementação dos projetos formulados no período anterior. Neste processo, observou-se, inicialmente, o predomínio do diálogo com outras áreas do conhecimento externas ao programa, e recentemente uma maior aproximação com a saúde pública sem, contudo, avançar para uma

atuação mais cooperativa na eleição de temas a serem investigados coletivamente neste campo.

Colaboradores

MHM de Mendonça e L. Giovanella são responsáveis pela concepção teórica e metodológica do artigo, pela pesquisa de documentos e memórias, análise, discussão e redação do texto.

Referências

1. Calvino I. *O Caminho de San Giovanni*. São Paulo: Companhia das Letras; 2000.
2. Arretche M. Dossiê Agenda de Pesquisa em Políticas Públicas. *Rev. Brasileira de Ciências Sociais* 2003; 51(2):7-10.
3. Melo MA. Estado, governo e políticas públicas. In: Micelli S, organizador. *O que ler na ciência social brasileira (1970 – 1999)*. Vol. 3 Ciência Política. São Paulo/Brasília: Anpocs-Capes; 1999.
4. Dahl R. *Sobre a Democracia*. Brasília: Editora da Universidade de Brasília; 2001.
5. Marshall TH. *Cidadania, classe social e status*. Rio de Janeiro: Zahar; 1967.
6. Chauí MA. Universidade pública sob nova perspectiva [conferência de abertura]. Poços de Caldas (MG); 26ª Reunião Anual da Associação Nacional de Profissionais de Educação; 2003. [Mimeo].
7. Carvalho J M. *Os bestializados: o Rio de Janeiro e a República que não foi*. São Paulo: Cia. das Letras; 1998.
8. Mendonça MHM. *Crianças e adolescentes pobres (de direitos). A trajetória da política social dirigida à infância e à adolescência no Brasil republicano* [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2000.
9. Hochman G, Fonseca CMO. O que há de novo? Políticas de saúde pública e previdência, 1973-45. In: Pandolfi D, organizadora. *Repensando o Estado Novo*. Rio de Janeiro: Ed. FGV; 1999.
10. Oliveira JAA, Teixeira SMF. *A (Im) Previdência Social Brasileira*. Rio de Janeiro: ABRASCO/Vozes; 1986.
11. Braga JC, Paula SG. *Saúde e Previdência: Estudos de Política Social*. São Paulo: Cebes/Hucitec; 1981.
12. Carvalho JM. *A cidadania no Brasil: o longo caminho*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2002.
13. Martins CB, organizador. *Para onde vai a pós-graduação em Ciências Sociais no Brasil*. Bauru: Edusc; 2005.
14. Escola Nacional de Saúde Pública – Coordenação da Pós-graduação (Ensp). *Cenários da pós-graduação strito senso* [relatório de pesquisa]. Rio de Janeiro: Ensp; 2004. [Mimeo].
15. Araújo C, Reis BPW. A formação do pós-graduando em Ciência Política. In: Martins CB, organizador. *Para onde vai a pós-graduação em Ciências Sociais no Brasil*. Bauru: Edusc; 2005.
16. Fiocruz. *Catálogo de Disciplinas de Mestrado e Doutorado 2004*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
17. Fiocruz. *Catálogo de Disciplinas de Mestrado e Doutorado 2005*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004.
18. Reis E. Reflexões leigas para a formulação de uma agenda de pesquisa em Políticas Públicas. *Rev. Brasileira de Ciências Sociais* 2003; 51(2):11-14.

Artigo apresentado em 29/06/2006

Aprovado em 17/07/2006

Versão final apresentada em 09/08/2006