

Pensar a Lei como Intervenção no Processo Avaliativo do Direito à Saúde

Alethele de Oliveira Santos¹
Zulmira Hartz²
Maria Célia Delduque³



Artigo também disponível pelo
QR Code ao lado ou *link*
<https://goo.gl/nXnBHj>

RESUMO

Trata-se de ensaio que aborda o entendimento relativo à lei como intervenção na saúde, a partir da conexão entre saúde, direito e avaliação. Tem, por objetivo, fomentar o debate que envolve a legislação e a avaliação em saúde. Foi escrito a partir de estudo exploratório em material bibliográfico relacionando a Avaliação em Saúde aos fundamentos compatíveis com uma Teoria de Mudança, para a apresentação de conceitos e dar ênfase à importância de modelo lógico que possibilite tal avaliação. Buscou demonstrar a viabilidade de que a lei seja tomada e, conseqüentemente, avaliada como intervenção, a possibilidade de elaboração de modelo aplicável ao caso concreto de forma compatível a uma teoria de mudança e, conseqüentemente, a adequação da teoria mencionada ao tipo de avaliação proposta.

Palavras-chave: Legislação. Avaliação em Saúde. Direito à saúde.

1 Advogada. Assessora Técnica do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília. E-mail para contato: alethele@ig.com.br

2 Professora Catedrática na Unidade Curricular de Avaliação em Saúde no Programa de Doutorado em Saúde Internacional do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa. E-mail para contato: zhartz@ihmt.unl.pt

3 Pesquisadora Titular e Docente na Fundação Oswaldo Cruz de Brasília. Pós-Doutorado em Direito na Universidade de Cantábria-Espanha. E-mail para contato: mcdelduque@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

O direito à saúde refere aspectos individual e coletivo, social e público e, justamente por lhe serem intrínsecas tais características, passa por “recomposições” históricas e práticas, quando observados diferentes territórios e nações. É assim porque está ligado aos movimentos da sociedade e do Estado, responsáveis por definir, conforme conjunturas, as respostas que se deve dar para as questões relacionadas à saúde.

Consequentemente, a regulação do direito à saúde alcança as responsabilidades dos Estados, do mercado, do indivíduo e da família.

Parece exaustivo recorrer à história e à conceituação já fartamente conhecida para quem atua na saúde, ou até mesmo no direito, mas este debate permanece muito atual, na medida em que se discute – em vários países – o tipo de cobertura assistencial, ou prestação positiva, que será disponibilizada aos seus cidadãos. (1-2)

Portanto, cabe em breves linhas, rememorar parte da história para a melhor compreensão da associação entre direito e saúde. Parte das teses sobre saúde e sua doutrina advieram do estudo dos corpos e sua constituição como sujeitos desde o século XVIII, na Europa, embora se reconheça que discussões sobre o seu aspecto conceitual sejam anteriores aos tempos hipocráticos (3-4). Posteriormente, com as primeiras urbanizações, as medidas associadas às polícias médicas passaram a estabelecer responsabilidades para o Estado e para os cidadãos, sobretudo no âmbito fiscalizatório (5). Tais medidas foram incrementadas quando da Revolução Industrial, que em face da alteração considerável e sistemática das condições de vida e das organizações territoriais, os temas de saúde passaram a deter maior interesse, em especial, quando associados interesses à saúde dos trabalhadores e às crises sanitárias (6).

O que se tinha, até então, é que já estavam reguladas a atuação da polícia administrativa (higiene urbana, controle de fronteiras, condições insalubres) e a atuação de profissionais como médicos e farmacêuticos (7). Para Figueiredo e Hartz, “a regulação em saúde não é como a regulação econômica típica, ligada à correção de falhas do mercado”, e adquire, portanto, uma característica polissêmica que deve ser sempre considerada (8).

Toma-se, como ponto de partida, a definição clássica de “saúde” da Organização Mundial da Saúde (OMS), formulada após o flagelo das guerras mundiais: “um completo estado de bem-estar físico, mental e social”, e não meramente a ausência de doença, em busca de padrões de coesão e convivência, minimamente adequados, caracterizados como direitos humanos. (9)

O debate sobre a lei como intervenção no direito à saúde encontra seu fundamento na própria Constituição da OMS, que a caracteriza como direito: “gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social” (9). Ainda que se reconheça o individualismo como principal característica

da saúde como direito humano, os papéis atribuídos ao Estado deram-lhe conformações diferentes, em especial na segunda metade do século XX.

A análise requer a aferição das responsabilidades do Estado, que: (i) pode estar na centralidade da geração dos bens, ações e serviços, que seriam, portanto, públicos; (ii) pode posicionar-se na subsidiariedade ao mercado, fomentando a geração de bens, ações e serviços, que seriam, portanto, privados; ou ainda, que (iii) atue em ambas as posições. Contudo, o que é comum, é que a responsabilidade estatal sobre a saúde estará sempre estabelecida na lei.

Os debates travados pelas sociedades, e que mencionam a saúde, têm sua legalidade expressa, muitas vezes, nas próprias constituições, que resultam da arena de forças estabelecidas em dado momento histórico.

Neste sentido, constituições têm força propulsora para os processos políticos e não podem ser lidas como mero formalismo estrutural para a atuação jurídica (10). A conciliação entre a subjetividade apresentada pelas constituições e as ações políticas garantidoras de direitos é um desafio para o direito à saúde, que deve contar, especialmente, com a participação social, radicada nos princípios da solidariedade e da democracia.

Para Linera, em análise sobre a América Latina, há uma diversidade da chamada “materialidade institucional”, ou seja, um conjunto de regras, normas, orçamentos e exigências burocráticas essenciais para o diagnóstico e a tomada de decisão (11). Estando o conjunto normativo atrelado ao diagnóstico, à tomada de decisão e ao alcance da efetividade de direitos, entende-se que é legítimo que a legislação em saúde seja considerada como intervenção nos processos avaliativos.

O conteúdo deste texto está dividido em três blocos: o primeiro remonta à conexão saúde e direito; o segundo apresenta a avaliação no campo da saúde e a lei como intervenção; o terceiro refere-se à necessidade de aperfeiçoar marco conceitual aplicável e elaboração de modelo lógico para o caso em debate. Este último apresenta conceitos relacionados à avaliação, revertendo-os à lei como intervenção no direito à saúde, dando ênfase ao marco conceitual e à importância de elaboração de modelo lógico que possibilite a avaliação.

O texto é escrito como ensaio, a partir de estudo exploratório em material bibliográfico, relacionando a Avaliação em Saúde aos fundamentos compatíveis com uma Teoria de Mudança.

2. O DIREITO À SAÚDE NO BRASIL

A VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS), em 1986, foi reconhecida como um marco para o processo de redemocratização do país, a partir de debate sobre a conformação do Estado Brasileiro, e contou com a participação de cerca de 50 mil pessoas. Funcionou como *input* para as alterações legislativas em saúde no Brasil.

Para o presente texto, interessa, exatamente, seu relatório final. O documento foi dividido em três eixos: Saúde como Direito, Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento do Setor, cuja compreensão é entrelaçada ao conceito de Estado de Direito, aquele cujos atos – públicos e privados – são realizados na totalidade com base em sua ordem jurídica. (12;16)

Para o eixo “Saúde como Direito”, o Brasil consagrou-o na Constituição Federal de 1988 (CF/88), qualificando-o como social e fundamental. Tal garantia está contemplada nos artigos 196 a 200, conferindo ao Estado a responsabilidade da prestação positiva, por meio de política pública social e econômica. (13)

Considerado o eixo “Reformulação do Sistema Nacional de Saúde”, cabe ressaltar que o sistema de saúde brasileiro é misto e recorre-se, como esforço didático de redução de complexidade, à lição: “a legislação brasileira fez permitir a atuação do público (SUS) e do privado (suplementar) e mais, a atuação do privado no público (complementar) e do público no privado (regulação, fiscalização, vigilância)”, também expressa na CF/88 e várias outras ordenações legais. (14)

A oferta universal pública ao direito à saúde, no caso brasileiro, encontra barreiras na própria opção constitucional pela segmentação, conformada num modelo de atenção que não atende às características populacionais em rápida alteração, na necessária qualificação dos meios da participação social, nas dificuldades referentes à gestão do trabalho, na crescente judicialização e, especialmente, na busca por financiamento sustentável.

Este é outro elemento que deve ser considerado na institucionalização do direito à saúde, que diz respeito aos orçamentos públicos, constituidor do eixo “Financiamento”. A legislação brasileira também contemplou questões relacionadas aos pisos mínimos de alocação orçamentária em saúde, bem como submeteu a setorial às regras legais de regularidade fiscal. Contudo, é consenso que o sistema público brasileiro é subfinanciado, o que provoca longos tempos de espera para o acesso às ações e serviços de saúde.

A participação social, ainda que não componha eixo específico, foi a responsável pelo conteúdo do relatório final da VIII CNS, na medida em que possibilitou a identificação do problema e proposição das soluções referentes ao direito à saúde, a partir da demonstração do contexto social de luta pela redemocratização. A participação social foi legalmente institucionalizada no Brasil e consagrada em relação ao direito à saúde com a expressão da “participação da comunidade”, estabelecida na CF/88. Neste ponto, a lei identificou as formas pelas quais deve ocorrer tal participação (Conselhos, Conferências, Audiências, Consultas Públicas), contudo, a norma, por si só, não pode ocupar lugar de maior importância que seus próprios efeitos. Não importa se aumentaram os números de consultas públicas ou de conferências de saúde, e sim, como foram utilizadas e os seus resultados efetivados.

Cabe, nesse raciocínio, a lição de que a Constituição é o conjunto de objetivos da sociedade, transformados em lei, inclusive para organizá-los e alcançá-los (15). Tal

alcance começa com a elaboração da Constituição e segue, pela legislação, até a decisão judicial e, em caso de descumprimento, a execução da sanção (16). Contudo, toda a legislação existe – ao menos em tese – para garantir a efetividade do direito à saúde.

As normas que tratam da efetivação dos direitos sociais são prospectivas e progressivas – e o fato de não estarem sendo cumpridas totalmente não significa que não expressem direitos. Ao contrário, ao expressarem direitos, tornam-se expectativas e provocam a evolução das sociedades. Entretanto, somente processos avaliativos é que permitem aferir se a lei alcançou, e em que medida, a alteração social pretendida.

2.1 AVALIAÇÃO EM SAÚDE E A LEI COMO INTERVENÇÃO

Chama a atenção o conceito que Weiss deu à avaliação. Em sua compreensão, a avaliação é a apreciação sistemática do funcionamento, dos resultados e execução de um programa ou de uma política, em função de critérios explícitos ou implícitos, para o seu aperfeiçoamento (17-20). Para Hartz *et al*, “a avaliação visa à melhoria do bem-estar coletivo” (22).

Importa, essencialmente, que a avaliação é: (i) a emissão de uma valoração sobre determinada intervenção ou parte dela; (ii) por atores que detenham a expertise e que, preferencialmente, sejam de diferentes campos do saber; (iii) dotada de informação cientificamente válida e socialmente legitimada; (iii) possa-se traduzir em ações.

Na saúde, a combinação de fatores como o envelhecimento populacional, o crescimento e necessário controle de custos asseveram a complexidade que já lhe é própria, e a avaliação vem-se revelando instrumento útil para a informação dos gestores, para a tomada de decisão e justificativa para a alocação dos diferentes tipos de recursos. Tais necessidades e possibilidades têm oportunizado o incremento da avaliação no campo da saúde.

Considerando que a avaliação está umbilicalmente ligada à intervenção, interessa verificar se a lei se enquadra neste conceito e de que forma pode ser avaliada.

Hartz *et al* consideram que:

uma intervenção pode ser concebida como sistema organizado de ação que visa, em um determinado ambiente e durante um determinado período, a modificar o curso previsível de um fenômeno para corrigir uma situação problemática (8, p.16)

Por via de consequência, se uma intervenção é um sistema organizado de ação composto por cinco componentes: (i) estrutura; (ii) atores individuais e coletivos e suas práticas; (iii) processos de ação; (iv) finalidade(s); (v) ambiente, cabe analisar se a lei os possui. (23-25)

A estrutura diz respeito aos recursos físicos mobilizados, ao conjunto normativo (“regras do jogo”) e à dimensão simbólica. Neste caso, para a formulação da lei há

recursos físicos permanentemente mobilizados para este fim (Poder Legislativo), bem como há regramentos para a própria elaboração legislativa (legística). As leis são o resultado da atuação do Poder Legislativo e refletem o conjunto de valores e crenças sociais, originadas da democracia representativa.

Outro componente diz respeito aos atores envolvidos na intervenção. Recorre-se, novamente, à lição de Hartz *et al* (22), para quem os atores são caracterizados por sua visão de mundo, sua disposição para atuar e, principalmente, por interagirem “em um jogo permanente de cooperação e de concorrência para aumentar seu controle sobre os recursos críticos do sistema de ação (dinheiro, poder, influência, compromissos acerca de normas sociais)”. Não há que se duvidar que os atores da formulação legislativa estão motivados e vinculados às características elencadas, tanto que, no caso brasileiro, há emendas parlamentares com destinação obrigatória para a saúde pública. É inconteste o *advocacy* de grupos específicos, além das influências que são absorvidas ou exercidas e que podem revelar (des)compromisso com o desenvolvimento social. Portanto, as práticas destes atores constituem a lei/intervenção e são influenciadas por sua estrutura.

Os componentes “processos de ação” e “finalidades” terão sua aplicabilidade à lei analisada conjuntamente. Tomado o processo de ação como a mobilização e utilização, durante e pelos quais os recursos são revertidos pelos atores na produção dos bens ou serviços necessários ao alcance de finalidades, conseqüentemente, as finalidades devem corresponder aos objetivos da intervenção. Então, os atores do poder legislativo mobilizam e utilizam a estrutura para a elaboração de intervenção (lei) capaz de modificar fenômenos, atuando sobre causas ou determinantes, em período de tempo específico ou impreciso, para corrigir um problema.

Neste ponto, tem-se que a VIII CNS identificou o problema relacionado ao campo saúde, bem como propôs soluções (12). Os atores do legislativo mobilizaram a estrutura existente para a elaboração de leis (Constituição, Leis Complementares e Leis Ordinárias) com vistas à modificação do *status* do(s) fenômeno(s) relacionados à saúde.

Por fim, o ambiente da intervenção diz respeito aos contextos que estruturam o campo de sua implementação e os outros sistemas organizados com os quais interagem. Ou seja, a lei sobre saúde no Brasil atua com os subsistemas público e privado, com a relação entre eles, bem como com sua inter-relação com outros sistemas organizados, a exemplo da educação na formação de profissionais para o campo da saúde.

Em suma, a lei pode e deve ser considerada intervenção no campo da saúde, “suscetível de se tornar objeto do trabalho avaliativo”. (21)

3. A PROPOSTA DE APERFEIÇOAMENTO DE MARCO CONCEITUAL PARA A LEI COMO INTERVENÇÃO NA AVALIAÇÃO EM SAÚDE E SUA POSTERIOR MODELIZAÇÃO

O campo da avaliação tem sido ampliado, em especial para as políticas públicas que têm que responder aos problemas, com intervenções simples ou complexas. Assim, via de regra, a escolha da abordagem e do método para a avaliação de uma intervenção estará relacionada à complexidade desta.

No caso da lei e sua complexidade é preciso ceder ouvidos ao que ensina Sen (26). Para o autor, o desempenho econômico, a oportunidade social, a voz política e a argumentação racional pública estão relacionados, tanto que o conceito de justiça passou a envolver-se cada vez mais, desde os anos 1950, com os direitos de bem-estar e os direitos humanos. Entretanto, o destaque está para o que o autor chama de “críticas de institucionalização” – os direitos devem estar institucionalizados ou não são direitos – e “críticas de exequibilidade” – apesar dos melhores esforços, talvez não seja possível concretizar os direitos de bem-estar para todos. As “críticas de institucionalização” e “de exequibilidade” são combatidas pelo autor com a tese das obrigações imperfeitas – pelo fato de não serem direitos totalmente alcançados, não deixam de ser direitos.

A afirmativa de Sen (26) confere mais complexidade à lei e determina sua habilitação como intervenção na saúde, isto porque tanto a crítica de institucionalização quanto à de exequibilidade requerem avaliação que permita qualificar a obrigação como cumprida ou imperfeita.

Ultrapassada a dúvida sobre a lei como objeto de avaliação, cabe esclarecer que Hartz *et al* (22) ensinam que as intervenções podem ser alvo de dois tipos de avaliação: a avaliação normativa, que busca apreciar os componentes da própria intervenção em função de critérios e normas; e a pesquisa avaliativa, que analisa as relações de causalidade entre os diferentes componentes da intervenção.

3.1 A COMPLEXIDADE DA LEI NA AVALIAÇÃO

A lei deve ser considerada intervenção complexa, isto porque pode contemplar múltiplas finalidades, mobilizar atores diversos e interdependentes, impor atividades num lapso temporal impreciso, dentre outros vários elementos identificáveis apenas nos casos concretos. Contudo, a escolha da abordagem e dos métodos de avaliação deve ser precisa e compatível com os objetivos que se pretendem alcançar.

Neste sentido, a lei tida como intervenção pode ser alvo da apreciação normativa, nos casos em que o objetivo for afeto à comparação que permita medir o grau de conformidade da própria lei com suas normas e condições de elaboração (legística), no que diz respeito à estrutura, ao processo e aos resultados pretendidos.

Contudo, e parece mais interessante, também pode ser foco da pesquisa avaliativa, que percorrerá a análise normativa, estratégica, lógica, da produção, dos efeitos, da eficiência, da implantação e assim por diante.

O que não se pode prescindir, seja para um ou outro tipo da avaliação, é da importância da “modelização” da intervenção. Para Hartz *et al* (22), a constituição de modelo lógico possibilita determinar o sentido de determinada intervenção em face da conceitualização dos elos entre as estruturas, os processos e os resultados. A modelização torna evidente, explícito, o caminho dos atores e a revelação dos objetivos, tornando inteligível o encadeamento das ações de um sistema complexo.

O que também precisa ter-se claro é que a modelização requer fundamento teórico capaz de conferir-lhe sustentação didática e adequada ao objetivo.

4. A AVALIAÇÃO DA LEI ORIENTADA POR UMA TEORIA DE MUDANÇA

No caso em análise, em que se pretende a avaliação da lei como intervenção na saúde, o pressuposto base é de que o legislador determina o que é de direito e impõe responsabilidades para que ele seja acessível, ou seja, torne-se prestação positiva. Por conseguinte, a lei impõe uma transformação, seja para o indivíduo, seja para a sociedade.

Ao assumir que a lei é transformadora, tem-se como oportuna a adoção de uma teoria de mudança como fundamento para entendê-la na condição de uma intervenção. Uma teoria de mudança pode ser ferramenta útil para o desenvolvimento de soluções, especialmente, para sistemas complexos. Isto porque articula os pressupostos processuais sobre os quais ocorrerá a mudança, com seus resultados de curto, médio e longo prazo, possibilitando seus registros. (28)

Os registros são compostos pela descrição do contexto e raciocínio contidos no esforço de mudança; as suposições e crenças sobre como a mudança ocorrerá; as condições que devem ser estabelecidas antes que as estratégias e os impactos na vida das pessoas possam ser articulados; a responsabilidade dos indivíduos, da sociedade, dos líderes e dos financiadores; bem como vários outros elementos que decorrem da ação complexa e multifacetada. (27)

As Teorias de Mudança passaram a ser sistematizadas, mais fortemente, a partir dos anos 1970, e foram capazes de associar diferentes bases conceituais aos ambiciosos esforços de transformação social. Trata-se de uma abordagem que apresenta as relações entre as estratégias de atuação e os resultados pretendidos, em geral, representadas por um diagrama, com fundamento em pressupostos socialmente legitimados (17-20). Em suma, trata-se de um processo capaz de descrever como uma iniciativa de mudança complexa se desenvolve ao longo do tempo, a partir da ilustração de várias partes que operam em conjunto para obter o resultado desejado (28).

Essas teorias são capazes de indicar as mudanças ocorridas, individual ou coletivamente, na vida das pessoas, e tais mudanças são denominadas “efeito” ou “im-

pacto”. Na medida em que os efeitos e/ou impactos são capazes de alterar o funcionamento dos serviços, as normas sociais, a vontade política, passam a ser reconhecidos e denominados como “influência”. Ao incremento de investimento, seja público ou privado, dá-se o nome de “alavancagem”.(27)

Contudo, há que se reconhecer que o fator essencial para a mudança está nas competências dos agentes em determinado contexto, pois elas são os elementos que permitem que ocorram a alavancagem, a influência e o impacto. Ou seja, as competências dos agentes são ingredientes essenciais para que as mudanças ocorram e, muitas vezes, podem ser confundidas, porque são inseparáveis dos impactos, influências ou da própria alavancagem. (27)

O que se tem é que uma teoria de mudança está firmada em três pilares: (i) definir como as estratégias e ações alcançarão mudanças, estabelecer os elos entre estas e os resultados e propiciar aprendizado; (ii) comunicar a visão da mudança; (iii) identificar resultados, medidos ao longo do caminho, e todos estes alcances interessam à análise da lei como intervenção na saúde.

A abordagem da Teoria de Mudança diz que seu reconhecimento e/ou inserção pode ocorrer em momentos diferentes. Pode ocorrer desde o levantamento de pressupostos, do planejamento das ações ou, ainda, na fase de avaliação, estando a sua importância na precisa identificação do *input*; na conexão entre as intervenções e resultados; na responsabilização.

É preciso colocar na pauta dos debates sobre a avaliação, em especial ligados à aplicação das leis, que os modelos e ferramentas utilizados, sejam eles quais forem, não podem restringir a reflexão, não sendo adequada a aplicação de modelos lógicos inflexíveis (29). Nota-se que a evolução atual da Teoria de Mudança está atrelada, essencialmente, à prática social informada e à sua avaliação (29), que por sua vez, aplicam-se ao caso em estudo na medida em que são essenciais à produção legislativa.

Alguns fatores devem ser tomados em conta na avaliação da lei como intervenção na saúde: (i) a seleção de evidências / indicadores não pode criar uma ‘sensação de segurança’ desatrelada da realidade e que só repita pensamentos teleológicos; (ii) a relação desde os líderes até os usuários, não sendo crível uma formulação especializada e tecnicista (“de cima para baixo”) e de característica excludente; (iii) a transmissão de forma simples, contudo sem desqualificar ou despolitizar suas características.

Isto porque a inobservância de características que considerem as finalidades reais das teorias de mudança, alicerçadas na crítica honesta e reflexiva, pode levar a uma formulação que sirva de ‘teoria de mudança enganosa’. (29)

Num momento em que os sistemas de governança dão realce às questões afetas ao planejamento, *compliance* e *accountability*, parece bastante adequada a utilização de uma teoria que faça conexões entre pré-condições e intervenções e seus resultados futuros. Isso porque obriga que as partes interessadas na mudança sejam explícitas quanto aos processos e aos recursos, desenvolvendo imagem realista da complexidade, tanto do *status quo* quanto daquele que se pretende alcançar.

Pode-se dizer então, que uma teoria de mudança serve também como “ferramenta de gerenciamento de expectativa” (28), na medida em que demonstra a articulação entre a meta, o resultado, os recursos e o tempo.

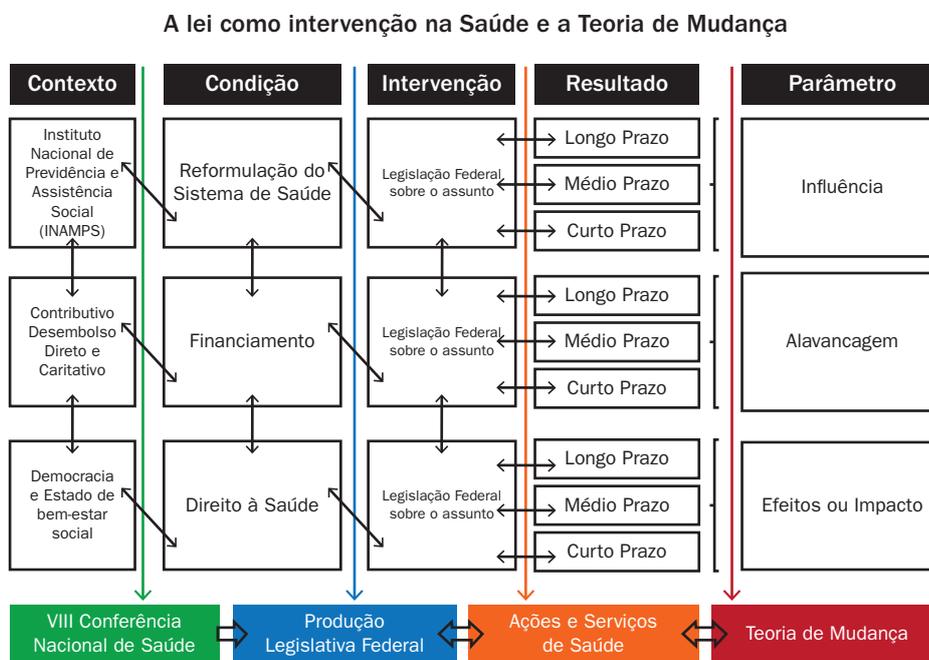
4.1 MODELO LÓGICO

Ainda que os modelos lógicos sejam mais ‘antigos’ que a Teoria de Mudança, a modelização ou mapeamento é parte importante deste tipo de abordagem. Uma imagem capaz de demonstrar a relação entre diferentes tipos de resultado tem função didática, comunicante e esclarecedora. Para que alcance tais objetivos, deve apresentar desde o contexto identificado até o alcance do objetivo de longo prazo, possibilitando uma sequência que sinalize o percurso dos resultados, sejam eles autônomos, relacionais ou simultâneos. (27)

Ao se esperar que o modelo seja capaz de denotar tais características, é óbvio que ele será útil e aplicado a cada caso, pois traduz um contexto próprio, um elenco de condições, resultados, evidências e indicadores restritos à prática social informada e/ou à avaliação. (27;29)

Apenas para fim didático e exemplificativo, o ensaio apresenta proposta de modelização para a avaliação da legislação federal (conjunto normativo) como intervenção na saúde, que toma como ponto de partida o relatório final da VIII CNS, conforme explicitado no texto, e sua compatibilidade com uma abordagem da teoria de mudança.

Figura 1 – Proposta de Modelização para a avaliação da Legislação Federal.



Fonte: Elaboração das autoras.

A proposta de modelo utiliza, como contexto, o cenário havido no Brasil até 1986, quando a legislação nacional sobre saúde, a partir do conteúdo do relatório final da VIII CNS, começa a ser alterada. Em razão disto, foram consideradas, como condição, as categorias existentes naquele documento: reformulação do sistema de saúde, financiamento e direito à saúde.

Uma vez que a legislação foi dada como intervenção na saúde, o conteúdo determinado pela CF/88, leis complementares e legislação ordinária, também deve ser agrupado de forma compatível a cada uma das condições, de forma a possibilitar a aferição de resultados obtidos ou a obter no curto, médio ou longo prazo. Esses resultados devem ser apresentados conforme sua influência, alavancagem e impacto que tiveram no direito à saúde, consideradas suas análises estratégica e operacional.

Por óbvio que a aplicação do modelo a qualquer caso concreto requererá incremento e adaptações, na medida em que o modelo se refere ao conjunto normativo e não a uma norma específica. Deverá ser iniciado pelo principal objetivo a que se pretende, as abordagens programáticas deverão ser selecionadas, com a respectiva inclusão de causas e justificativas, assim como, para cada abordagem, deverá haver a seleção de indicadores e a identificação de pré-condições e, especialmente, a responsabilização e a identificação do que é ou não considerado alcance de sucesso. (27-29)

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerado o panorama aqui apresentado, afirma-se que a concepção do direito à saúde e as formas para garanti-lo têm sido um debate constante. Reconhece-se a saúde como direito humano, pelo que deve compor a pauta ética universal, com vistas à sua garantia. Os países democráticos, entre os quais o Brasil, têm na lei o fundamento para a ação do Estado, seja na prestação positiva do Direito, seja na sua garantia, o que torna de crucial importância para a sociedade a avaliação do ordenamento a que está submetida.

Não poderia ser diferente no que diz respeito ao direito à saúde. Neste âmbito, e sem intenção de esgotar o assunto, menos ainda de reduzir a complexidade que lhe é própria, o conteúdo deste ensaio teve a intenção de demonstrar: (i) a possibilidade de que a lei seja tomada como intervenção na saúde; (ii) a viabilidade de elaboração de modelo aplicável ao caso concreto; (iii) a adequação da teoria de mudança para a avaliação da lei.

Espera-se que tal esforço seja capaz de estimular os debates sobre o assunto, bem como de fomentar o incremento da avaliação das políticas em saúde, para o aperfeiçoamento de marco conceitual e a estruturação de modelos lógicos.

REFERÊNCIAS

1. Laurell AC, Lopez O. Market commodities and poor relief: the World Bank proposal for health. *Int J Health Serv.* 1996; p. 1-18.
2. Laurell AC, Herrera J. La segunda reforma de salud. Aseguramiento y compra-venta de servicios. *Salud Colectiva.* 2010. [internet]; [acesso em 10 jan 2018]; Disponível em <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73115020002>.
3. Foucault M. *Naissance de la clinique: une archeologie du regard médical.* Paris: PUF; 1966.
4. Foucault M. *Surveiller et punir.* Paris: Gallimard; 1979.
5. Rosen G. Da polícia médica à medicina social. Rio de Janeiro: Graal; 1980. p. 77-141.
6. Silva GR. Origens da medicina preventiva como disciplina do ensino médico. *Rev. Hosp. Clin. Fac. Med. S. Paulo.* 1973;28(2):31-5.
7. Dallari SG. Direito Sanitário - ao citar Forges JML. [internet]; [acesso em 12 fev 2018]; Disponível em <http://egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/anexos/26843-26845-1-PB.pdf>.
8. Figueiredo TA, Hartz ZM. Avaliação de desempenho da regulação em saúde. *Anais do Instituto de Medicina e Higiene Tropical da Universidade Nova de Lisboa. Regulação na saúde.* 2017;16:S.19.
9. World Health Organization. 1946. Constitution of the World Health Organization. Basic Documents. WHO. Geneva.
10. Wolkmer AC, Fagundes LM. Tendências contemporâneas do constitucionalismo latino-americano: estado plurinacional e pluralismo jurídico. [internet]; [acesso em 11 jan 2018]; Disponível em <http://periodicos.unifor.br/rpen/article/view/2158/1759>.
11. Linera A. *Estado multinacional.* La Paz: Malatesta; 2005.
12. Ministério da Saúde. Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília; 1986.[internet]; [acesso em 12 fev 2018]. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf.
13. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. [internet]; [acesso em 13 fev 2018]. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm.
14. Santos AO, Delduque MC, Alves SA. Os três poderes do estado e o financiamento do SUS: o ano de 2015. *Cad. Saúde Pública;* 32(1): e00194815. [internet]; [acesso em 13 fev 2018]. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000100301&lng=pt.

15. Dallari SG. Os estados brasileiros e o direito à saúde. São Paulo: Hucitec; 1995.
16. Kelsen H. Teoria pura do direito. São Paulo: Martins fontes; 2009.
17. Weiss CH. Evaluating Action Programs: readings in social action in education. Boston: Allyn Bacon Inc.; 1972a.
18. Weiss CH. Utilization of evaluation toward comparative study. In Weiss CH. Evaluating Action Programs: readings in social action in education. Boston: Allyn Bacon Inc.; 1972b.
19. Weiss CH. Evaluation research: methods for assessing program effectiveness. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1972c.
20. Weiss CH. Evaluation: methods for studying programs and policies. 2 ed. Upper Saddle River. NJ: Prentice Hall; 1998a.
21. Guba EG, Lincoln YS. Fourth generation evaluation. Newbrury Park: Sage Publications; 1989.
22. Champagne F, Contandriopoulos AP, Brouselle A, Hartz Z, Denis JL. A avaliação no campo da saúde. In Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.
23. Rocher G. Talcott Parsons et la sociologie américaine. Paris: Presses Universitaires de France; 1972.
24. Parsons T. Social systems and the evolution of action theory. New York: The Free Press; 1977.
25. Bordieu P, Wacquant L. Réponses: pour une anthropologie reflexive. Paris: Seuil; 1992.
26. Sen AK. The idea of justice. Cambridge: Belknap Harvard; 2009.
27. Annie E. Casey Foundation. Theory of change: A practical tool for action, results and learning. Organizational Research Services. Project report. UNSPECIFIED; 2004.
28. Anderson AE. The community builder's approach to theory of change: a practical guide to theory development. Aspen Institute.
29. Valters G. Theories of change in international development: communication, learning or accountability? JRSP Paper; 2014.