

Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário



Este obra está licenciada com uma Licença Creative Commons **Atribuição-
NãoComercial 4.0 Internacional**. Fonte:

<https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/381>. Acesso em: 27 mar. 2019.

REFERÊNCIA

ALMEIDA, Lourdes Lemos et al. Categorias institucionais das políticas de saúde no Brasil (1990-2017). **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, v. 6, n. 2, p. 78-94, abr./jun, 2017.

DOI: <http://dx.doi.org/10.17566/ciads.v6i2.381>. Disponível em:

<https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/381>. Acesso em: 27 mar. 2018.



Categorias institucionais das políticas de saúde no Brasil (1990-2017)

Institutional categories of health policies in Brazil (1990-2017)

Categorías institucionales de las políticas de salud en Brasil (1990-2017)

Lourdes Lemos Almeida¹
Luiz Carlos Pelizari Romero²
João Alberto de Oliveira Lima³
Márcio Iorio Aranha⁴

RESUMO: Objetivo: Identificar as categorias essenciais à forma institucional prevalentes das políticas públicas setoriais de saúde instituídas pelo Ministério da Saúde no período de 1990 a 2017. **Método:** Partindo-se do arcabouço teórico da Teoria Gramatical Generativa de Chomsky e da Hermenêutica Prescritiva de Schleiermacher, Dilthey e Betti como pressupostos, e com a Teoria Neo-Institucional como ancoragem teórica, foram identificados, no banco de dados de informação legislativa do Ministério da Saúde (Saúde Legis), o conjunto de normas infralegais que instituíram políticas setoriais de saúde no período de 20 de setembro de 1990 a 30 de março de 2017. A análise dos documentos de política respectivos permitiu a identificação de categorias essenciais à forma institucional das políticas setoriais de saúde. **Resultados:** Analisou-se uma amostra de 58 documentos de política. Do ponto de vista do objeto, as políticas que compuseram a amostra estavam voltadas para a organização da atenção (51,7%), a saúde pública (39,7%) e a organização e gestão do sistema de saúde (8,6%). Das políticas estudadas, 86,2% tinham norma instituidora. Os conceitos integrantes da forma institucional das políticas setoriais de saúde mais prevalentemente encontrados foram: objeto, objetivo ou propósito, território e diretrizes. Essas quatro categorias institucionais estão presentes em mais de 60% dos documentos de política. Prioridades, controle social (mecanismos, forma, relevância), financiamento e avaliação constituem categorias institucionais de menos de 30% das políticas analisadas. Os padrões de categorias institucionais variam segundo a natureza do objeto da política. **Conclusões:** Apenas um conjunto pequeno de categorias institucionais – objeto, objetivo ou propósito, território e diretrizes – é encontrado sistematicamente nos documentos de política.

Palavras-chave: Políticas de saúde. Brasil. Política pública. Direito Sanitário.

ABSTRACT: Objective: To identify the prevailing institutional categories of health policies approved by the Ministry of Health from 1990 to 2017. **Method:** With the theoretical framework of Chomsky's Generative Grammar Theory; Schleiermacher, Dilthey and Betti's

¹ Professora, especialista em Saúde Pública e mestre em Saúde Coletiva. Assessora do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). Email: lourdesalm@gmail.com

² Médico especialista em Saúde Pública e em Direito Sanitário, mestre em Saúde Coletiva. Email: romero.luizcarlos@gmail.com

³ Analista de Sistema, doutor em Ciência da Informação, doutorando em Direito. Centro de Processamento de Dados (Prodasen) do Senado Federal, Brasil. Email: joaoli13@gmail.com

⁴ Professor efetivo de Direito Constitucional e Administrativo da Universidade de Brasília. Email: marcio.iorio.aranha@gmail.com



Prescriptive Hermeneutics, and the Neo-Institutional Theory, the regulations concerning health policies in Brazil between September 20, 1990 and March 30, 2017 were identified in the official database of the Ministry of Health (Saúde Legis). The analysis of the policy documents allowed for the identification of categories essential to the health policies institutional presentation. **Results:** 58 policy documents were retrieved from the databases surveyed. The policies of the research sample focused on the organization of care (51.7%), public health (39.7%) and organization and management of the health system (8.6%). Of the policies studied, 86.2% of them carried an institutional rule. The concepts more prevalent as part of the institutional presentation of health policies were the subject, purpose, territory and directives. These four institutional categories are present in more than 60% of policy documents. Priorities, social control (mechanisms, form, relevance), financing and evaluation constitute institutional categories of less than 30% of the policies analyzed. The patterns of institutional categories vary according to the nature of the policy subject. **Conclusions:** Only a small set of institutional categories – subject, purpose, territory and directives – are systematically found in health policy documents.

Keywords: Health policy. Brazil. Public policies. Health Law.

RESUMEN: Objetivo: Identificar las categorías institucionales prevalentes de las políticas públicas de salud instituidas por el Ministerio de la Salud (Brasil) en el período de 1990 a 2017. **Método:** Partiendo del marco teórico de la Teoría Gramatical Generativa, de Chomsky, y de la Hermenéutica Prescriptiva, de Schleiermacher, Dilthey y Betti, y teniendo la Teoría Neo-Institucional, como anclaje teórico, fueron identificados, en el banco de datos de información legislativa del Ministerio de Salud (Saúde Legis), las normas infra legales que instituyeron políticas de salud en el período de 20 de septiembre de 1990 al 30 de marzo de 2017. El análisis de los documentos de política respectivos permitió la identificación de las categorías esenciales a la forma institucional de las políticas sectoriales de salud prevalentes em aquel período. **Resultados:** Se analizó una muestra de 58 documentos de política, orientadas, según el objeto, hacia la organización de la atención (51,7%), a la salud pública (39,7%) y a la organización y gestión del sistema de salud (8,6%). De ellas, el 86,2% tenía norma instituidora. Los conceptos integrantes de la forma institucional de las políticas de salud más prevalentemente encontrados fueron: objeto, objetivo o propósito, territorio y directrices. Estas cuatro categorías institucionales están presentes en más del 60% de los documentos de política. Prioridades, control social (mecanismos, forma, relevancia), financiamiento y evaluación constituyen categorías institucionales de menos del 30% de las políticas analizadas. Los patrones de categorías institucionales varían según la naturaleza del objeto de la política. **Conclusiones:** Sólo un conjunto pequeño de categorías institucionales – objeto, objetivo o propósito, territorio y directrices – se encuentra sistemáticamente en los documentos de política.

Palabras llave: Políticas de salud. Brasil. Política pública. Derecho Sanitario.

Introdução

Um conceito de política pública

A dificuldade em formular uma definição de política pública – que se estende, inclusive, ao campo jurídico – é encontrada tanto entre administradores e cientistas



políticos como entre juristas e operadores do Direito. Para Bucci, “é extremamente difícil sintetizar em um conceito a realidade multiforme das políticas públicas” (1); para Secchi, “qualquer definição de política pública é arbitrária” (2).

Em publicação de agosto de 1998, a Secretaria de Políticas de Saúde, então existente na estrutura do Ministério da Saúde, define ‘política’ como “decisões de caráter geral, destinadas a tornar públicas as intenções de atuação do governo e a orientar o planejamento, no tocante a um determinado tema, em seu desdobramento em programas e projetos” (3).

Esse mesmo conceito está presente no ‘Prefácio’ da Política Nacional de Medicamentos, instituída naquele mesmo ano, segundo o qual

políticas configuram decisões de caráter geral que apontam os rumos e as linhas estratégicas de atuação de uma determinada gestão. Assim, devem ser explicitadas de forma a: tornar públicas e expressas as intenções do Governo; permitir o acesso da população em geral e dos formadores de opinião, em particular, à discussão das propostas de Governo; orientar o planejamento governamental no detalhamento de programas, projetos e atividades; funcionar como orientadoras da ação do Governo, reduzindo os efeitos da descontinuidade administrativa e potencializando os recursos disponíveis. (4)

Em outra publicação do Ministério da Saúde, do ano seguinte,

uma política pública expressa o conjunto das diretrizes e referenciais ético-legais adotados pelo Estado para fazer frente a um problema e/ou a uma demanda que a sociedade lhe apresenta. Cabe ao Estado definir seu caráter, suas responsabilidades, seu plano de ação e programas, a fim de buscar o equacionamento dessa demanda. (5)

O entendimento de que constituem “programas de ação governamental”; “que visam a racionalização técnica da ação do Poder Público para a realização de objetivos determinados, com a obtenção de certos resultados” (1), e de estarem “voltadas para ordenar o presente em direção a determinado futuro socialmente almejado” (6), também é encontrado na literatura jurídica sobre a matéria.

Destacam-se, nesse conceito, três elementos: políticas consistem em uma “forma precípua da ação estatal” (6); dirigida ao enfrentamento de “um problema público” (2); com a intenção de “coordenar os meios à disposição do Estado e as atividades privadas, para a realização de objetivos socialmente relevantes e politicamente determinados” (7).



Nessa concepção, as políticas públicas regem-se pelos princípios do Direito Público e necessitam ser formalmente explicitadas – e de uma forma que as torne possíveis de serem operacionalizadas do ponto de vista administrativo e jurídico (8). A forma de fazê-lo consiste em sua “institucionalização normativa” (9), isto é, sua criação por meio de um ato declarativo em uma norma jurídica. Adotadas por meio de leis, decretos, portarias, resoluções, as políticas tornam-se juridicamente vinculantes (6): os agentes estatais obrigam-se a seguir a conduta definida na norma, em prol do atingimento dos propósitos da política, e os interessados nesses resultados e os cidadãos em geral obtêm um instrumento eficaz de proteção jurídica e de controle da ação estatal (9).

No caso brasileiro, no período posterior a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), observa-se – como nas demais democracias contemporâneas – a predominância do poder normativo do Poder Executivo (10). Nesse contexto, as portarias baixadas pelo Ministério da Saúde passaram a ser a espécie normativa mais frequentemente adotada para a instituição de políticas setoriais de saúde (11) e a atuação, nos primeiros anos da conformação do SUS, da Secretaria de Políticas de Saúde, criada na estrutura do Ministério da Saúde, resultou na formalização – ainda que nem sempre acompanhada da correspondente institucionalização normativa – de um bom número de políticas setoriais.

Até então, inexistiam definições prévias sobre a estrutura normativa adequada às políticas públicas de saúde e sobre as categorias essenciais à sua instituição. Foi, então, publicada uma *Metodologia de Formulação* [de Políticas de Saúde], na qual se estabelecia o “conteúdo básico” que devem ter as políticas “para cumprir suas finalidades”. Esse conteúdo consistia em: uma introdução – na qual se explicitem as bases legais e a justificativa para o “estabelecimento” da política; propósito, diretrizes, responsabilidades institucionais e parâmetros para avaliação (3).

A definição de parâmetros para estruturação dessas políticas em moldes regrados pressupõe que se parta de base teórica consentânea à proposta de definição de uma estrutura capaz de albergar a diversidade de manifestações políticas ou, mais precisamente, de uma fôrma institucional capaz de dar ordem à produção normativa, permitindo que cada política pública se apresente com sua própria identidade, mas mantenha vínculo significativo ao molde institucional de onde surgiu.



Categorias fundamentais das políticas de saúde: teorias fundantes

Teoria Gramatical Generativa e Hermenêutica Prescritiva

O influente esforço de Wilhelm von Humboldt sobre a teoria da linguagem (12) a definiu por seus componentes externos e internos e sua mútua interpenetração, antecipando a teoria da gramática generativa proposta por Chomsky (13), segundo a qual as relações gramaticais de uma linguagem são um mecanismo finito capaz de gerar o conjunto infinito de frases gramaticais e significados.

Por outro lado, a tradição da hermenêutica – enquanto arte da compreensão (14), e, mais especificamente, a hermenêutica prescritiva, enquanto metodologia da interpretação sobre produções culturais, inclusive normativas – segue pressupostos semelhantes e muitas das vezes inspirados em teorias da linguagem, partindo do pressuposto da possibilidade de fixação de regras de interpretação capazes de revelarem significados estáveis nas chamadas formas significativas, dentre elas a forma escrita de uma norma, quando transposta na subjetividade do intérprete (15, 16).

A hermenêutica prescritiva preocupa-se com o segundo estágio do processo de construção de significado ao analisar o produto institucional normativo em sua vivência interpretativa e revelar como o processo de interpretação pode se apoiar em regras de criação do seu significado que reforçam a influência de ambos os polos do processo interpretativo: o institucional (a forma significativa) e o subjetivo (os tipos ideais presentes no intérprete).

Em comum, tanto a teoria linguística da gramática generativa, quanto a hermenêutica prescritiva reconhecem a importância da estruturação da norma conforme regras. A gramática generativa reforça o momento de modelagem institucional pautada por regras finitas de relação gramatical para produção infinita de frases gramaticais; enquanto a hermenêutica prescritiva amplia as possibilidades de significação da produção cultural, inclusive escrita, na criatividade do intérprete, mas a partir de pautas definidas no âmbito estruturante e presentes na criação cultural interpretada.

Sob ambos os enfoques, o esforço de identificação de categorias estruturantes da norma é bem-vindo para dar ordem à forma institucional, alcançando uma maior segurança interpretativa – enfoque da hermenêutica prescritiva –, sem que o conjunto de regras



institutivas delimite as possibilidades criativas do produtor – enfoque da teoria da gramática generativa.

A construção de categorias básicas de conformação das políticas de saúde serve, portanto, ao fim de maior precisão interpretativa ao evidenciar aspectos comuns a todas as políticas públicas de saúde, habilitando o intérprete a dialogar com a norma segundo tipos-ideais previamente acordados, sem que isso implique impedimento à atualização normativa via arco hermenêutico apoiado em outras formas significativas e tipos-ideais próprios a cada temática específica da política pública em questão, ou obstáculo a uma produção infinita de identidades normativas necessárias a um setor caracterizado pela diversidade de atores e temáticas.

Neo-Institucionalismo

As teorias expostas situam o presente esforço de definição de categoriais conceituais comuns às políticas de saúde como algo relevante do ponto de vista hermenêutico e possível do ponto de vista linguístico. Resta saber a que teoria se renderá homenagem para fins de operacionalização das relações conceituais estruturantes das políticas de saúde. A resposta a essa pergunta trilha o caminho do Neo-Institucionalismo.

A Teoria dos Atos de Fala, do filósofo da linguagem John Searle (17), é considerada uma das principais influências da corrente neo-institucionalista, não apenas no Direito, mas também em outras áreas do conhecimento, tais como: Economia, Administração e Ciência Política. A evolução dessa teoria deu origem à Teoria Geral dos Fatos Institucionais (18) que oferece uma explicação de como a realidade social se forma a partir do uso performativo da linguagem.

Para Searle (19), uma ‘instituição’ “é um sistema de regras constitutivas, e tal sistema cria automaticamente a possibilidade de fatos institucionais”. Os fatos institucionais, na sua quase totalidade, são criados por atos do tipo ‘declaração’ que, sendo bem-sucedidos, trazem à existência o conteúdo proposicional manifestado (18).

Ganhar um jogo de xadrez, ser eleito presidente de um país e possuir habilitação para dirigir automóveis são todos ‘fatos institucionais’, pois existem dentro dos respectivos ‘sistemas de regras constitutivas’. De forma similar, publicar uma norma que institui uma determinada política pública de saúde é um fato institucional, que existe dentro do sistema de regras que previu a possibilidade do exercício dessa competência.



Além de ser um fato institucional, a norma jurídica, mediante declarações, pode definir novos tipos de instituições, que moldam o convívio social pela definição de padrões de comportamento. Por exemplo: uma determinada política pública de saúde pode criar ou determinar a criação de novas instituições – programas, comissões de assessoramento, redes de serviços, sistemas de informação etc. – para a consecução dos seus objetivos.

A recepção da teoria de Searle no Direito é marcada pela publicação, em 1986, da obra *An Institutional Theory of Law: new approaches to Legal Positivism*, de Neil MacCormick e Ota Weinberger. MacCormick (20) define ‘instituição jurídica’ como “conceito jurídico regulado por conjuntos de regras institutivas, consequenciais e terminativas”. As instâncias desse conceito existem num período de tempo, da ocorrência de um ato ou evento institutivo até a ocorrência de um fato ou evento terminativo.

Ao considerarmos a instituição como uma unidade componente de um ordenamento jurídico, percebemos que surge uma nova entidade posicionada entre os textos das disposições e as normas jurídicas propriamente ditas. Essa entidade, a instituição, como ensinado por MacCormick (20), tem capacidade sistematizadora dupla: permite lidar tanto com a complexidade como com a extensão de um determinado ordenamento.

Objetivo

Determinar as categorias institucionais que conformam uma política de saúde, do ponto de vista do Ministério da Saúde, na qualidade de formulador dessas políticas, por meio da análise dos documentos de política do conjunto de políticas setoriais de saúde instituídas no período de 1990 a 2017 por meio de portarias emanadas do Gabinete do Ministério da Saúde.

Método

Análise documental de documentos de política, recuperados no Sistema de Legislação da Saúde (Saúde Legis) – banco de dados de informação legislativa mantido pelo Ministério da Saúde –, utilizando a palavra ‘política’ como argumento de pesquisa.

‘Documento de política’ e ‘documento básico’ são expressões adotadas aqui para referir ao documento que reúne o conjunto de categorias institucionais de uma política,



publicado em meio impresso ou eletrônico, com atenção a critérios editoriais que permitem sua recuperação.⁵

O conjunto de documentos recuperados no primeiro levantamento não permitiu obter a totalidade das normas instituidoras e documentos de política das políticas setoriais identificadas. Adotou-se, então, um protocolo de busca que ampliou o número de bancos de dados pesquisados. Isto é, na dificuldade de recuperar, no Saúde Legis, os documentos relativos a uma política identificada no primeiro levantamento, passou-se a buscá-los, sequencialmente, em outros bancos de dados informatizados: o Diário Oficial da União; o portal do Ministério da Saúde, na web; a Biblioteca Virtual de Saúde, e a Rede de Bibliotecas e Unidades de Informação Cooperantes da Saúde Brasil (Rede BiblioSUS).

Como critérios de inclusão e exclusão e considerando o objetivo de determinar quais categorias institucionais conformam uma política de saúde do ponto de vista do Ministério da Saúde – na qualidade de principal e mais prolífico formulador dessas políticas no período estudado – foram incluídas na análise apenas as políticas instituídas por portarias emanadas do Gabinete do Ministério da Saúde ('Portarias MS/GM'), excluindo as instituídas por meio de outras espécies normativas (leis, decretos, resoluções) e por portarias interministeriais.

Incluíram-se na amostra aquelas políticas que, mesmo sem norma instituidora, contavam, em sua formalização e publicização, com um 'documento de política' ou 'documento básico', publicado oficialmente pelo Ministério da Saúde.

O tratamento dos dados seguiu a análise dos documentos de política feita a partir de um 'formulário para coleta de dados', elaborado para cada política identificada, nos quais se registraram: categoria da política, ano de instituição, denominação, norma instituidora e normas associadas. Dois quadros permitiram registrar o formato do documento de política⁶ e a presença ou ausência de diferentes categorias institucionais, levantadas na literatura

⁵ Adotou-se a expressão 'documento de política' em correlação a 'documento de programa', expressão usada na literatura de língua inglesa ('*program document*' ou 'prodoc') para designar o documento no qual se estabelecem e sistematizam as categorias institucionais de um programa (objetivos, resultados, atividades, indicadores de avaliação, orçamento, cronograma). 'Documento básico' é uma expressão usada algumas vezes no âmbito do Ministério da Saúde e do SUS para designar o documento que contém as principais categorias institucionais de uma política ou seu "conteúdo básico", fazendo pressupor a existência de documentos secundários, acessórios ou complementares – nem sempre existentes – nos quais são explicitadas categorias institucionais "complementares" (financiamento, avaliação, conselhos assessores etc.).

⁶ Com norma instituidora [texto articulado no corpo da norma; texto articulado como anexo à norma; texto não articulado como anexo à norma; norma remete à página na internet (*site* eletrônico); norma remete à publicação impressa]. Sem norma instituidora [texto impresso (publicação); texto em meio eletrônico (página da internet, *site*)]



sobre a matéria⁷. Um local específico permitia anotar as referências bibliográficas e os endereços eletrônicos de onde poderiam ser recuperados os documentos de política, além de outras informações relevantes.

As políticas recuperadas foram categorizadas em três grupos: (i) políticas de saúde pública (referentes ao controle de doenças, ao enfrentamento de agravos de saúde coletiva, e à saúde de segmentos populacionais); (ii) políticas voltadas para a organização da atenção à saúde (incluindo questões gerais – medicamento, atenção básica, atenção hospitalar, gestão da ciência e tecnologia – e a organização da atenção a agravos específicos – atenção oncológica, atenção a doentes renais crônicos); e (iii) políticas relativas à organização e gestão do SUS (gestão estratégica e participativa, educação permanente, informação e informática).

Resultados e discussão

Foram identificadas referências a 92 políticas setoriais de saúde no Saúde Legis, criadas entre 1995 e 2017. Não foram localizadas políticas instituídas nos anos de 1990 a 1994.

Não foi possível, no entanto, recuperar as normas instituidoras e os documentos de política de várias dessas políticas. Estão, nesse caso, duas categorias de resultados: (i) políticas para cuja proposição foram criados grupos de trabalho por meio portaria ou resolução recuperável nos bancos de dados do Saúde Legis, sem registro da respectiva norma instituidora; e (ii) políticas que contam com conselhos consultivos para assessorar, acompanhar e/ou avaliar sua implementação, também formalmente criados, sem, da mesma forma, terem sido identificadas quer suas normas instituidoras quer os respectivos documentos de política.

No primeiro caso, é possível aventar as possibilidades de: (i) ausência ou insuficiência de resultados do trabalho do grupo propositor (o grupo não se reuniu ou não produziu o produto desejado); (ii) a política formulada não foi instituída; (iii) a política foi implantada sem norma instituidora e seu documento de política não pode ser encontrado pelo protocolo de busca adotado. No segundo caso, a política realmente existe – tanto que

⁷ Finalidade [objeto; objetivo/propósito; metas]; abrangência [tempo; território]; estratégia [princípios; diretrizes; prioridades]; atores sociais [*stakeholders*]; gestor; responsabilidades das três esferas de governo; controle social]; recursos [meios; financiamento]; avaliação [monitoramento; avaliação]; outras categorias [diagnósticos/justificativa; terminologia/definições].



conta com um conselho consultivo próprio, formalmente constituído. No entanto ela: (i) foi implantada sem norma instituidora e (ii) seu documento de política não pode ser encontrado pelo protocolo de busca adotado.

É possível, ainda, que a expressão ‘política’, constante dos bancos de dados consultados, não esteja sendo usada em sentido estrito. Isto é, que se refira, em sentido lato, a ações governamentais voltadas para a realização de objetivos determinados – planos, programas e projetos – sem a formulação da política correspondente.

As políticas das quais não se localizou a norma instituidora, mas que contavam com um documento de política, identificado e recuperado pelo protocolo de busca adotado, foram incluídas na amostra. As ‘políticas’ para as quais não se localizou o documento de política não foram incluídas na amostra. Cinco políticas foram excluídas por terem sido instituídas por outra espécie normativa que não portaria ministerial e 29 outras, porque não foram encontrados seus respectivos documentos de política.

Dessa forma, a amostra foi composta por 58 documentos de política, publicados entre os anos de 1995 e 2017 – 41% das quais instituídas em uma única administração (2003 a 2006). Concentração que é devida, principalmente, ao fato de que 60% das políticas voltadas para a organização da atenção à saúde e 60% das voltadas para a organização e gestão do sistema foram instituídas nesse período.

Do ponto de vista do objeto, as políticas que compuseram a amostra são, predominantemente, políticas voltadas para a organização da atenção (51,7%); 39,7% são políticas de saúde pública, e 8,6%, têm por objeto a organização e gestão do SUS⁸. (Tabela 1)

⁸ Foram excluídas da análise políticas cujo objeto eram questões específicas de caráter interno ao Ministério da Saúde ou a seus órgãos como: a Política Editorial do Ministério da Saúde, de 2004; a Política de Sigilo, Segurança e Acesso à Informação no Âmbito da Anvisa, instituída em 2005 e reformulada em 2007; a Política de Atendimento ao Público da Anvisa, de 2007, e a Política de Segurança da Informação e Comunicações do Data SUS, de instituída em 2008 e reformulada em 2017.



Tabela 1 – Políticas setoriais de saúde segundo o objeto e o período de criação. Brasil, 1990-2017.

Categoria de objeto / período		90-94	95-98	99-02	03-06	07-10	11-14	15-17	Total	
									N	%
1. Políticas de saúde pública	1.1 Controle de doenças	-	-	4	-	-	3	-	7	12,1
	1.2 Segmentos populacionais	-	-	3	2	3	4	1	13	22,4
	1.3 Temas transversais	-	-	-	1	-	2	-	3	5,2
	<i>Subtotal</i>	-	-	7	3	3	9	1	23	39,7
2. Organização da atenção	2.1 Geral	-	1	1	5	3	3	-	13	22,4
	2.2 Agravos específicos	-	-	-	13	2	2	-	17	29,3
	<i>Subtotal</i>	-	1	1	18	5	5	-	30	51,7
3. Organização e gestão do SUS		-	-	-	3	1	-	1	5	8,6
<i>Total</i>	<i>N</i>	-	1	8	24	9	14	2	58	100,0
	<i>%</i>	-	1,7	13,8	41,4	15,5	24,1	3,5	100,0	-

Oitenta e seis por cento das políticas estudadas tinham norma instituidora, isto é, eram, do ponto de vista administrativo e jurídico, juridicamente vinculantes. (Tabela 2)

Tabela 2 - Formato do documento de política das políticas setoriais de saúde segundo a categoria / natureza do objeto. Brasil, 1990-2017.

Formato / categoria		Saúde pública		Organização da atenção		Organização e gestão do SUS		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Com norma instituidora	Texto articulado no corpo da norma	12	52,2	21	70,0	1	20,0	34	58,6
	Texto não articulado como anexo à norma	7	30,4	5	16,7	1	20,0	13	22,4
	Texto não articulado em página da internet, ao qual a norma remete (<i>site</i>)	2	8,7	-	-	1	20,0	3	5,2
	<i>Subtotal</i>	21	91,3	26	86,7	3	60,0	50	86,2
Sem norma instituidora	Texto impresso (publicação)	2	8,7	4	13,3	2	40,0	8	13,8
Total		23	100,0	30	100,0	5	100,0	58	100,0



Em relação ao formato, seus documentos de política consistiam em: (i) textos articulados no corpo da norma instituidora, em 58,6% dos casos; (ii) textos não articulados, apresentados como anexos à norma, em 22,4% das vezes; (iii) textos não articulados publicados em página da internet (*site*), ao qual a norma remete, em 5,2% dos casos; e (iv) – naqueles casos em que as políticas não tinham norma instituidora, ou seja, em 13,8% do total da amostra, – textos impressos sob a forma de publicações do Ministério da Saúde. (Tabela 2)

Essa conformação – existência ou não de norma instituidora e formato do documento de política – mostrou-se distinta segundo a natureza do objeto da política.

A inexistência de norma instituidora caracteriza 40% das políticas cujo objeto é a organização ou gestão do SUS, mas ocorre em menos de 15% das políticas voltadas para a organização da atenção e em menos de 10% das políticas de saúde pública.

A forma de ‘documento articulado no corpo da norma instituidora’ é mais frequentemente adotada nos documentos de política das políticas que cuidam da organização da atenção (70,0% desse grupo) e – ainda que em menor proporção (52,2%) – nos das políticas cujos objetos são problemas de saúde pública. Ao contrário, nas políticas dirigidas à organização e gestão do SUS, esse formato só é encontrado em 20% dos casos. (Tabela 2)

A apresentação do documento de política em substrato eletrônico, isto é, em um *site* localizado no portal do Ministério da Saúde na *web* e ao qual a norma instituidora se refere, é a solução adotada em duas políticas de saúde pública e em uma política de organização e gestão do SUS, mas não ocorre nos documentos de política das que tratam da organização da atenção.

Considerando no tempo, esse padrão não parece ter se alterado muito, isto é, a existência ou não de uma norma instituidora e a adoção de uma ou outra solução quanto ao formato do documento de política não parecem estarem relacionadas ao momento em que a política foi formulada. (Tabela 3)



Tabela 3 - Formato do documento de política das políticas setoriais de saúde segundo o período de criação. Brasil, 1990-2017.

Formato / período		90-94	95-98	99-02	03-06	07-10	11-14	15-17	Total
Com norma instituidora	Texto articulado no corpo da norma	-	-	1	14	6	11	2	34
	Texto não articulado como anexo à norma	-	1	5	4	2	1	-	13
	Texto não articulado em página da internet, ao qual a norma remete (<i>site</i>)	-	-	-	1	1	1	-	3
	<i>Subtotal</i>	-	1	6	19	9	13	2	50
Sem norma instituidora	Texto impresso (publicação)	-	-	2	5	-	1	-	8
Total	N	-	1	8	24	9	14	2	58
	%	-	1,7	13,8	41,4	15,5	24,1	3,5	100,0

Considerando o total das políticas analisadas, apenas quatro categorias institucionais estão presentes em mais de 60% dos documentos de política: objeto –frequentemente designado já na denominação da política; objetivo ou propósito; território – também determinado no nome ao denominarem-se ‘políticas nacionais’ – e diretrizes. (Tabela 4).

Tabela 4 – Categorias institucionais das políticas setoriais de saúde segundo a categoria / natureza do objeto da política. Brasil, 1990-2017.

Categorias institucionais / objeto		Políticas de saúde pública		Organização da atenção		Organização e gestão do SUS		Total	
Grandes grupos	Categorias	N	%	N	%	N	%	N	%
Finalidade	Objeto	22	95,6	26	86,7	5	100,0	53	91,4
	Objetivo/propósito	22	95,6	14	46,7	3	60,0	39	67,2
	Metas	1	4,3	1	3,3	-	-	2	3,4
Abrangência	Tempo	-	-	-	-	-	-	-	-
	Território	20	87,0	28	93,3	3	60,0	51	87,9
Estratégias de execução	Princípios	15	65,2	10	33,3	2	40,0	27	46,5
	Diretrizes	23	100,0	23	76,7	5	100,0	51	87,9
	Prioridades	5	21,7	2	6,7	1	20,0	8	13,8
Atores sociais envolvidos	Atores	13	56,5	3	10,0	3	60,0	19	32,8
	Gestor	4	17,4	18	60,0	3	60,0	25	43,1
	Respons. esferas gov.	20	87,0	10	33,3	3	60,0	33	56,9
	Controle social	8	34,8	1	3,3	-	-	9	15,5
Recursos	Meios	4	17,4	15	50,0	2	40,0	21	36,2
	Financiamento	9	39,1	5	16,7	2	40,0	16	27,6
Monitoramento e avaliação	Monitoramento	14	60,9	3	10,0	2	40,0	19	32,8
	Avaliação	12	52,2	3	10,0	1	20,0	16	27,6
Outras categorias	Diagnóstico / justificv.*	5	21,7	4	13,3	2	40,0	11	19,0
	Terminologia**	8	34,8	3	10,0	1	20,0	12	20,7
Total		23	100,0	30	100,0	5	100,0	58	100,0

* Diagnósticos epidemiológicos e de situação, antecedentes e justificativas fundamentadas em informações.

** Definições, terminologias, glossários e, num caso, “elementos informativos”.

O tempo de execução da política (ou para atingimento de seus objetivos) não constitui categoria institucional de nenhuma das políticas analisadas, e metas são especificadas nos documentos de apenas duas (3,4% dos casos). Prioridades, controle



social (mecanismos, forma, relevância), financiamento e avaliação constituem categorias institucionais de menos de 30% das políticas analisadas.

É relevante notar, ainda, que algumas dessas categorias – em especial ‘princípios’ e ‘diretrizes’ – não mantêm, no conjunto dos documentos analisados, ‘significados estáveis’.

Ao considerar a natureza do objeto da política, podemos observar que as diferentes categorias de política têm padrões distintos de categorias institucionais.

As políticas de saúde pública têm explícitos, principalmente: diretrizes (presente em 100,0% dos casos); objeto (95,6%); objetivo ou propósito (95,6%); território (87,0%); responsabilidades das diferentes esferas de governo na gestão e/ou condução da política (87,0%); princípios (65,2%) e monitoramento (60,9%).

As políticas relativas à organização da atenção, por sua vez, têm um número bem menor de categorias institucionais prevalentes: território (93,3%); objeto (86,7%) – mas não objetivo, presente em apenas 46,7% dos documentos; diretrizes (76,7%) e gestão (60,0%).

As políticas relativas à organização e gestão do SUS se caracterizam por conter: objeto e diretrizes (100,0% das vezes), e objetivo/propósito, território, atores, gestor e responsabilidade das diferentes esferas de governo (60,0%).

Conclusão

A análise das políticas de saúde, a partir de uma amostra de 58 documentos de políticas setoriais de saúde, instituídas no período de 1995 a 2017, recuperados no Sistema de Legislação da Saúde (Saúde Legis), banco de dados de informação legislativa mantido pelo Ministério da Saúde, permite caracterizá-las como conjunto sistematizado de decisões governamentais de caráter geral e estratégico relativas ao enfrentamento de determinados problemas de saúde politicamente relevantes naquele momento.

Como tal, deveriam ser administrativa e juridicamente vinculantes, desde que normativamente institucionalizadas, isto é, instituídas por meio de normas jurídicas das quais, no caso em estudo, as portarias e outros atos normativos do Poder Executivo são a espécie prevalente. Isso, no entanto, não ocorreu em mais de 10% das políticas analisadas, em relação às quais existem os respectivos ‘documentos de política’ ou ‘documentos básicos’ – na forma de uma publicação oficial do Ministério da Saúde –, mas o Saúde Legis não registra a norma institucionalizadora correspondente.



Da mesma forma, na medida em que devem permitir tornar públicas as intenções do governo, para, por um lado, orientar o planejamento governamental nas diferentes instâncias e esferas de governo e, por outro, permitir o controle social e a tutela jurídica sobre elas, as políticas devem se materializar em um ‘documento de política’ – não recuperado em 31% das políticas nomeadas nos documentos do SUS Legis – no qual sejam articuladas as categorias institucionais que as caracterizam como políticas públicas de saúde e, nas suas respectivas especificidades, como políticas com objetos e estratégias próprios.

A solução mais frequentemente empregada para formatação dos documentos de política foi a de um texto articulado no corpo da norma instituidora – o que é o caso de cerca de 60% das políticas analisadas. A forma de um documento não articulado como anexo da norma foi encontrada em 22% dos casos. A referência a um texto disponível em um endereço eletrônico, a que a norma instituidora remete, foi a solução adotada em três casos.

Esta última forma constitui uma situação cuja validação não foi encontrada na literatura jurídica nacional e deveria ser objeto de consideração pelas autoridades do Ministério da Saúde, na medida em que permite a alteração do texto sem controle e sem a assinatura do Ministro da Saúde, além do risco de impermanência, isto é, de retirada intempestiva do texto da *web*. Em verdade, o acesso a esses documentos nem sempre foi fácil.

Em relação à estrutura normativa e às categorias essenciais à sua instituição, a análise da amostra referida evidenciou que apenas quatro categorias institucionais estão presentes em mais de 60% dos documentos de política: objeto – geralmente explicitado já no nome da política; objetivo ou propósito; território – na medida em que se caracterizam como ‘políticas nacionais’ – e diretrizes. Prioridades, controle social, financiamento e avaliação constituem categorias institucionais de menos de 30% das políticas analisadas.

As categorias institucionais prevalentes variam segundo a natureza do objeto da política: enquanto os documentos das políticas de saúde pública explicitam, principalmente, diretrizes, objeto, objetivo ou propósito, território, responsabilidades das diferentes esferas de governo na gestão e/ou condução da política, princípios e monitoramento; as políticas relativas à organização da atenção se caracterizam por um número bem menor de categorias institucionais: território, objeto, diretrizes e gestão; e as



políticas relativas à organização e gestão do SUS contêm: objeto, diretrizes, objetivo/propósito, território, atores, gestor e responsabilidade das diferentes esferas de governo.

É possível perceber que a expressão ‘política’, constante dos bancos de dados consultados e nos documentos do Ministério da Saúde, não está, muitas vezes, sendo usada em sentido estrito, mas se refere, em sentido lato, a ações governamentais voltadas para a realização de objetivos determinados – planos, programas e projetos – sem a formulação e institucionalização normativa da política correspondente. E que ‘princípios’ e ‘diretrizes’ – na qualidade de categorias institucionais de políticas de saúde – não mantêm, naqueles documentos, ‘significados estáveis’.

Referências

1. Bucci, MPD. O conceito de política pública em Direito. *In*: Bucci, M.P.D. (org.). Políticas públicas: reflexões sobre o conceito jurídico. São Paulo: Saraiva, 2006.
2. Secchi, L. Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos. (2. ed.) São Paulo: Cengage Learning, 2013.
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Políticas de Saúde: Metodologia de Formulação. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.
4. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Política Nacional de Medicamentos (Prefácio), instituída pela Portaria GM nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Brasília: Saúde Legis, 1998. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html [acesso em 25 maio 2017]
5. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Política Nacional de DST/aids: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.
6. Massa-Arzabe, PH. Dimensão jurídica das políticas públicas. *In*: Bucci, M.P.D. (org.). Políticas públicas: reflexões sobre o conceito jurídico. São Paulo: Saraiva, 2006.
7. Bucci, MPD. Direito Administrativo e políticas públicas. São Paulo: Saraiva, 2002.
8. Comparato, FK. Ensaio sobre o juízo de constitucionalidade de políticas públicas. *In*: Bandeira de Mello, C.A. (org.) Estudos em homenagem a Geraldo Ataliba. São Paulo: Malheiros, 1997. v. 2.
9. Aith, FMA. Institucionalização normativa de políticas públicas de saúde no Brasil: estudo de caso com o Programa Nacional de Controle da Dengue. *Rev Tempus Actas Saúde Col (Brasília)*, 7(1):349-366, 2013.
10. Clève, CM. Atividade legislativa do Poder Executivo. (2. ed.) São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais, 2000.



11. Baptista, TWF. Análise das portarias ministeriais da saúde e reflexões sobre a condução nacional da política de saúde. *Cadernos Saúde Pub*, 23(3):615-626, 2007.
12. Humboldt, WV. On language: on the diversity of human language construction and its influence on the mental development of the human species. Tradução de Peter Heath. Cambridge: Cambridge University Press, 1999.
13. Chomsky, N. Cartesian linguistics: a chapter in the history of rationalist thought. New York: Harper and Row, 1966.
14. Schleiermacher, FDE. The Hermeneutics: outline of the 1819 Lectures. *In*: ORMISTON, G. L.; SCHRIFT, A. D. The Hermeneutic Tradition. Albany, NY: State University of New York Press, 1990. p. 85-100.
15. Dilthey, W. The Rise of Hermeneutics. *In*: Ormiston, GL.; SchrifT, AD. The Hermeneutic Tradition: from Ast to Ricouer. Albany: State University of New York Press, 1990. p. 101-114.
16. Betti, E. Hermeneutics as the general methodology of the Geisteswissenschaften. *In*: ORMISTON, GL.; SCHRIFT, AD. The Hermeneutical Tradition: from Ast to Ricouer. Albany: University of New York Press, 1990. p. 159-197.
17. Searle, JR. Speech acts: an essay in the philosophy of language. Cambridge: Cambridge University Press, 1969. v. 626.
18. Searle, JR. The construction of social reality. New York: Free Press, 1995.
19. Searle, JR. Making the social world: the structure of human civilization. New York: Oxford University Press, 2009.
20. McCormick, N.; Weinberger, O. An institutional theory of law. Dordrecht: Springer Science & Business Media, 1986. v.

Recebido em: 5.6.2017
Aprovado em: 17.6.2017

Como citar este artigo:

Almeida LL, Romero LCP, Lima JAO, Aranha MI. Categorias institucionais das políticas de saúde no Brasil (1990-2017). *Revista Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*. 2017 abr./jun, 6(2):78-94.