

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA POLÍTICA**

**A implementação das Linhas de Cuidado na saúde pública brasileira:
O caso da Unidade de Saúde Escola da UFSCar.**

Elisângela Rodrigues Carrijo

Orientador Brasil: Thales Haddad Novaes de Andrade

Orientadores Quèbec: Charmain Levy e Francine Demontigny

2012

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA POLÍTICA**

**A implementação das Linhas de Cuidado na saúde pública brasileira: O caso da
Unidade de Saúde Escola da UFSCar.**

Elisângela Rodrigues Carrijo

**Dissertação submetida ao Departamento
de Ciência Política da Universidade
Federal de São Carlos como parte dos
requisitos para a obtenção do título de
Mestre em Ciência Política.**

Orientador Brasil: Thales Haddad Novaes de Andrade

Orientadores Quèbec: Charmain Levy e Francine Demontigny

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

C316iL

Carrijo, Elisângela Rodrigues.

Implementação das linhas de cuidado na saúde pública brasileira : O caso da Unidade de Saúde Escola da UFSCar / Elisângela Rodrigues Carrijo. -- São Carlos : UFSCar, 2013.
88 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2013.

1. Saúde pública. 2. Linhas de cuidado. 3. Integralidade.
4. Abordagem interdisciplinar do conhecimento. I. Título.

CDD: 362.1 (20ª)



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA POLÍTICA
BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE
Elisângela Rodrigues Carrijo

22/04/2013

Prof. Dr. Thales Haddad Novaes de Andrade
Orientador e Presidente
Universidade Federal de São Carlos/UFSCar

Profa. Dra. Ana Claudia Niedhardt Capella
Universidade Federal de São Carlos/UFSCar

Profa. Dra. Charmain Levy
Université Du Québec en Outaouais/UQO-Canadá

Profa. Dra. Francine Demontigny
Université Du Québec en Outaouais/UQO-Canadá

Submetida à defesa em sessão pública
Realizada às 10:00h no dia 08/02/2013.

Banca Examinadora:
Prof. Dr. Thales Haddad Novaes de Andrade
Profa. Dra. Ana Claudia Niedhardt Capella
Profa. Dra. Charmain Levy
Profa. Dra. Francine Demontigny

Homologado na CPG-PPGPOL na
28ª Reunião no dia 04/04/2013

Profa. Dra. Vera Alves Cepêda
Vice-coordenadora do PPGPOL

Agradecimentos,

Gostaria de destacar o papel desempenhado pelo meu orientador, o Sr. Prof. Dr. Thales Haddad de Novaes Andrade e coorientadora-orientadora Prof. PhD. Charmain Levy que, conjuntamente, asseguraram, no Brasil e no Canadá, todos os recursos para o bom desenvolvimento desse estudo. Agradeço também a secretaria do Programa de Ciências Política, a Pró-Reitoria de Assuntos Comunitários e Estudantis e o Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de São Carlos, que não mediram esforços para o atendimento das necessidades relacionadas a documentos e torceram pelo sucesso da pesquisa. Meus agradecimentos mais amigáveis vão também à Cátedra Francine Demontigny e ao Centro de Estudo e Pesquisa em Intervenções Familiares (CERIF), por terem me aberto as portas da rede de saúde quebecoise, e ao importante subsídio do Programa Futuros Líderes das Américas (ELAP) para a execução da pesquisa. Minha gratidão, ainda, devo manifestá-la ao meu noivo, Rodrigo C Cassole, que me apoiou em todo o trajeto até o alcance destes resultados.

LISTA DE SIGLAS:

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar;
ACSP - Associação Canadense de Saúde Pública;
CF - Constituição Federal;
CID - Classificação Internacional de doenças;
CLSC - Centros Locais de Serviços Comunitários do Canadá;
COLUFRAS - Conferencia luso-francophone de saúde;
COPAG - Comissão do plano de Governo;
CSSS - Centro de Saúde e Serviço Social do Canadá;
LCs - Linhas de Cuidados;
QualiSUS - Projeto de Investimento para a Qualificação do Sistema Único de Saúde;
QualiSUS/Rede - Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade da Rede de Saúde;
REDET - Rede Internacional de determinantes sociais, de saúde e da gestão de serviços de saúde;
SUS - Sistema Único de Saúde;
TISS - Troca de Informações de Saúde Suplementar;
UFSCar - Universidade Federal de São Carlos;
USE - Unidade de Saúde Escola;
USE-UFSCar - Unidade Saúde Escola da Universidade Federal de São Carlos;
DATASUS - Banco de dados do Sistema Único de Saúde;
DS - Distritos Sanitários;
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística;
IDH - Índice de Desenvolvimento Humano;
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social;
IPADS - Instituto de Pesquisa e Apoio ao Desenvolvimento Social;
MS - Ministério da Saúde;
MSSS - Ministério da Saúde e Serviço Social;
NOB - Norma Operacional Básica;
OMS – Organização Mundial da Saúde;
ONU - Organização das Nações Unidas;
OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde;
PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento;
PSF - Programa Saúde da Família;
SILOS - Sistemas Locais de Saúde;

UNICEF- Fundo das Nações Unidas para a Infância;

UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura;

VE - Vigilância Epidemiológica.

RESUMO:

Do preâmbulo da Organização Mundial da Saúde (OMS), cujo imperativo é “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”, ao lado do consenso mundial, segundo o qual, saúde tem dimensões intersetoriais necessárias ao cuidado da saúde, reunimos (aqui) os principais desafios comuns a todos os contextos que optam por uma Política de Saúde Pública Universal. Da complexidade do modelo intersetorial à meta ampliada, no que tange à Saúde, nos termos expostos pela OMS, esta pesquisa resgata e atualiza a construção do conceito de integralidade da saúde no Brasil. O desenvolvimento da pesquisa parte da reforma constituinte de 1988; da oportunidade da criação constitucional do Sistema Único de Saúde (SUS); da afirmação do Brasil pelos mesmos valores almejados pela OMS, e, para tanto, passa pela discussão sócio-sanitária na compreensão do sentido expandido da integralidade até a recente organicidade interdisciplinar denominada no Projeto de Qualificação do SUS (QualiSUS-2007) por Linhas de Cuidados (LCs). A saber que a inovação das LCs se propõe a atender o princípio da integralidade, busca-se identificar, em face da sua implementação, a atualização do conceito de Integralidade pelo SUS. A opção pelo método de estudo de caso, da implementação das Linhas de Cuidados junto a Unidade de Saúde Escola (USE) da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), justifica-se pela facilidade que tal método proporciona à compreensão dos elementos que compõem o processo de implementação das LCs e facilidade com que a discussão desses mesmos elementos ocorre sob a luz de teorias das políticas públicas somadas aos recentes entendimentos encontrados para o mesmo eixo no Québec-Canadá. Desse modo, a pesquisa afunila-se no paralelismo entre dinâmicas interdisciplinares na relação com o usuário do sistema de saúde encontrado no estudo de caso brasileiro, (com) o Macro-Projeto de Qualificação do SUS e (com) as elaborações do Québec-CA, a fim de aferir as atualizações do princípio da Integralidade desde as recomendações da Carta de Ottawa, de 1986, até as garantias inscritas na Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, e as inovações brasileiras denominadas por Linhas de Cuidados, em 2007, segundo práticas da assistência à saúde.

Palavras-chaves: Saúde Pública, Implementação, Integralidade e Interdisciplinaridade.

ABSTRACT

Accordingly to the preamble of World Health Organization (WHO), whose constitution focuses on “the enjoyment of the highest attainable standard of health [which] is one of the fundamental rights of every human being without distinction of race, religion, political belief, economic or social condition”, and since health has got intersectoral dimensions that are required for healthcare, we’ve gathered on this paper the main challenges related to the adoption of a public health policy. From the complexity of intersectoral models to the broadening of goals, this paper rescues the building-up of the concept of health’s integrality in our country. To begin with, in order to develop the survey, we will be based on Brazil’s constitution of 1988; on the conception of SUS, which stands for our health services system and, at last, on the affirmation of our health system accordingly to WHO proposals. It will be also necessary to go through the social-sanitary speech in seek of the broadening of the meaning of integrality and also of multidisciplinary organicity, the latter being of recent origin. Both concepts were born in mind at the time SUS qualifying project was being made, in 2007, accordingly to Main Line Health foundations. Since the establishment of Main Line Health aims to fulfil the requirements of integrality, we attempt to identify how our public health services system has updated its concept. So as to study the implementation Main Line Health at USE-UFSCar, we have chosen to use a qualitative method because it makes easier to understand the foundations of Main Line Health implementation. Afterwards, the method applied will also help us discuss, based on different theories concerning to public policies and on recent conclusions about the same situation in Québec, Canada. To sum up, this survey focuses on the parallelism between both multidisciplinary dynamics and also on the evaluation of Brazilian health services users and québécoise efforts for public health so as to check in which ways principle of integrality has been updated since the time the Ottawa Charter for Health Promotion was published, in 1986, and Brazilian Constitution was ratified, in 1988, up to more recent days – for instance, when Main Line Health was adopted by SUS, in 2007.

Key-words: Public Health, Implementation, Integrality and Interdisciplinarity.

Sumário

Capítulo 1. Introdução.....	08
Capítulo 2. Brasil, Constituição Federal de 1988 (CF de 88): Consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS)	21
2.1 Conjuntura política da criação do SUS.....	21
2.2 Atores sanitários na negociação pro SUS.....	27
2.3 Agenda SUS.....	33
Capítulo 3. SUS: Impactos e agenda internacional.....	38
3.1 Dimensões dos resultados SUS.....	38
3.2 Agenda internacional da Medicina Social.....	43
Capítulo 4. Projeto QualiSUS: das Linhas de Cuidados.....	54
4.1 A modelagem Linha de Cuidados (LC).....	54
4.2 Estudo de caso: A Unidade Saúde Escola da Universidade Federal de São Carlos (USE - UFSCar)	59
4.3A Percepção da equipe quanto à produção de cuidados.....	68
Capítulo 5. Considerações finais.....	76

Capítulo I – Introdução

O direito à saúde no Brasil está tutelado na Constituição Federal de 1988 em seus artigos 6º e 196, que afirmam que esse direito deve ser efetivado por meio da integralidade da assistência, diretriz que assenta o artigo 198, inciso II, da mesma constituição e o artigo 7º, inciso II, da Lei nº 8.080, de 1990.

O conceito de integralidade assim como os conceitos da universalidade e da equidade compõe os princípios doutrinários do SUS, logo, pilares que sustentam a criação do Sistema Único de Saúde do Brasil. Lima, Machado e Noronha (*apud* NORONHA, 2011, p. 435) tecem as seguintes considerações sobre o desenvolvimento do princípio da integralidade para a saúde pública brasileira:

O Sistema Único de Saúde (SUS) conforma o modelo público de ações e serviços de saúde no Brasil, orientado por um conjunto de princípios e diretrizes válidos para todo o território nacional, parte de uma concepção ampla do direito à saúde e do papel do Estado na garantia desse direito, incorporando, em sua estrutura institucional e decisória, espaços e instrumentos para democratização e compartilhamento da gestão do sistema de saúde.

A presente pesquisa toma por objeto o princípio constitucional da integralidade da atenção assegurada pelo SUS e analisa a sua atualização no que se refere às concepções de governança, intersetorialidade e participação do cidadão. Desse modo, a pesquisa apresenta uma reflexão sobre ações efetivas para a garantia da integralidade da atenção à saúde para, então, responder à questão: Como o princípio doutrinário SUS da integralidade tem-se atualizado nas implementações tecnológicas feitas em organizações interdisciplinares de saúde pública?

Práticas e processos de saúde propostos pelo modelo brasileiro de atenção às Linhas de Cuidado (LCs) foram analisados via estudo de caso, em uma experiência de implementação de LCs por um serviço universitário, em associação com discussões nacionais e internacionais sobre organizações interdisciplinares de saúde. O contato direto com a realidade internacional foi possibilitado por um estágio de pós-graduação em Québec, Canadá. Com base nas análises realizadas, afere-se que o princípio da integralidade, enquanto diretriz das LCs, foi ampliado pelo reconhecimento dessa tecnologia (LCs) quanto a participação interdisciplinar como chave da produção do cuidado.

O conjunto de recursos referentes à pesquisa possibilitou a compreensão do processo de implementação das LCs na experiência da Unidade Saúde Escola da Universidade Federal de São Carlos (USE-UFSCar), com considerável profundidade

científica, pois as discussões da observação contemplam tanto o debate local da USE-UFSCar quanto o debate internacional desse campo de domínio, bem como a teoria de implementação de políticas públicas, as estratégias de difusão e as concepções internacionais de medicina social.

A opção pelo estágio de pós-graduação no Canadá fundamenta-se no comum segmento das prescrições da medicina social pelas regiões do centro-oeste paulista, localização da instituição USE-UFSCar, e de Outaouais, em Québec. O estágio possibilitou melhor discussão do estudo de caso pela releitura do matriciamento da medicina social no Brasil e no Canadá. Observadas práticas de saúde pública *québécoises*, associa-se o debate de Québec às compreensões dos interventores brasileiros abordados no estudo de caso da implementação das LCs.

Além disso, o estágio possibilitou, entre outras vantagens, a visualização da compatibilidade de ideias que circulam no plano da saúde pública nas regiões do centro-oeste paulista e de Outaouais, o que demonstra, inclusive, a atualização da corrente de medicina social em contexto internacional. No plano local do estudo de caso, o panorama internacional é acionado para a qualidade das análises do caso que pretende, através da observação da implementação de uma tecnologia criada para facilitar a configuração de uma assistência integral, garantir a leitura da atualização do princípio da integralidade. No desenvolvimento do seu objetivo, o estudo de caso possibilita demonstrar coalizões e tensões que atravessam o processo de implementação de um modelo de trabalho alinhado às estratégias de governança nacionais do Macroprojeto de Qualificação do SUS (QualiSUS-2007), o modelo operativo das LCs.

A importância do princípio da integralidade no SUS é evidente por se tratar de uma diretriz consagrada na Constituição de 1988, art. 198, e na Lei nº 8.080 (de 1990), art. 7º:

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. (BRASIL, 1990).

No que toca ao conceito de integralidade, toma-se por base o exposto em Fiocruz (2011):

A integralidade é um dos princípios doutrinários da política do Estado brasileiro para a saúde – o Sistema Único de Saúde (SUS) –, que se destina a conjugar as ações direcionadas à materialização da saúde como direito e como serviço. Suas origens remontam à própria história do Movimento de Reforma Sanitária brasileira, que durante as décadas de 70 e 80 abarcou diferentes movimentos de luta pelas melhores condições de vida, de trabalho na saúde e na formulação de políticas específicas de atenção aos usuários. Com base na literatura existente inicialmente sistematiz[aram]-se três conjuntos de sentidos sobre a integralidade que t[ê]m por base a gênese desses movimentos, quais sejam: a integralidade como traço da boa prática profissional, a integralidade como modo de organizar as práticas e a integralidade como respostas governamentais a problemas específicos de saúde.

A integralidade como eixo prioritário de políticas de saúde pode ser analisada em três dimensões: da organização dos serviços de saúde, do conhecimento e práticas dos trabalhadores nos serviços de saúde e da formulação de políticas governamentais com participação dos atores sociais envolvidos na produção do cuidado.

A integralidade como definição legal e institucional é concebida como um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos, em cada caso, nos níveis de complexidade do sistema. Ao ser constituída como ato em saúde nas vivências cotidianas dos sujeitos nos serviços de saúde tem germinado experiências que produzem transformações na vida das pessoas, cujas práticas eficazes de cuidado em saúde superam os modelos idealizados para sua realização.

Para compreender a atualização do tratamento dado ao princípio da integralidade no Brasil, justifica-se o método de estudo de caso pois esse possibilita através da observação de uma experiência institucional identificar as dimensões da organização dos serviços, do conhecimento e das práticas dos trabalhadores quanto à produção do cuidado integral. A metodologia é indicada para aferir a implementação de inovações, como o são as LCs, que, reconhecidas na licitação 0736-2007, são atividades integrantes do projeto nacional de aperfeiçoamento da qualidade do SUS (QualiSUS) com vista ao melhor atendimento do princípio da integralidade.

Antes das considerações acerca da integralidade pelo QualiSUS, adicionais ao estudo de caso, retoma-se a arena política brasileira de decisão de 1988 elencando-se atores de influência desse período histórico, a fim de alinhar o debate político do período às discussões recentes. No domínio da saúde pública brasileira, a partir da clareza sobre as ideias direcionais em 1988, a entender as ideias defendidos pelo movimento de reforma sanitária, em termos de uma saúde pública e democratizada enquanto um direito universal e as ideias atualmente em voga, pretende-se entender as

recentes perspectivas de integralidade na implementação de inovações interdisciplinares.

No final dos anos 1980, em virtude de uma transição de regime político altamente mobilizada pelos mecanismos da reforma constituinte, deu-se voz aos movimentos sociais, como o Movimento de Reforma Sanitária. A disputa política contemplava o bloco da defesa do *status quo*, representado pelos empresários com negócios no setor da saúde, e o bloco da oposição reformista, no qual se incluíam os sanitaristas e os defensores da saúde como direito de cidadania, como defendido na Carta de Ottawa, Canadá¹ (Anexo 1).

Essa disputa possibilitou uma abertura para que o debate externo do setor da saúde entrasse em contato com o debate interno. A força ideológica do debate externo foi relevante para a argumentação dos afiliados ao bloco sanitarista, sobretudo quanto à pressão das propostas de reorganização da política de saúde pública que deram origem ao SUS. Logo, entra em cena no Brasil o ideário da medicina social², que trouxe ao espaço das formulações o contato com os debates de grande relevância na cena internacional no campo da saúde pública.

Em meio à reformulação das políticas decorrentes da constituinte brasileira nos anos 1980, sobressai um relevante debate ideológico em torno da estruturação de um sistema de saúde democrático. O debate da medicina social é introduzido no Brasil numa leitura que diz respeito à responsabilidade do governo pela saúde integral do seu povo. É consenso na literatura da medicina social a relação direta dos indicadores de saúde³, definições da Organização Pan-Americana da Saúde, com o necessário estabelecimento de medidas sanitárias e sociais adequadas. Desse alinhamento de ideias

¹ A Carta de Intenções da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986, também conhecida como Carta de Ottawa, é, antes de tudo, uma resposta às crescentes expectativas por uma nova saúde pública, demanda do movimento de reforma sanitária que ocorre em todo o mundo. As discussões foram baseadas nos progressos alcançados com a Declaração de Alma-Ata para os Cuidados Primários em Saúde, com o documentoda OMS sobre “Saúde para Todos”, assim como com o debate ocorrido na Assembleia Mundial da Saúde sobre as ações intersetoriais necessárias para o setor.

² Ramo da [medicina](#) voltado para o [papel](#) de fatores socioambientais na ocorrência, prevenção e tratamento de doenças. Fonte: <http://decs.bvs.br/>

³ Indicadores são medidas-síntese que contêm informações relevantes sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. Vistos em conjunto, devem refletir a situação sanitária de uma população e servir para a vigilância das condições de saúde. (Adaptado de OPAS).

e das recomendações da Organização Mundial da Saúde resulta o compartilhamento de experiências que adensam a política de saúde pública.

No processo de definição de políticas públicas, sociedades e Estados complexos como os constituídos no mundo moderno estão mais próximos da perspectiva teórica daqueles que defendem que existe uma “autonomia relativa do Estado”, o que faz com que o mesmo tenha um espaço próprio de atuação, embora permeável a influências externas e internas. (EVANS; RUESCHMEYER; SKOCPOL, 1985, p. 138).

Na outra ponta do debate ideológico sobre a medicina social, alcançou a constituinte do Brasil em 1988 uma tímida discussão sobre o financiamento do sistema de saúde.

O debate em torno de reformulações carregou consigo interlocutores preocupados com a adoção de orçamentos equilibrados entre receita e despesa e restrições à intervenção do Estado na economia e nas políticas sociais. Esta agenda passou a dominar corações e mentes a partir dos anos 80, em especial em países com longas e recorrentes trajetórias inflacionárias como os da América Latina. (SOUZA, 2003, p. 11).

Decorre de tais perspectivas uma revisão na produção de políticas públicas, incluindo-se entre as políticas setoriais revisadas a política de saúde. Questões como “por que a política de saúde foi percebida pelos formuladores?”, “por que a política de saúde foi reformada?” e “por que comunidades de pressão (acadêmicos, mídia e sanitaristas) foram importantes no encaminhamento de propostas?” são passíveis de resposta pela teoria de Kingdon (1984), que considera as comunidades essenciais porque geram ideias do que fazer (soluções). As ideias circulam à espera de oportunidade de entrar em cena nos modos da seleção natural, competindo entre si, sendo testadas nessas comunidades (*softer up*) e colocadas para circular até superarem os limites das próprias comunidades. Leistner (2011, p. 101) sistematizou pontos-chave da teoria de Kingdon:

O cerne da teoria de Kingdon consiste na observação dos estágios pré-decisórios, desenvolvendo-se a partir da identificação de três fluxos decisórios independentes: os fluxos dos problemas, das alternativas e da política. Kingdon observa que estes fluxos designam as principais variáveis que compõem a agenda decisional. O fluxo dos problemas diz respeito ao processo pelo qual certas questões passam a ser percebidas como fator que demande contrapartidas. Entretanto, a transformação de uma questão pura em problema dependerá de uma lógica de confluência estabelecida com os outros fluxos, na perspectiva de que as alternativas disponíveis e o contexto político determinam as possibilidades de transformação política e de reformulação da agenda. Para Kingdon, isto ocorre em função de que as questões presentes na agenda política não são percebidas como problemas em conjunto com suas possíveis alternativas de resolução. Ao contrário, os problemas a serem solucionados são definidos a partir das soluções disponíveis de maneira prévia. Por outro aspecto, o fluxo político se revela na dimensão das articulações e da formação de consensos em torno destas alternativas. Na condição de convergência dos fluxos, efetua-se a real possibilidade de

mudança na agenda e da emergência de diferentes temáticas em sua composição.

Tomando-se a teoria de Kingdon sobre *agenda setting* (agendamento) para explicar a produção política do Brasil no final dos anos 1980, têm-se como elementos de fundo no fluxo das soluções políticas uma elevada insatisfação popular e um cenário externo marcado por uma vigorosa produção de soluções via políticas públicas. Tais elementos reúnem diferentes interlocutores internos e externos ao Estado que circulam nas arenas das políticas públicas (*policies*), da política (*politics*), da sociedade política (*polity*) e das instituições propriamente ditas. Os interlocutores, ou atores políticos de influência, através de coalizões hábeis podem alcançar à agenda de governo onde introduzem propostas em termos de soluções políticas, via sugestão de uma política pública, a um setor que alcançou interesse de atuação do governo. (CAPELA, 2008).

No caso da reformulação brasileira de 1988, teve grande relevo a rede social constituída por coalizões facilitadas pelo Movimento de Reforma Sanitária. Essa rede social impulsionou a introdução, na agenda de governo, de um projeto democratizado nos termos concebidos pela Organização Mundial da Saúde.

Segundo Carvalho (2002, p. 670-671), a arena decisional dos anos 1980 possibilitou para o Brasil uma atualização do Movimento de Promoção à Saúde com vista a superar os limites teóricos e práticos do projeto behaviorista⁴. Documento pioneiro dessa abordagem foi o relatório de trabalho da OMS/Europa de 1984, em que se preconiza, entre outros, que *a promoção à saúde deve ter um papel na transformação das condições de vida dos mais desfavorecidos e que deve favorecer a participação dos indivíduos e de grupos populacionais em processos decisórios que digam respeito a ações de saúde* (WHO, 1984).

No mesmo ano de 1984, Trevor Hancock organizou uma conferência intitulada “Beyond Health Care”, cujo objetivo era discutir os avanços e os retrocessos na saúde pública dez anos após a publicação do Relatório Lalonde (CATON; LARSH, 2000, p. 2). Ainda nos anos 1980, a concepção de saúde assinada pela Organização Mundial de Saúde agregava um conceito intersetorial e, assim, transpunha a velha lógica de estado saúde-doença para uma nova lógica de relação direta entre saúde e qualidade de vida.

A Primeira Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, realizada em Ottawa em 21 de novembro de 1986, emitiu o documento que sintetiza a produção

⁴Behaviorista – teoria do condicionamento humano, elaborada pelo fisiologista russo I. Pavlov no início do século XX e desenvolvida mais tarde por J.B. Watson e B.F. Skinner, psicólogos norte-americanos que criaram o paradigma comportamentalista.

internacional da saúde pública nessa década, a Carta de Ottawa. Pela importância política, perceptível no seu papel de divulgação do seu ideário, cabe destacar que após essa carta ocorreram cinco Conferências Internacionais de Promoção da Saúde, patrocinadas pela OMS no período de 1986 a 2000.

Do debate internacional a respeito do reconhecimento do direito à saúde tem-se o acordo de colaboração entre Brasil e Canadá, mais tarde estendido a todos os países lusófonos e francófonos. O compartilhamento de ideias deu-se via a Conferência Luso-francófona de Saúde (COLUFRAS), sendo eixo desse diálogo a promoção do acesso equitativo a serviços de saúde de qualidade na perspectiva da cidadania. O primeiro simpósio internacional COLUFRAS – "Saúde e Cidadania" – aconteceu em junho de 2005 na cidade de Montréal, Canadá.

Da reforma constituinte de 1988, ou, mais precisamente, do acesso do Movimento de Reforma Sanitária à Constituinte, resultaram soluções externas que foram introduzidas e ajustadas aos problemas internos do Brasil no setor de saúde (*policy images*), o que possibilitou a vitória dos encaminhamentos dos parlamentares reformadores no projeto do SUS na agenda do governo.

O SUS pode ser considerado uma das maiores conquistas sociais consagradas na Constituição Federal de 1988 (CF 88). Seus princípios apontam para a democratização nas ações e serviços de saúde que deixam de ser restritos e passam a ser universais, da mesma forma, deixam de ser centralizados e passam a nortear-se pela descentralização.

Na verdade, o SUS representa a materialização de uma nova concepção acerca da Saúde em nosso país. Antes a saúde era entendida como o estado de não doença, o que fazia com que toda lógica girasse em torno da cura de agravos à saúde. Essa lógica, que significava apenas remediar os efeitos com menor ênfase nas causas deu lugar a uma nova opção centrada na prevenção de agravos e na promoção da saúde. Para tanto, a saúde passa a ser relacionada com a qualidade de vida da população a qual é composta pelo conjunto de bens que englobam a alimentação, o trabalho, o nível de renda, o meio ambiente, o lazer etc. (BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, 2000).

Entre as ideias embrionárias ao projeto do SUS, foi largamente debatida a meta constitucional para a integralidade, que, dadas suas características abrangentes e da sua principal característica à da conciliação de medidas, contribuiu de modo estratégico à estabilidade do projeto e que associado ao apoio de organismos internacionais – por exemplo, Organização Mundial da Saúde, Carta de Ottawa e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) – explica a consolidação do SUS.

No caso das políticas públicas de saúde no Brasil, a estabilidade, conseguida após ampla reforma, pode ser explicada através da Teoria do Modelo do Equilíbrio

Interrompido, de Baumgarther e Jones (1993), autores que buscaram na biologia e na computação a explicação de seus argumentos:

Da biologia veio a noção de equilíbrio interrompido, isto é, a política pública se caracteriza por longos períodos de estabilidade interrompidos por períodos de instabilidade, que geram mudanças nas políticas anteriores. Da computação e dos trabalhos de Simon, vem a noção de que seres humanos têm capacidades limitadas de processar paralelamente e não, de forma serial, ou seja, uma de cada vez. Os subsistemas de uma política pública permitem ao sistema político-decisório processar as questões de forma paralela, ou seja, fazendo pequenas mudanças a partir da experiência de implementação e avaliação, e somente em períodos de instabilidade ocorrem mudanças seriais mais profundas. Este modelo, segundo os autores, permite entender por que um sistema político pode tanto agir de forma incremental, isto é, mantendo o status quo, como fases de mudanças mais radicais nas políticas públicas. Fundamental ao modelo é a construção de uma imagem sobre determinada decisão ou política pública, e a mídia teria papel preponderante nessa construção. (SOUZA, 2006, p. 33).

Segundo Souza (2003, p. 38), as Assembleias Nacionais Constituintes, quase por definição, espelham momentos de tensão e de conflitos, uma vez que são instaladas para instituir um novo ordenamento do poder, ao mesmo tempo que, simbólica e efetivamente, devem alterar ou eliminar a moldura política antecedente. Através da Teoria do Equilíbrio Interrompido pode-se compreender porque as tensões da disputa política na Constituinte de 1988 aprofundaram a extensão da reforma da política de saúde do Brasil e, na sequência, consolidaram uma estabilidade que perdura há cerca de vinte e cinco (25) anos.

Quanto à evolução do projeto do SUS, o incrementalismo responde pela construção de elos para a efetividade do SUS, vista nas inovações tecnológicas e na alocação desses recursos. O incrementalismo passa pelas estratégias adotadas para que uma política seja efetivada, dando condições aos agentes (burocracia), inclusive quanto à alocação de recursos.

Rua (2002, p. 7) assim descreve o modelo incremental:

Em termos simplificados, o modelo incremental – que tem em Lindlon um dos seus defensores – significa buscar solucionar problemas de maneira gradual, sem introduzir grandes modificações nas situações já existentes, e sem provocar rupturas de qualquer natureza. Ou seja, em vez de especificar objetivos, os tomadores de decisões podem atender a esses objetivos, os tomadores de decisões escolhem as alternativas mediante a comparação de alternativas específicas e da estimativa de quais dessas alternativas poderão melhor produzir resultados esperados. Assim, a melhor decisão não é aquela que maximiza os valores e objetivos dos tomadores de decisão, mas aquela que assegura o melhor acordo entre os interesses envolvidos.

Entre propostas incrementais desenhadas para o adequado atendimento do princípio da integralidade, arquitetado após a Constituição de 1988, com foco no cuidado da saúde, tem-se a aprovada instrumentalidade das LCs, cuja implementação

foi analisada com créditos à trajetória das últimas duas décadas da política de saúde do Brasil pois assim agrega explicações da composição socio-histórica das LCs. Reconhece-se por Linha de Cuidado a imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais interdisciplinares e intersetoriais seguros ao usuário, no sentido de melhor atender às suas necessidades de saúde. Na análise da implementação das LCs, esta pesquisa busca compreender, além do percurso histórico, o tratamento institucional dado ao quesito integralidade pelas novas práticas de produção de cuidados.

Quando se discorre sobre LCs, pensa-se em uma assistência integral à saúde que começa pela reorganização dos processos de trabalho na rede básica e vai somando-se a todas as outras ações assistenciais, seguindo a sistematização

[...] uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, vão compondo o que entendemos como cuidado em saúde. A maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta, em boa medida, da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores [...]. (CECÍLIO; MERHY, 2003, p. 4).

Desse modo, a integralidade começa pela organização dos processos de trabalho na assistência interdisciplinar, operando através de diretrizes como a do acolhimento e vinculação de clientela, em que a equipe se responsabiliza pelo cuidado ao usuário. E da necessidade de conhecer tais processos e práticas justifica-se a realização de um estudo de caso para conhecer as contingências que materializam a implementação do modelo em si. Quanto à instituição escolhida para sediar o estudo de caso, trata-se de uma Unidade de Saúde Escola criada e gerida por uma instituição de ensino superior federal – a Universidade Federal de São Carlos (USE-UFSCar).

Agregamos pesquisa as vantagens de ser o meio acadêmico o progenitor e gestor da unidade de saúde delimitada para efeitos de observação, já que as universidades públicas, por serem produtoras da maioria absoluta das pesquisas realizadas no Brasil, são por conseguinte comprometidas com a qualidade de ensino. De fato, no Brasil as universidades públicas respondem em boa parte pelas inovações e pelo aprimoramento intelectual da pesquisa e extensão, que no contínuo da prestação de serviços à comunidade criam centros de formação e assistência, características que demarcam facilitadores e incentivos à pesquisa.

Além disso, é comum universidades públicas atrelarem a um único projeto a oferta de serviços à comunidade nos necessários laboratórios e campos de estágios que a formação dos alunos, como os da área da saúde, requer. As medidas associadas de atenção e formação reforçam o compromisso com a qualidade dos projetos.

Ademais, a preocupação com a qualidade da formação dos alunos e o investimento para garantir altos níveis na oferta da educação são aspectos de muito valor entre universidades públicas do Brasil. A preocupação com a excelência no ensino gera a motivação para a estruturação de serviços como hospitais universitários e ambulatórios especializados, onde também há interesses quanto ao fomento da pesquisa e extensão. Esse cenário faz das universidades públicas parceiras importantes da política pública de saúde – SUS.

No que toca ao atendimento das necessidades dos departamentos do campo da ciência da saúde das universidades públicas, não se ignora a atração provocada pelo tecnicismo, encontrado no rol normativo do SUS que acumula-se há mais de duas décadas. Soma ao tecnicismo científico do SUS, catalogada sobretudo em normatizações, caso da Lei orgânica 8.080 e Lei do controle social 8.142, além de outras: a participação universitária enquanto importante parceira política no assessoramento das formulações e remodelagens, como para o fomento das tecnologias baseadas no relacionamento do tipo das LCs.

Delimitado e justificado o contexto institucional que servirá às análises deste estudo – a Unidade Saúde Escola da Universidade Federal de São Carlos –, procede-se à associação das evidências locais do caso às metas e diretrizes colocadas no âmbito do Projeto QUALISUS-REDE, do Ministério da Saúde, contratado pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) para o seu ramo de atividades, denominado Linhas de Cuidado (LCs), atividade que se caracteriza pelo foco no cuidado ao cidadão usuário da atenção em saúde. Esse ramo de atividades do QualiSUS consubstancia o modelo tecnológico a ser observado em face de sua implementação pelo estudo de caso.

A aproximação da normatização QualiSUS, Produto I, licitação 0736-2007 (Anexo 2), às abstrações do estudo de caso de uma implementação de LCs – possibilita evidências quanto organização dos serviços de saúde, do conhecimento, práticas dos trabalhadores nos serviços de saúde envolvidos na produção do cuidado – e a atualização do debate em torno da integralidade no Brasil. Os resultados da aproximação por conseguinte facilitam explicar, através das práticas e processos, como atores nacionais e internacionais que partilham de semelhante base doutrinária estão tratando a questão da integralidade inserida na concepção do cuidado à saúde.

O que se pretende não é um estudo comparativo, mas a compreensão – com base nas recentes produções de inovações na área de saúde coletiva e em uma aproximação

da literatura nacional com acadêmica – da recente concepção do princípio da integralidade pela via dos serviços que se propõem interdisciplinares e focados no cuidado. Em outras palavras, usam-se teorias da política pública para discutir, como a política setorial da saúde tem desdobrado as práticas do Cuidado Integral em termos de implementação de tecnologias desenvolvidas a partir do princípio da integralidade.

Este estudo, também, reconhece nas discussões da implementação do modelo as implicações dos valores individuais para o processo produtivo de equipe e de gestão, bem como uma disputa subentendida de interesses, percebidos em relatos de membros da equipe acerca das diferentes concepções de como produzir o cuidado. Embora esse estudo admita que o conflito é parte do processo de produção política, também atenta que o não acordo entre os interesses concorrentes pode implicar a efetividade de um plano.

Quanto aos impasses identificados na implementação de um modelo institucional de política pública esse importa para revelar, em meio à percepção dos agentes de interesses (atores políticos), a barganha e a redistribuição de poder, na configuração do jogo político que perpassa inclusive a fase da implementação, sobre esse ponto, a pesquisa faz uso da Teoria da Coalizão de Defesa (*advocacy coalition*), de Sabatier e Jenkins-Smith (1993). O modelo da coalizão de defesa focaliza a multiplicidade de atores envolvidos no processo de políticas públicas, que se agregam em coalizões de defesa para a sustentação de propostas. O que caracteriza uma coalizão de defesa é o compartilhamento das mesmas crenças e valores (*policy beliefs*), que se distribuem de maneira hierárquica em um sistema. As coalizões de defesa atuam em áreas setoriais específicas de políticas públicas, denominadas subsistemas, buscando traduzir em decisões concretas seu sistema de crenças. Essa teoria é assim sintetizada por Sabatier e Jenkins-Smith (1993 *apud* SOUZA, 2006, p. 31):

O compartilhamento das mesmas crenças e valores (*policy beliefs*), que se distribuem de maneira hierárquica em um sistema de crenças. As coalizões de defesa atuam em áreas setoriais específicas de políticas públicas, denominadas subsistemas, buscando traduzir em decisões concretas seu sistema de crenças. Segundo o modelo a política pública deveria ser concebida como um conjunto de subsistemas relativamente estáveis, que se articulam com os constrangimentos e os recursos de cada política pública. Para eles, cada subsistema que integra uma política pública é composto por um número de coalizões de defesa que [se] distinguem pelos valores, crenças e idéias e pelos recursos de que dispõem.

Em suma, considerando os 25 anos de constitucionalidade do SUS, o estudo demarcou quatro teorias para auxiliar em suas discussões, quais sejam: a Teoria do Agendamento, de Kingdon, para fundamentar a formação da agenda de governo em

1988; a Teoria do Equilíbrio Interrompido, de Baumgarther e Jones, para explicar o processo de reforma mais profunda e sua posterior solidez; o incrementalismo de Lindlon, para compreender as modificações breves fundamentadas em acordos entre os interessados; e, por último, a Teoria da Coalizão de Defesa, de Sabatier e Jenkins-Smith, para tratar das disputas internas às políticas públicas.

Com os pressupostos teóricos enunciados fundamentando a análise e a discussão do tema em contexto internacional, o estudo divide-se em cinco capítulos, sendo um introdutório, dois teóricos, dedicados à análise da história do desenvolvimento da política de saúde brasileira e da construção de indicadores nacionais e da agenda internacional, um voltado à discussão do estudo de caso e o último reservado às considerações finais, com apontamentos e previsões.

O Capítulo I identifica a questão, o objeto e a metodologia da pesquisa, bem como as teorias das políticas públicas observadas no desenvolvimento das discussões.

O Capítulo II faz um resgate da história da saúde no Brasil e dá atenção aos canais de influências externas e à colisão interna que foi vitoriosa na defesa do, agora, constitucional projeto de saúde coletiva, introduzido no Brasil após 1988 pela reforma constituinte. Ainda, nesse capítulo é feito uso da Teoria do Modelo do Equilíbrio Interrompido, para melhor explicar a realização de mudanças nas políticas públicas de modo amplo e profundo, da Teoria da Coalizão de Defesa, para explicar o processo de mudança nas políticas públicas, dos múltiplos fluxos na formação da agenda decisional, conforme Kingdon, e do incrementalismo de Lindblom, para tratar de intervenções pontuais após a reforma constituinte.

O Capítulo III analisa o desenvolvimento da agenda da medicina social no Brasil e no mundo usando a gramática sociosanitária, com o fito de produzir uma reflexão sobre os resultados dessa nas estatísticas de saúde brasileiras, do Censo e nos resultados dos índices de desenvolvimento humano (IDH) para que em uso da compreensão dos números sinalize a produção de impactos dessa política pública.

O Capítulo IV define o objeto *Linhas de Cuidado* apresentando o conceito enquanto atualização da perspectiva do princípio da integralidade, previsto no SUS. Dedicase ao estudo de caso em si, focando as percepções dos agentes executores do modelo tecnológico – Linha de Cuidado – em sua fase de implementação em uma instituição universitária. Faz uso da Teoria da Coalizão de Defesa para tratar das dificuldades internas da fase de implementação e apresenta discussões sobre a saúde

coletiva no Brasil e em Quêbec para a compreensão dos processos interdisciplinares naquilo que acrescem à atualização da perspectiva sanitária da integralidade.

Por fim, o Capítulo V, recuperando o exposto nos capítulos anteriores e apontando evidências sobre o tratamento que o princípio da integralidade tem recebido dos serviços de saúde pública no Brasil nas inovações em fase de implementação, apresenta, nas conclusões sobre a atualização da materialidade da integralidade no SUS, numa perspectiva de tendências futuras, horizontes que se afirmam para este princípio doutrinário. Além disso, o capítulo ousa fazer previsões, inclusive, para as referidas inovações das Linhas de Cuidados no Brasil e o alinhamento dessas indicações com direcionamentos internacionais, sugerindo possibilidades de continuação do estudo no nível de eixo e redes de cuidados.

Capítulo 2 - Brasil, Constituição Federal de 1988: Consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS)

2.1 Conjuntura política da criação do SUS

O sistema de saúde brasileiro, denominado Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da Constituição Federal de 1988, direciona ao Estado-nação a responsabilidade pela gestão de uma política de saúde pública de caráter universal, ordenando e legitimando a operacionalidade do sistema de saúde por meio das seguintes diretrizes: descentralização, atendimento integral e universal, equidade e participação social. Em matéria de direito à saúde, as orientações constitucionais do Brasil, são antecedidas por uma extensa trama política que responde pela atual responsabilização do Estado no trato da saúde enquanto um direito de cidadania. Com efeito, para entender a consolidação da política de saúde pública do Brasil, é preciso retroceder à trama política que conduziu o plano SUS à materialização das questões mais específicas da agenda decisional de governo.

Com a aceitação de grande parte dos encaminhamentos do movimento social da Reforma Sanitária no Brasil, a seção da saúde da Constituição Federal é inserida enquanto política social de seguridade e é marca de uma concepção emancipatória de direito dos cidadãos. O artigo 196 da Constituição deixa clara a abrangência da política social criada para o campo da saúde pública brasileira: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

É indiscutível que tal firmamento constitucional do setor da saúde resultou de um processo sócio-histórico e político extenso e complexo. Como parte da dinâmica que envolveu o processo de redemocratização política pelo qual passava o Brasil no final da década de 1980, o campo da saúde foi reformulado considerando-se a questão social como um importante indicador. O peso da questão social para o modelo do SUS tem destaque em sua fase embrionária, quando o desequilíbrio inflacionário, a crise fiscal e a pobreza em massa impediam o país de prover recursos mínimos para a saúde, dado demonstrável pelos indicadores epidemiológicos e sanitários alcançados na época. Firmava-se na ocasião da transição política o ápice de uma crise de conjuntura.

O cenário da grande crise política no Brasil, segundo Escolrel (*apud* GIOVANELLA, 2011, p. 417), explica-se no fato de que a crise social, gestada desde a época do “milagre econômico” e a sua concentração de renda, torna-se aguda na

primeira metade da década de 1980 em função da crise econômica mundial. O encadeamento das crises tinha como principais características o arrocho salarial, o desemprego e as profundas desigualdades sociais resultantes do modelo econômico em vigor. Nesse período, ocorreram vários episódios de quebra de ônibus e saques a supermercados. A essas crises pode ser acrescentada a crise moral pela perda de legitimidade do regime, pelas denúncias de corrupção e pelos crimes de colarinho branco.

Ainda na década de 1980, as estratégias de governo adotadas em favor da reversão desse quadro deficitário e caracterizado por uma onda de insatisfação popular, motivada pelas dificuldades no acesso a serviços e bens essenciais, contabilizaram

[...] 8 planos de estabilização econômica, 4 diferentes moedas, 11 índices distintos para cálculo da inflação, 5 congelamentos de preços e salários, 14 políticas salariais, 18 mudanças nas regras de câmbio, 54 mudanças nas regras de controle de preços, 21 propostas de negociação da dívida externa e 19 decretos governamentais de austeridade fiscal. No entanto, nenhuma dessas medidas resultou numa política efetiva que redundasse em transformações estruturais que modificassem o cenário ora existente. (BERTOLOZZI; GRECCO, 1996 apud GIOVANELLA, 2011, p. 395)

Na contramão das estratégias políticas adotadas entre os anos 1970 e 1980 em favor de melhorias do cenário brasileiro, houve um aprofundamento da crise, que, segundo Bertolli Filho (1996, p. 71):

Culminou na falência do modelo econômico do regime militar, manifestada, sobretudo pelo descontrole inflacionário, já a partir do final dos anos 70. Ao mesmo tempo, a sociedade voltava a mobilizar-se, exigindo liberdade, democracia e eleição direta do presidente da República. O último general presidente, João Figueiredo (1979-1985), viu-se obrigado a acelerar a democratização do país, a lenta e gradual abertura política iniciada por seu antecessor. Foi extinto o bipartidarismo imposto pelos militares e criaram-se novos partidos políticos. A imprensa livrou-se da censura, os sindicatos ganharam maior liberdade e autonomia e as greves voltaram a marcar presença no cotidiano das cidades brasileiras.

As tensões da disputa pelo poder político no Brasil no final dos anos 1980 trouxeram à arena o argumento da estagnação social de grandes contingentes populacionais em decorrência da crise de conjuntura. Dado o produto da crise, parece claro que a proposta redistribuidora fortaleceu-se diante da precariedade do acesso populacional a bens e serviços essenciais. Entre os setores precarizados encontrava-se a saúde pública, para cuja reformulação pesou a pressão do Movimento de Reforma Sanitária. Fundamentalmente, os militantes desse movimento opunham-se ao grupo de empresários da área da saúde que dirigiam essa política na década de 1980, sendo a

principal demanda da frente sanitária a universalização do acesso em todos os níveis de atenção.

Essa polaridade de interesses na política da saúde formou dois blocos: um reformista e outro conservador. A vitória reformista foi caracterizada pela bem-sucedida coalizão entre acadêmicos e parlamentares vinculados ao movimento social de reforma sanitária, e o bloco vencedor inscreveu na agenda decisional uma abrangente reformulação da política setorial da saúde.

Os detalhes dessa disputa podem ser compreendidos mediante a Teoria do Agendamento, de Kingdon (1984), a qual reconhece o fluxo de correntes e ideias que partem da *polity* – sociedade e instituições que compõem coalizões – e circulam nas *policies*, as arenas das políticas públicas, à espera de uma oportunidade de alcançar o poder na *politics*, na qual está a agenda de governo na forma de decisões e produção de soluções.

A profundidade e a extensão da reforma na política de saúde, levando-se em conta a crise de conjuntura e a participação de novos atores e movimentos sociais nessa reforma, podem ser explicadas pela Teoria do Equilíbrio Interrompido, de Baumgartner e Jones (2007). De acordo com essa teoria, a definição de um novo contexto institucional determina o encaminhamento e a difusão de novas agendas. Novos contextos institucionais são como momentos críticos em que uma questão emerge como agenda decisória governamental. Para Baumgartner e Jones, a macropolítica é o local da interrupção da estabilidade das agendas, e uma mudança na constituição é um bom exemplo desse tipo de interrupção, pois a partir da constitucionalidade tem-se a estabilidade da nova proposta. Aplicando essa ideia ao contexto em estudo, percebemos que a política de saúde brasileira adquiriu novo *status* em 1988, quando passou de política de governo à política de Estado.

A história pregressa à Constituição de 1988 revela processos complexos que fortaleceram a proposta de mudança. Exemplos desses processos incluem a mobilização em torno da campanha pelas diretas já, em 1984, através da qual foi dinamizado o processo de transição política, e a instalação, em 1986, de uma Assembleia Nacional Constituinte, que durante os seus 20 meses de trabalhos foi formada por 487 deputados federais e 72 senadores. Como resultado dos trabalhos do processo de transição chegaram a redação final e conseguinte aprovação da Carta Magna onde inscreveu no Título VIII da Ordem Social, Capítulo II da Seguridade, Seção II da Saúde as

prescrições normativas do SUS com as marcas de um ordenamento universalista e descentralizado sobre primazia do comando através do Estado.

Para compreender a judicialização do setor de saúde, favorável à organização e funcionalidade de um sistema integrado de saúde pública, como bem cita a carta constitucional, reconhece-se uma trama de negociações políticas que deram visibilidade à atuação de diversos atores e segmentos sociais além daqueles pertencentes ao governo que, também, envolvidos na formulação de políticas públicas e nos seus processos, influenciaram os encaminhamentos e a decisão que originou o SUS. Em observação a origem do ordenamento constitucional de 88 é possível perceber os segmentos que influenciaram na configuração desse desenho institucional, tais como os grupos de interesse, canais de comunicação e os movimentos sociais, atores que se articularam em torno da (re)configuração do ordenamento político sem que com isso inibissem a capacidade das instituições governamentais de governar a sociedade; evidências reconhecidas na *Theory and Methods Comparative government and politic* de Perters (1998, p. 409).

Do equipamento que conduziu as fases decisivas da formulação e institucionalização do SUS, está compreendido nas entrelinhas do processo de reforma constituinte a fragmentação temática da Assembleia em 24 subcomissões, entre às subcomissões à da saúde, seguridade e meio ambiente encabeçando o debate circunscrito à questão da saúde enquanto direito constitucional. A divergência de opiniões entre os atores políticos criou cenas de impasses e até certa medida um princípio de paralisia decisória que resultou num esquema institucional que sustentou meios para o seguimento das propostas num esquema em que os relatórios das subcomissões e posteriores comissões temáticas seguiram às arenas das comissões de sistematização e das emendas populares, alcançando a inclusão no projeto constitucional responsável pela feitura da Carta de 1988 (LOPES, 2009).

A conjunção da multiplicidade de elementos ou espaços de discussão e revisão influenciando os encaminhamentos políticos marcou, por um lado, as dificuldades do processo de elaboração, mas, por outro lado, significou nos pós-encaminhamentos maior dificuldade em reverter às etapas concluídas. Essa parece ser a evidência que ancora a permanência do SUS transcorrido um quarto de século da sua constitucionalidade. A força da ordem constitucional de 1988 evidencia o peso dos ingredientes políticos de sua arquitetura consorciativa: uma centro-esquerda remanescente (na emenda 29/2000, de fortalecimento do Sistema Único de Saúde, e na

emenda 26/2000, que incluiu a moradia nos direitos sociais) e, principalmente, uma reticente presença de centristas e de moderados de centro-direita que, a partir das próprias bases governamentais, têm limitado o alcance de intentos reformadores do executivo após a Constituição Federal de 1988 seja formalmente (despontencializando a revisão constitucional de 1993) ou informalmente (nas reiterações das reformas administrativas e previdenciária, objetos de mais de uma proposta de emenda à Constituição – emendas nº 18/98, 20/98, 41/2003 e 47/2005). Por último, mas não menos importante, uma aguerrida defesa pelas esquerdas, apenas um voto contrário da bancada petista ao texto final da Constituição, durante a sua aprovação global (VISENTINI, 2006).

A arquitetura consorciativa da Constituição de 1988 é passível de ser detalhada pela Teoria do Agendamento quando se listam os seus elementos considerando os fluxos políticos permeados de disputas e fortes coalizões, o lastro dos movimentos sociais no processo constituinte e a força dos seus resultados na constitucionalidade das políticas públicas, a exemplo da saúde pública enquanto direito universal assegurado pelo Estado. E, se os elementos consorciativos descrevem a formação da agenda, é também possível associar a fase pós-decisional à teoria do incrementalismo, de onde vem a visão de que decisões tomadas no passado constroem decisões futuras e limitam a capacidade dos governos de adotar novas políticas públicas ou de reverter a rota das políticas atuais. Além disso, é indiscutível que, as normas constitucionais estabeleceram as condições e os limites para o funcionamento das políticas públicas, dando-lhes estabilidade. Em suma, as regras do jogo estão postas e dão solidez ao caráter genérico das políticas públicas, como o é o caso do SUS.

Contudo, na medida em que se definiram parâmetros, princípios e limites para o SUS via um modelo normativo genérico (a Constituição de 1988), deixaram-se em aberto possibilidades para efetivar medidas específicas, aplicáveis às decisões da política governamental e tendo em conta circunstâncias particulares. Esse lapso no subsistema, devido à espera por regulamentação, reafirma para a implementação as indicações da teoria incrementalista, ou seja, nos dispositivos ministeriais de produção de políticas foram complementando o processo em desenvolvimento de *policies* (políticas públicas).

Em termos simplificados, a solidez do SUS parece receber cimento teórico do modelo incremental – que tem em Lindblom (1968) um dos seus defensores –, o que significa que o SUS admite a necessidade de buscar solucionar problemas de maneira

gradual mediante a comparação de alternativas a fim de assegurar o melhor acordopossível. Nessa perspectiva da complementação cita-se o plano de 2007 para a qualificação do SUS – do Macroprojeto QualiSUS.

É irrefutável que, embora os incrementalismos sejam bem aplicados ao processo evolutivo das políticas públicas, quando se trata de reformas, a teoria incrementalista perde o poder explicativo de sustentação das políticas públicas. Para explicar a Reforma Sanitária no Brasil no acesso à Reforma Constituinte de 1988, à Teoria do Agendamento é a melhor referência e reserva-se ao incrementalismo a capacidade de explicar na pós-reforma a consolidação de duas décadas de experiência do modelo SUS dentro dos parâmetros dados a partir da Constituição Federal de 1988.

Ao entender-se o peso dos encaminhamentos do movimento de Reforma Sanitária à assembleia nacional constituinte de 1986, compreende-se a força dos participantes visíveis, cujos exemplos emblemáticos são políticos, mídia, partidos e grupos de pressão, e invisíveis, que correspondem aos acadêmicos e à burocracia que de algum modo acessaram a arquitetura consorciativa do processo de reforma constituinte. Nessa perspectiva, os participantes visíveis definem a agenda e os invisíveis, as alternativas (SOUZA, 2003, p. 74).

De posse dos elementos relacionais do jogo político de concepção do SUS, da força dos encaminhamentos políticos que o antecederam e dos modelos que explicam a sua formulação, institucionalização e longevidade da política de saúde brasileira é facilitada pela releitura dos fatos históricos do Brasil anos 1980, à visualização do deslocamento do regime autoritário para a atual ordem democrática de direito e daí a estruturação dos mecanismos que sustentam suas produções posteriores. Realça como um forte argumento adotado pelo grupo de interesse que conduz a reforma, os opositores do militarismo, à defasagem tecnológica da indústria nacional, resultados negativos dos índices de saúde e crescimento da pobreza. Esse grupo reformista assina pelo novo desenho passível de ser pormenorizado nas discussões das teorias políticas. Ademais, na identificação das capacidades institucionais, bem aproveitadas por coalizões fortes entre políticos e grupos de pressão da sociedade, perpassa o processo que levou à aprovação da CF de 1988.

Na contramão do que predominava na América Latina, o Brasil no final dos anos 1980 é marcado por uma transição política via a Reforma Constituinte, ocasião em que o movimento de Reforma Sanitária alarga sua influência e obtém pressão suficiente, enquanto demanda popular (visível) e em conjunção com os interlocutores das ciências

e da burocracia (invisíveis), para a institucionalização de um modelo de caráter universalista de política de saúde pública para o Brasil. Merece ressaltar a explicação de Souza (2003, p. 65):

Governos passaram a condicionar suas políticas públicas ao cumprimento do ajuste fiscal e do equilíbrio orçamentário entre receita e despesa, restringindo, de certa forma, a intervenção do Estado na economia e transformando as políticas sociais de universais à focalizadas. Agenda que passou a dominar corações e mentes a partir dos anos 80, em especial em países com longas e recorrentes trajetórias inflacionárias, no caso do Brasil esse destoou da tendência.

No Brasil, diferentemente do que ocorreu na maioria dos países da América Latina, as políticas públicas foram direcionadas à universalização. A perspectiva redistributiva foi adotada em resposta ao forte descontentamento popular com relação ao governo brasileiro dos anos 1970 e 1980, pois a crise agravava-se, para além do peso da crise internacional após o ajustamento do choque do petróleo, sobrevieram as conhecidas ondas inflacionárias, as altas taxas de desemprego, greves sindicais e movimentos sociais. Dias e Aguirre (1992, p. 90) assim caracterizam esse contexto histórico:

- a) o elevado déficit público, que passa a ser financiado domesticamente por vias inflacionárias;
- b) crise de valorização do capital investido nos projetos implantados na década de 70, em função da não-realização da produção;
- c) imobilização do Estado, no seu papel de agente principal da transformação produtiva do País, pelos grandes projetos do II PND, recém-terminados e com grande capacidade ociosa;
- d) comprometimento do Estado como agente financeiro da transformação produtiva, em função de um passivo externo de maturidade incompatível com a capacidade de transferência de capital da economia;
- e) nova onda de transformação tecnológica nos países desenvolvidos, deslocando o eixo de competição do controle das matérias-primas estratégicas para o controle de novos processos e escalas mundiais de produção.

Sem dúvida, para o Brasil pesaram na promoção de mudanças as dificuldades internas de um sistema falido, em tempos de crise mundial, e o saldo líquido da crise se fez sentir na hiperinflação, um componente importante para o colapso do sistema político, ou, a base de uma crise de Estado que implicaria a questionabilidade de sua legitimidade.

2.2 Atores sanitaristas na negociação em prol do SUS

Correlata ao desenvolvimento político brasileiro na década de 1980, embora lhe pesasse a crise internacional e todas as implicações do fenômeno da crise do petróleo, a política nacional inscreveu uma rota que destoou da tendência reducionista desse

período. Acadêmicos brasileiros como Sérgio Arouca, Francisco Witaker, Fadah Gattass, Maria Abigail Freitas Feitosa e outros que igualmente militavam no movimento sanitarista destacaram-se enquanto políticos atuantes na constituinte de 1988, tais atores, em uso dos argumentos sanitaristas, apontaram críticas aos resultados epidemiológicos ruins para o Brasil sob a justificativa de que esses resultados se traduziam na conjugação de baixo acesso da maioria da população à assistência à saúde e na insuficiente cobertura de saneamento básico. Os interlocutores citados são alguns dos responsáveis pela difusão da gramática da Saúde Coletiva no Brasil (Brasil, Portal da Câmara dos Deputados, Biografia dos parlamentares Constituintes)

Giovanella (2011) destaca que a construção acadêmica brasileira para o projeto sanitarista de saúde foi iniciada na primeira metade da década de 1970 pela equipe da qual Sérgio Arouca fazia parte. Com a repressão política de 1975, ele e sua equipe viram-se obrigados a se afastar do projeto. O professor Nelson Rodrigues dos Santos retomou e ampliou o projeto na linha da atenção primária e medicina comunitária em 1983, e dessa formulação, em virtude da melhor definição do projeto do Movimento de Reforma Sanitária, em 1986, ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde, que sistematizou e consolidou, em linhas gerais, a política de saúde que engendrou o SUS. A VIII Conferência Nacional de Saúde foi a mais importante em termos de produção política, reunindo quase 5.000 pessoas em Brasília, num processo que, começando nos municípios, envolveu quase 50 mil pessoas, foi um coroamento da gramática sanitária no Brasil, nesta conferência acordou-se sobre a saúde como direito do cidadão e dever do Estado e lançou as bases políticas e técnicas para o debate sobre saúde na Constituinte

A comunidade política que, assina o projeto de reforma sanitária, ou, os leitores da gramática sanitária, associou possibilidades dialógicas com movimentos sociais à estratégia de uso dos espaços universitários para difundir a ideia de saúde que transitava entre potências mundiais, como, por exemplo, o Canadá. Para a comunidade política seguidora das recomendações da Organização Mundial de Saúde, a concepção de política de saúde passava por assegurar um modelo de saúde capaz de gerar qualidade de vida a toda a população, e dar garantia substancial ao direito de cidadania.

Na sequência de seu desenvolvimento, o debate em torno do projeto sanitarista, fomentado no meio acadêmico em parceria com movimentos sociais, acessou a arena de decisão política e fortaleceu a transição para a democratização do setor da saúde.

Nesse sentido da construção de projeto democrático para a saúde pública, em consulta às Atas da Assembleia Constituinte, nas redações da subcomissão de saúde seguridade e meio ambiente (BRASIL, Senado Federal, Assembleia Nacional Constituinte), os fragmentos:

- Diante da quota por área temática, decidiu-se por no mínimo dois ou três especialistas em saúde para mediar e assessorar os trabalhos;
- Reafirma a Horizontalidade dos temas e não hierarquização entre eles;
- Impõe a abertura de audiências públicas para entidades representativas para que as pessoas possam colaborar com a constituinte;
- Destacam um fato importante na área da saúde, no Brasil, foi à 8ª Conferência Nacional de Saúde, que reuniu entidades municipais, estaduais, federais, entidades da comunidade, entidades médicas, entidades dos mais variados tipos de trabalhadores da saúde e produziu um documento que tem sido referência de todo trabalho dos Ministérios da área.

Sumariamente, das duas décadas precedentes à Constituição Federal do Brasil de 1988, do recorte temporal que parte do declínio do milagre econômico brasileiro de 1974, em paralelo à crise do petróleo, até 1986, com o movimento das diretas já, tem-se uma política de governo mal-sucedida em seus resultados econômicos e na produção de políticas públicas. O montante de indicadores sociais precarizados, do ponto de vista da distribuição e da qualidade das políticas setoriais, o produto interno da economia e finanças de base rural, a baixa disponibilidade de tecnologias e o descontrole inflacionário impediam no curto prazo sinais de melhorias e reuniam boa parte dos condicionantes do esgotamento do regime militar no Brasil.

A engrenagem movida pelo insucesso econômico e pela pressão dos movimentos sociais, dos interlocutores acadêmicos e das correntes democráticas em trânsito internacional empurrou o país rumo ao processo de reforma constituinte, que, por sua vez, produziu um novo arranjo do Estado brasileiro, ou uma nova agenda por vias da aprovação da Constituição de 1988.

A reorganização do Estado, pressionada via mobilização popular e organismos internacionais que recomendavam a abertura democrática como condição de desenvolvimento, pesou contra a manutenção do regime conservador e impôs à política de saúde brasileira uma exigência participativa. O projeto democrático para a saúde que fundamentou o SUS rompe com o conjunto de práticas em saúde que o antecede, pois tais práticas diziam respeito às perspectivas centralizadas de gestão e ao conjunto detécnicas e procedimentos voltados para a medicalização e medicamentação das doenças, o que significa que um modelo behaviorista de saúde antecede a reforma de 1988.

Entre os anos 1970 e 1980 o setor de saúde entendia saúde enquanto “bem” a serviço da política do trabalho e doença enquanto mal que deve ser sanado a qualquer custo. A expressão da relação saúde-doença colocava-se antes numa correlação binária de oposição, na qual a *doença* é a falta de saúde e o rompimento da harmonia e do equilíbrio humano e a *saúde*, seu perfeito enquadramento nas normas padronizadas pela fisiologia e biologia. Essa expressão binária de oposição é revista. Inicia-se um modelo de educação em saúde de caráter corretivo, indicando práticas de higiene e de cuidado de si e cujo efeito é a assepsia do corpo, as separações ou dualidades corpo-pensamento, saúde-doença e normal-patológico. De acordo com Righi (2002, p. 77), o setor de saúde é uma pirâmide “sustentada por uma base que faz, mas não cria e que tem no seu topo, na direção, gerência, os espaços de comando, controle e criação”. A compreensão da saúde como uma pirâmide adensou nova engenharia que destaca o comando único, via fundamentação e diretriz no Estado e operacionalização descentralizada nas bases locais de atenção à população.

Não negligenciando o caráter conflituoso que marcou o desmonte do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), o qual era restrito aos contribuintes da previdência social criada em 1974, as eleições de 1986 e a promulgação da Constituição de 1988 possibilitaram uma ampla reformulação da política de saúde brasileira, que, democratizada, ocupa espaço importante nos temas sociais de alcance universal. O cenário político-ideológico é formado pelos movimentos pró-reforma e conservadores.

Ao longo do ano de 1989, a agenda política da saúde centrou sua atenção nas negociações sobre a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de setembro de 1990) e a Lei do Controle Social (Lei nº 8.142, de dezembro de 1990), constituídas como as leis complementares que regulamentariam o SUS. Novamente, a Plenária Nacional de Saúde assumiria a condução dos debates sobre as bases legais de organização do novo sistema nacional de saúde brasileiro.

Enquanto a Nova República caracterizou-se por uma sucessão de ministros que progressivamente abandonaram as propostas ajustadas na Comissão do Plano de Governo (COPAG) e passaram a imprimir orientações conservadoras e privatizantes à política de saúde, ao final da primeira fase do governo Sarney o movimento sanitário já acumulava vitórias no âmbito do processo constitucional, e no institucional passou a ter seus representantes destituídos dos cargos que ocupavam. No “apagar das luzes”, o presidente da República, José Sarney, assinou decreto transferindo o INAMPS para o

Ministério da Saúde, estabelecendo, assim, uma nova configuração setorial que seria colocada em ação pelo Governo Collor (1990-1992): a unificação da assistência médico-previdenciária ao Ministério da Saúde, constituindo o SUS (SCOREL, 1999 *apud* GIOVANELLA, 2011, p. 432).

Das perspectivas históricas do SUS, na ocasião de sua concepção, somam-se peças para à instabilidade política que viabilizaram as mudanças profundas no setor da saúde pública. O reconhecimento da instabilidade enquanto alavancador de mudanças profundas é fato que encontra sustentação na Teoria do Equilíbrio Pontuado, de Baumgarther e Jones (1993, p. 07), quando indicam que subsistemas são de domínio de um único grupo de interesses que exercem monopólio das políticas e que tal monopólio (*policy monopoly*) é caracterizado por pesos e limitações dos arranjos institucionais, mantendo o processo decisório limitado a um grupo restrito, e pelas *policy images*, ideias que sustentam tais arranjos institucionais. Enquanto uma imagem prevalecer a respeito de uma política, haverá estabilidade. Em alguns momentos, como o de crise econômica, por exemplo, novos atores conseguem acessar o monopólio, criando a instabilidade e a oportunidade de mudança na agenda.

Nos termos da teoria de Baumgarther e Jones (1993), no caso do Projeto SUS para o Brasil, é passível de explicação pela crise que configuraram a janela de oportunidade política que, por sua vez, levou a cabo o processo de reforma constituinte. Os atores do movimento de Reforma Sanitária, acessando os monopólios e participação no jogo político, articularam forças via coalizão, o que os fortaleceram junto a disputa com outro grupo de interesse. Tais atores, denominados sanitaristas, contrapuseram-se às *policy images* vinculadas ao desproprizado monopólio que fora firmado no regime militar, atores que foram exitosos na difusão de uma abordagem histórico-estrutural dos problemas de saúde. A essa teoria somam-se resultados da difusão entre formações de atuação na área da saúde. A força das coalizões cresceu com a agremiação de vários segmentos sociais representados na arena política, os quais facilitaram a multiplicação de adeptos da proposta sanitária, possibilitando o alargamento do debate sobre a problematização social circunscrita aos precários resultados epidemiológicos antes do início do processo de mudança nesse setor.

Em Yves (1998, p. 161), o conjunto de fatores reunidos em face da construção do SUS fornece argumentos de que ideias, interesses e instituições importam na produção das políticas públicas.

Ainda que o cenário epidemiológico no Brasil entre os anos 1970 e 1980 apresentasse indicadores de saúde ruins, a política de saúde se debruçava em um problema que aguardava solução. Nesse contexto histórico-estrutural, em observação à Teoria da Coalizão de Defesa, é possível identificar atores políticos que, em uso de crenças, valores e ideias, articularam de modo exitoso acontecimentos externos que foram bem aproveitados no desenho de uma proposta concorrente, ou seja, em razão da baixa eficiência da produção política da ocasião, conseguiram acessar a agenda de governo introduzindo uma proposta concorrente àquela que até então vigorava.

Para explicar mudanças na política, Sabatier e Jenkins (1993) sinalizam que a política pública deveria ser concebida como um conjunto de subsistemas relativamente estáveis que se articulam com os acontecimentos externos, sendo a articulação fundamental a produção e a regulação da política.

Marca o período que antecede a mudança na política de saúde do Brasil o império do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), criado pela força da Lei N° 6.439, de 1° de setembro de 1977. O referido instituto desdobrou-se em um grande equipamento cujo comando foi marcado por médicos empresários fazendo uso da máquina pública em atenção a interesses próprios, dado que colaborou para uma exploração desmedida da máquina e resultados precarizados do ponto de vista social. A distribuição desigual de recursos, bens e serviços do INAMPS pesou sobremaneira para o esgotamento desse modelo de sistema. A queda do império do INAMPS e a sucessão de um projeto de saúde democratizado foram determinantes para restabelecer o equilíbrio para essa política setorial no pós-constituente de 1988.

Subirats (2006, p. 124, tradução nossa) considera que o processo de mudança em uma política pública “aludiu o processo complicado que pode transformar um dado problema em uma questão de importância pública e lista os fatores que influenciam a possível inclusão do mesmo na agenda ou programa geral de ação das autoridades públicas”.

Com a aprovação do SUS, se concebeu uma nova base conceitual pela introdução da medicina preventiva, medicina comunitária e promoção da saúde, terminologia defendida pelos sanitaristas nas definições usadas por Paim (*apud* GIOVANELLA, 2011, p. 549-551):

- Medicina preventiva utilizava conceitos como processo saúde/doença, história natural das doenças, multicausalidade, integração, resistência, inculcação e mudança. Articulavam um conjunto de medidas de prevenção que resultariam em condutas substitutas de uma atitude ausente da prática médica, ou seja, a atitude preventiva e social. Apontava para a possibilidade

da redefinição das responsabilidades médicas através de mudanças na educação, mantendo a organização de serviços de saúde na perspectiva da medicina liberal.

- Medicina comunitária tratava-se de uma tentativa de operacionalização da filosofia da medicina preventiva, acrescentando outras idéias como integração docente-assistencial, participação da comunidade e regionalização. O desenvolvimento da saúde comunitária apresentou-se em alguns países de um modo focal, quando se restringia a atividades experimentais, vinculadas ao Centro de Saúde-Escola, e de um modo expansionista, quando se apresentava como programas de extensão de cobertura.
- Promoção da saúde de acordo com a Carta de Ottawa, as condições e os requisitos para a saúde são: paz, educação, habitação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. A promoção da saúde visaria à garantia de igualdade de oportunidades, proporcionando meios que permitam a todas as pessoas realizar completamente seu potencial de saúde. Propunha cinco campos de ação: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; reforço da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais; reorientação do sistema de saúde.

Além da introdução dos conceitos da saúde coletiva à agenda decisional no Brasil, em 1988, do processo de produção política resultaram novas regras para a organização e operacionalização do SUS. Transcorridas mais de duas décadas da institucionalização desse sistema, é possível afirmar que tanto seu arranjo original em 1988 quanto suas inovações contam com eventos importantes para sua difusão e estabilidade. É emblemática a ocasião da VIII Conferência Nacional de Saúde, que publicizou o argumento da necessidade de romper com o modelo curativo e ascender, por meio do plano do SUS, à meta de atender universalmente a todas as necessidades de saúde da população.

Sobre a proposta levada à VIII Conferência Nacional de Saúde, Cohn (1995 *apud* BERTOLOZZI; GRECO, 1996, p. 394) ressalta que,

[...] o que se coloca para o país no final dos anos 80 e anos 90 é o embate de duas correntes sobre o Estado: a concepção neoliberal que advoga o Estado mínimo e o mercado como principal agente regulador da ordem econômica e de outro, a concepção da necessidade da presença de um Estado democrático forte, demandado pelas políticas de ajuste estrutural e pelas desigualdades sociais.

2.3 A agenda do SUS

Revisitando as forças políticas que conduziram o radicalismo das mudanças alcançadas pela política de saúde em 1988 e a consequente manutenção e aperfeiçoamentos dessa política, fica evidente que tais forças introduziram práticas da medicina social no Brasil. Sobre os fatos que importam à mudança de paradigmas da saúde pública no Brasil, reafirma-se a Teoria do Modelo do Equilíbrio Interrompido,

que, em Souza (2008, p. 77) aponta, “nas políticas públicas somente em períodos de instabilidade ocorrem mudanças seriais mais profundas. Fundamental ao modelo é a construção de uma imagem sobre determinada decisão ou política pública (policy image)”.

A partir das tensões da crise de conjuntura sociopolítica nos anos 1970 e 1980 no Brasil, compreende-se a insustentabilidade dessa política e o caráter privatista pouco eficaz que a marcava no ápice de sua crise. Identificam-se as motivações para que fosse feita a revisão de todo o arsenal das políticas públicas. Associando elementos da crise internacional e da crise interna de governança às indicações da Teoria do Equilíbrio Pontuado, é possível afirmar sobre a relação direta da instabilidade à uma oportunidade de mudança que alcancem a direção dos extremos de orientação, ou seja, liga a instabilidade às mudanças mais radicais.

Quanto à concorrência internacional que se coloca às políticas públicas, de um lado a proposta privatista, que leva ao encolhimento do *Welfare State*, e do outro lado a proposta de políticas universalistas para os direitos sociais, são ilustrativas as opções das potências vizinhas, Canadá e Estados Unidos: enquanto a primeira optou pela primazia de políticas sociais de caráter público, a segunda incentivou a iniciativa privada em áreas essenciais, como a saúde.

Para o Brasil o projeto que estava na órbita do poder em fase anterior à reforma constituinte de 1988 era o da lógica privatista, sobre o qual pesavam as críticas daqueles acadêmicos, que, vinculados ao Movimento de Reforma Sanitária, buscavam uma revisão da política de saúde que melhor observasse os termos defendidos pela Organização Mundial da Saúde. O fato do projeto privatista estar na direção em período de esgotamento do regime de governo militar, também, em detrimento de crise de conjuntura, explica o desprestígio da saúde privatista relacionada aos descrédito do regime de governo militar em face de falência.

A derrota do regime militar no Brasil contou para a não permanência dos projetos vigentes nesse regime. Então, na esfera internacional, o desenho do projeto equivalente ao que vigorava no Brasil antes da sua reforma, modelo estado-unidense, foi rejeitado em seu novo ordenamento e foi introduzido o modelo preconizado no Canadá. Em termos, o acesso às prescrições internacionais para uma saúde públicas e democrática deu-se pelos interlocutores do Movimento de Reforma Sanitária brasileiro que organizados em torno da ruptura com o modelo privatista contrapunham uma proposta, para a política de saúde, na mesma direção tomada pelo governo do Canadá.

De certo modo, pelo insucesso do governo militar ampliou-se a profundidade da reforma constituinte e vinculada a essa à conquista sanitária do projeto SUS aprovado na agenda de governo, evidências passíveis de explicação pelo modelo de formação de agenda, fluxos múltiplos (KINGDON, 1984). Em Zahariadis (1998 *apud* CAPELA, 2005, p. 6) considera o modelo de formação de agenda dos fluxos múltiplos o mais adequado para explicar como as agendas são definidas e decididas por governos nacionais, sob condições de ambiguidade de objetivos e preferências não definidas claramente em ambientes instáveis, o que possibilita a disputa pela mudança ou não mudança, colocando-se as escolhas em uma dependência direta do contexto político e institucional.

No final dos anos 1980, questões levantadas por acadêmicos com militância em movimentos sociais foram reconhecidas em agenda de governo enquanto problemas da saúde pública no Brasil, e foram introduzidas soluções para elas. No que consta no marco da Constituição de 1988, o projeto do SUS, modelo defendido pelos sanitaristas e que despertava atenção do governo, alcançou aprovação na terceira agenda, ou agenda decisional.

Segundo o modelo de Kingdon (1995), é a convergência de três fluxos – um problema que ganhou reconhecimento público, um ambiente político favorável a encaminhamentos para a agenda e uma alternativa que seja viável para a solução do problema – que explica os motivos pelos quais certos problemas vão para a agenda de decisão, enquanto outros, apesar de reconhecidos, não provocam, necessariamente, uma ação efetiva do governo. Considerando-se a Teoria da Convergência dos Fluxos, pode-se relacionar que o problema de indicadores de saúde precários, o ambiente da reforma constituinte favorável a receber proposta e a viabilidade das soluções da medicina social tratada pelo Movimento de Reforma Sanitária no Brasil proveram condições para a aprovação da proposta do SUS pela agenda governamental nacional, no fim dos anos 1980.

Em período da segunda onda democrática internacional que envolveu países que perderam a Segunda Guerra Mundial: Alemanha, Itália e Japão – mas também países da África e da América Latina, incluindo o Brasil os movimentos sociais são percebidos e considerados nas arenas políticas colocando em destaque os políticos militantes nos movimentos sociais nessa ocasião. Somam aos sinais da onda democrática no Brasil às participações da mídia, dos acadêmicos e burocratas, fazendo circular suas crenças, interesses, ideias e valores, o que resultou num clima favorável à reforma constituinte e

traduziu-se numa primeira experiência democrática para o Brasil. Nessa oportunidade, a política de saúde reconhecida pelas autoridades como problema de grande magnitude, quando considerados os resultados epidemiológicos do período militar foi, por conseguinte, discutida pelos sanitaristas com representação nas casas decisórias. A partir do reconhecimento dimensional dos problemas no setor da saúde constatados nos baixos impactos da oferta de saúde, essa política pública tramitou da fase de formulação de solução (*policy*) e alcançou, ao final da reforma constituinte, através de um projeto democrático, um produto concreto enquanto política (*politics*).

Interlocutores acadêmicos, atuantes na mobilização da sociedade em torno das perspectivas sanitaristas, buscaram para a formulação do projeto do SUS fundamentos nas propostas humanitárias recomendadas pela Organização Mundial da Saúde, as quais foram pioneiras nas práticas de promoção da saúde em países desenvolvidos, como o é o Canadá. Tomando com referência o debate internacional do movimento de Reforma Sanitária para a área da saúde pública, os militantes desse movimento no Brasil no bom uso dos argumentos sanitários demonstraram na arena da constituinte que a concepção de saúde coletiva provê os critérios de viabilidade técnica, financeira (custos toleráveis) e política (aceitação pública). Logo, a argumentação dos representantes políticos, militantes do movimento sanitários, alcançou a agremiação da força majoritária que deu vitória política constitucional ao projeto do SUS enquanto solução técnico-científica direcional para a política de saúde brasileira.

Esclarecido o encontro das correntes nacionais e internacionais que importaram a democratização da política de saúde do Brasil, pode-se afirmar que a Constituição Federal de 1988 foi, sem dúvida, um marco na história da democracia brasileira, em particular no que diz respeito ao acolhimento, pela agenda governamental nacional, da concepção ampliada de saúde, traduzida enquanto direito social constitucionalmente adquirido. O Plano SUS, atrelado aos ganhos em outros setores igualmente reformados, principalmente com posteriores melhorias econômicas, fortaleceu-se com as melhorias nos perfis epidemiológicos expressos na queda dos números da morbimortalidade e no seu contraponto visto no aumento da expectativa de vida. Talvez às melhorias epidemiológicas tenham possibilitado o avanço na organização e operacionalidade do sistema, que se mantém há um quarto de século. Dos ganhos epidemiológicos surgem novas demandas, para as quais o SUS tem direcionado atenção nas suas mais recentes formulações e inovações.

Conforme Bertolozzi e Greco (1996,p. 396-397),na exemplificação das mudanças epidemiológicas positivas encaminhando às demandas contemporâneas do SUSa exemplo da demandas decorrentes do aumento na esperança de vida ao nascersignificando um maior contingente de pessoas no grupo da terceira idade e uma demanda crescente por assistência especializada. Além disso, o processo de transição epidemiológica evidencia que, na verdade, se acumulam as doenças degenerativas às doenças infecto-contagiosas. Esse conjunto, ao lado do inegável desenvolvimento tecnológico, impulsiona o SUS na aplicação de novas formas de intervenções.

Transposta a fase das amplas mudanças na agenda, os novos acessos, pós CF de 88 com o SUS, à agenda de governo remontam intervenções aos moldes incrementalistas. De certo modo, no desenvolvimento da política, o incrementalismo leva ao recente panorama da saúde pública, que, diante do novo cenário epidemiológico, a exemplo do aumento da expectativa de vida, gera novas demandas, implicando novos serviços e remodelagens de atenção. Com a configuração do SUS, a ação do Estado no campo da saúde avança para além da preocupação epidêmica, avança para a inclusão da humanização da atenção, o que compreende novos incrementos à dimensão do direito à saúde. Para Heidemann e Salm (2010, p. 32), o objetivo da reconceituação da administração pública é ensejar que os serviços requeridos pelos cidadãos sejam prestados com sensibilidade e de acordo com seus anseios. É essa a diferença principal entre a administração pública passada e à administração pós-Constituição de 1988 que a cidadania do século XXI está a reclamar.

Então, a nova realidade da cidadania no Brasil, marcada pela democracia, faz o SUS avançar com a institucionalização de espaços colaborativos, como os conselhos participativos de saúde, as comissões bipartites, conferências, entre outros facilitadores das formulações recentes, cuja primazia passa pela intersectorialidade, interdisciplinariedade e participação do cidadão na esfera da governança dos serviços públicos. Dessa perspectiva corresponsável por essa e expansão da cidadania, o campo da saúde pública vem, desde 2007, acrescentando em sua institucionalidade modelos que colocam ênfase na integralidade e humanização. No sentido do cuidado integral como aspecto incremental requerido para a qualidade da atenção no SUS, em face de práticas e modos de organização, estão instituídas na DATASUS, plataforma nacional de procedimentos financiados pelo SUS, as Linhas de Cuidado.

3. SUS: Impactos e agenda internacional

3.1 Dimensões dos resultados SUS

Segundo Texeira e Solla (2011, p.463), a partir da aprovação das leis nº 8.080 e 8.142 e, principalmente, do desdobramento da municipalização das ações e serviços, de 1993 em diante, houve uma expansão notável dos espaços onde têm sido inseridas mudanças na organização dos serviços e nas práticas de saúde coletiva no Brasil. O eixo em torno do qual esse processo se efetiva – em todos os estados e praticamente em todos os municípios do país –consolidou-se, assim, como resultado da transferência paulatina da responsabilidade de gestão pela Atenção Primária da Saúde (renomeada, no país, como Atenção Básica) aos gestores municipais. Concomitantemente, houve a implantação do Programa Saúde da Família (PSF), redefinido ao longo do período que se estendia de 1994 a 2004, como estratégia de mudança do modo assistencial do SUS.

Não obstante a força da imagem do que se considera promoção da saúde, que, aliás, reúne a diversificação de estratégias que se aproximam da noção do “humano” em sua integralidade, a saúde pública no Brasil é uma vitrine de crítica a judicialização da regra. O argumento que sugere a promoção da saúde como condição para o desenvolvimento também arrasta a continuidade do financiamento a uma arena política marcadamentetensa. No cerne de tal financiamento, estão as caracterizações de um país de dimensões continentais e com questões sociais que importam às melhorias dos indicadores. Trata-se de um custeio emblemático para as necessidades de melhorias no país e que contou, no que se refere à história, para a classificação do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) até 2011, data última em que os resultados foram, aqui, considerados.

Registros do relatório da ONU informam que o IDH brasileiro em 1985 pontuou 0,692; em 1990, 0,713; em 1995, 0,737; em 2000, 0,757 e, seguindo até os resultados mais recentes, 0,715, em 2010 e 0,718, em 2011. Diante do resultado obtido em 2011, o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), reservou ao Brasil a 84ª posição, dentre os 187 países avaliados pelo índice. A dimensão com melhor desempenho computado nesse último resultado foi o da saúde (40%). Entretanto, mesmo que o alargamento da pontuação obtida em 2011 com relação aos anos mais recentes, ainda assim, o país está abaixo da média atingida por outros países da América Latina (0,731).

Quanto à classificação no IDH, nota-se que o Brasil, em 2011, perdeu posições para o Chile (cujo índice chegou a 0,805), a Argentina (0,797), o Uruguai (0,783), Cuba (0,776), México (0,770), Panamá (0,768), Peru (0,725) e Equador (0,720). Assim, vistos os resultados do IDH brasileiro e sua classificação entre os países avaliados – inclusive os da América Latina – considera-se que o país tenha obtido uma posição modesta. Mais que isso: uma posição que está bem aquém do desejável para que seja possível classificar um país dentre aqueles que possuem índices altos – para o que seria necessário um resultado de, no mínimo, 0,800 (ONU, Relatórios IDH).

Diante dos índices de IDH, que estão, como se disse, abaixo do desejável, chega-se a uma importante justificativa no que concerne a criação de ferramentas operacionais para a saúde pública brasileira que sejam capazes de causar impacto nos indicadores. Para além das evidentes necessidades de melhorias, é relevante considerar que, dentre os esforços políticos, em favor do aprimoramento operacional da saúde pública no Brasil, culminaram em programas importantes, quais sejam – o Programa Saúde da Família (PSF), Programa de Assistência Farmacêutica, Política de Saúde Reprodutiva, e as Linhas de Cuidados, e também as várias inovações regulamentadas pelo Sistema Único da Saúde (SUS).

A importantíssima experiência vivenciada no século XX no campo das políticas de saúde legou-nos um extenso arsenal de modelos, desenhos, rotinas e técnicas que dificilmente será superado nas próximas décadas. Isto quer dizer que, que do ponto de vista formal, não é previsível um grande número de ações inovadoras. Entretanto, do ponto de vista substantivo, a identificação das políticas inovadoras se dá muito mais pelo sentido que elas adquirem no contexto que são postas. (VARELA, 2005, p.15).

Em resposta ao arsenal das práticas da promoção à saúde pública no Brasil, é significativo lembrar o indicador da esperança de vida, em que, segundo os dados do Censo promovido pelo IBGE, em 2010, houve aumento considerável. De 1980 a 2009, no cálculo da mediado número total de anos de vida, o indicador saltou da média de 59,06 para a de 73,17 anos.

Intitulado “Sustentabilidade e equidade: Um futuro melhor para todos”, o Relatório de Desenvolvimento Humano do ano de 2011 mostra que o Brasil está entre os 36 dos 187 países que subiram no ranking entre 2010 e 2011. De modo semelhante, previram-se os dados recalculados para a nova base do ano de 2012, segundo o aumento nos índices dos últimos dois anos (0,715 e 0,718), que fez o país subir uma posição no ranking global. Quanto aos outros 151, ou permaneceram na mesma posição ou

decaíram. Assim, no caso do Brasil, a última evolução nos números do IDH deveu-se sobretudo pelas condições providas no que se refere à saúde: a mais recente expectativa de vida (73,5 anos) foi responsável, segundo os relatórios de IDH da ONU, por 40% da alta no índice.

Diante de tal resultado do IDH, demonstra-se a dependência intersectorial – a saber que, nesses casos, contam tanto o setor da educação quanto o da economia – para conquistar resultados satisfatórios na política de saúde. Além do que, ficam ainda esclarecidas, em boa parte, as origens das dificuldades do SUS para garantir resultados qualificados como satisfatórios. Tratam-se de dificuldades chamadas subjetivas e que se relacionam à governança e à governabilidade contextualizadas em inclusão social. Se o modelo SUS, por sua vez, é considerado bom, inclusive quando se pensa em seu reconhecimento mundial, é fato que o modelo foi construído tendo em vistas a intersectorialidade política. Assim, é dependente de outras políticas redistributivas para elevar o panorama acerca do fator da qualidade de vida.

Ainda que não alcançado o ideal, à época de pós-CF de 1988, quando da evolução da democracia da saúde brasileira, os indicadores de saúde revelam melhorias concretas. Em sinopse ao Censo realizado pelo IBGE em 2010, informa-se:

De 2000 para 2010, a taxa de mortalidade infantil caiu de 29,7% para 15,6%, o que representou decréscimo de 47,6% na última década. Com queda de 58,6%, o Nordeste liderou o declínio das taxas de mortalidade infantil no país, passando de 44,7 para 18,5 óbitos de crianças menores de um ano por mil nascidas vivas, apesar de ainda ser a região com o maior indicador. O Sul manteve os menores indicadores em 2000 (18,9%) e 2010 (12,6%).

Na última década, a diminuição das desigualdades sociais e regionais contribuiu para a formação do quadro atual de baixa na mortalidade infantil e de maior convergência entre as regiões. Todavia, ainda há um longo caminho a percorrer para que o Brasil se aproxime dos níveis das regiões mais desenvolvidas do mundo, em torno de cinco óbitos de crianças menores de um ano para cada mil nascidas vivas.

A política de saúde gera impactos globais e é fato que, no caso brasileiro, sobretudo no pós-CF de 1988, tal política produziu diferenciais quanto à longevidade e qualidade de vida. Sobre os impactos citados, há que se considerar a estratégia de mudança do modo assistencial do SUS (1994-2004), que se dispôs para a saúde comunitária, bem como os modelos encaminhados pelo Instituto de Pesquisa e Apoio ao Desenvolvimento Social (IPADS) com vistas à qualificação do SUS em seu Macro-Projeto QualiSUS (licitação 0736-2007:36) para o eixo Organização e Qualidade do Cuidado em Saúde.

Para Teixeira e Solla (2011, p.463), a trajetória das propostas sócio-sanitaristas ilustra um processo de refuncionalização de suas noções e práticas. A entender, na reorganização das práticas médica e clínica, a ampliação do objeto de trabalho (dos indivíduos à família) foi paulatinamente associada aos princípios e diretrizes que vão além da clínica, especialmente em encontro à contribuição da epidemiologia. Ademais, de acordo com a lei orgânica da Saúde, nº 8.080, de 1990, a Vigilância Epidemiológica (VE) pode ser definida como um conjunto de ações que, proporcionando o conhecimento, a detecção ou a prevenção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, recomenda e adota as medidas de prevenção e controle das doenças e agravos. Seus objetivos, em muitos sentidos, aproximam-se das atualizações da Organização das Nações Unidas para a medida do nível de qualidade de vida.

Nos termos relativos à governança em saúde no Brasil, a partir da CF de 1988 e das leis nº. 8.080 e 8.142, de 1990, para que se seguissem os ideários internacionais, foi introduzida, na política de saúde pública brasileira, uma extensa produção que combina tecnologias e cuidado. No *continuum* das discussões conceituais acerca do cuidado, Paim (*apud* Giovanella 2011, p.554), em suas sistematizações, chegou à concepção do modelo técnico-assistencial em defesa da vida. Em resumo, o modelo deve contar, segundo o estudioso, com gestão democrática; saúde como direito de cidadania; serviço público de saúde voltado para a defesa da vida individual e coletiva e maneira de gerir e agir no campo das ações de saúde. Dentre as feições de um programa de saúde democratizado, tem-se rediscutido a concepção de cuidado da saúde segundo os termos do princípio da integralidade.

É essencial lembrar que, para Deslandes (2011, p.58), é na condição de um cuidar-se, um tratar de ser – que se, por um lado, é um ato individual e individualizador, por outro, é também uma relação necessária com o outro, com um mundo compartilhado que forja a identidade de todos e cada um – que se torna possível compreender a existência humana. A elaboração-produção de cuidados propriamente ditos é complexa e são muitas as implicações que impõem aos indicadores de saúde e segundas condições de impactos na saúde pública.

Ainda em referência Deslandes (2011, p.75), há que se notar que elaborar cuidados corresponde a dar espaço ao diálogo. Nesse caso, haveria o resultado de uma discursividade mais livre, caso em que o diálogo não seria guiado como o que ocorre na anamnese, em seu sentido estrito. Tal procedimento evita a tendência monológica, na

qual a fala dos pacientes ou dos membros de uma comunidade restringe-se como, quase exclusivamente (porque nunca o será integralmente), uma extensão ou uma complementação do discurso profissional, apenas preenchendo os elementos que lhe faltam para trilhar um percurso cujo domínio lhe pertence inteiramente.

Surgem, assim, possibilidades mais ricas não apenas de tornar mais claro – para as duas partes da relação – o sentido do cuidado, cuja atualização ocorre mediante o encontro, são aventadas também possibilidades para que se façam elementos capazes de tornar mais precisos os recortes objetivos – quer dizer, os sistemas morfofuncionais, os riscos, os determinantes, etc. – que, porventura, se façam necessários para os procedimentos de cuidado e autocuidado.

Ampliando a concepção de cuidado, Deslandes (2011, p.68) ainda pondera que, na qualidade de portador de uma demanda de saúde, qualquer indivíduo ou comunidade é, de fato, objeto em potencial de conhecimento e intervenção, duas das coisas que se esperam das ciências e dos serviços de saúde. Contudo, a ninguém é permitido subtrair ao indivíduo ou à comunidade a última palavra sobre suas necessidades. Sendo que as ressonâncias mais profundas estão nas dimensões ontológico-existenciais da questão, é preciso que o cuidado em saúde considere e participe da construção de projetos humanos.

O valor de cuidado em saúde, considerado em sua dimensão ontológico-existencial, foi devidamente aceito enquanto critério de qualidade institucionalizado para a denominação de Linhas e Eixos de Cuidados segundo o regulamento do Programa QualiSUS, em 2007, que corresponde a mais uma atividade incrementada sobre a lógica de base na refuncionalização de suas noções e práticas. Trata-se de uma possibilidade surgida das legislações de nº. 8.080 e 8.142 e que pode ser entendida como uma alternativa que se coloca ao setor da saúde, por vias de pacto interno do equipamento e equipe, em favor da ampliação do compromisso do serviço, pois que não lhe basta o sucesso tecnológico. Para muito além disso, entretanto, o mais importante é considerar o valor de em sua dimensão humano-relacional e coletiva, afinal, não faz sentido pensar valores contrafáticos associados à saúde sem que haja também a noção de socialização da experiência.

Segundo o argumento que estabelece o eixo e a linha de cuidados no Quali-SUS, deve-se entender a concepção do cuidado a partir dos significados sociais que implicam um adoecimento. Em Deslandes (2011, p.79), lê-se que, na mesma direção do significado social do processo de doença, é preciso refletir também sobre as raízes e os

significados sociais surgidos de tecnologias e de serviços disponíveis para agir contra adoecimentos. Assim, é de fundamental relevância para a produção acerca do cuidado, a articulação de iniciativas teóricas e práticas que vinculem cuidados individuais a aproximações de corte sócio-sanitário – seja pensando segundo termos de diagnóstico de situação, planejamento e monitoramento de processos e resultados relativos a determinado agravo ou situação de grupo populacionais específicos, seja enfocando a organização dos serviços e arranjos tecnológicos. Assim, geram-se, em favor de cuidado e autocuidado, facilita-se o alcance de bons indicadores sanitários, que corroboram seus efeitos positivos junto aos indicadores globais.

3.2 Agenda internacional da Medicina Social

A perspectiva da saúde democrática nasce atrelada à reclamadas garantias sociais, essas que são originárias da medicina social inglesa, que encarregou o Estado, principalmente, do asseguramento da saúde enquanto um direito inerente à cidadania. Assim, antes mesmo que fosse pauta na constituinte brasileira, a doutrina de uma saúde democrática foi um modelo em crescimento em países como a Inglaterra, a França e o Canadá. A agenda internacional da Medicina Social faz-se, pois, importante, uma vez que antes que tal sensibilização alcançasse a agenda nacional – em razão da interlocução dos profissionais da saúde militantes do movimento sanitarista junto à arena decisional, foi destacada por haver traçado um percurso significativo ou, no mínimo, cujos feitos eram representativos, sobretudo no que tange à difusão dos métodos de promoção da saúde, conforme impressos na Carta de Ottawa.

Sem dúvidas de que o movimento de reforma sanitária trata de um pensamento internacionalmente desenvolvido, mas que surgiu na Inglaterra e se disseminou rapidamente pela Europa, a medicina social intensificou sua influência no Canadá por causa de Conferências Internacionais. Registros do ano de 2010 da Associação Canadense de Saúde Pública (ACSP) assinalam a influência da lei de saúde pública da Grã-Bretanha, de 1875, sobre o início do debate acerca da saúde coletiva no Canadá.

A esse respeito, deve-se ressaltar que, particularmente quanto ao histórico canadense, Edward Playter, médico que liderou o movimento sanitário ali, teve suas relações políticas fortalecidas quando da publicação da primeira revista profissional de saúde pública no país, entre 1874 e 1893, além de ter promovido inúmeros fóruns e iniciativas, cuja temática era a mesma, nas esferas local, provincial e federal. Dentre as

questões tratadas pelo movimento, algumas – a exemplo da drenagem, da ventilação, do esporte, da saúde escolar e da promoção da higiene – chegaram à convenções políticas.

A democratização da saúde chegou ao Brasil quase um século mais tarde em relação às iniciativas nessa linha pelo Canadá. Durante a época da constituinte brasileira, na década de 1980, em resultados concretos na CF de 1988 – que, aliás, também, foi chamada de “Constituição Cidadã”, ocorreu a inserção de garantias sociais aos moldes da medicina social inglesa.

Apartir da CF de 88, o Estado brasileiro é exposto a importantes desafios para a gestão da política setorial, uma vez que trata-se de vasta dimensão territorial, cujas regiões se caracterizam pela heterogeneidade econômica de estados e municípios. Há que se destacar ainda que a aceitação da proposta política da medicina social, tendo sido remodelada a operacionalização do setor da saúde com o auxílio das potências mundiais, foi decisiva para sua aprovação política no país – de modo semelhante, aliás, ao que havia acontecido antes no Canadá, com relação às recomendações inglesas sobre a política de saúde pública.

A influência da Medicina Social inglesa se fez sentir profundamente no Canadá, refletindo-se na consagração dos princípios de universalização de assistência médica e na centralidade da prevenção e da promoção da saúde no sistema de saúde canadense. A constatação do papel fundamental dos determinantes gerais sobre as condições de saúde, que vem a qualificar a moderna promoção de saúde, deve muito à atuação da saúde pública canadense, e à sua posterior influência internacional. (FERRAZ, 1994, 9).

Becker (2001, p.117), ao tratar da medicina social, comenta o modelo campo da saúde reconhecido no Canadá do seguinte modo:

O Informe Lalonde (Lalonde, 1974), marco inicial da moderna Promoção da Saúde no Canadá, é considerado por Terris (1992: 4) "a primeira declaração teórica abrangente na Saúde Pública como resultado dos conhecimentos de epidemiologia de doenças não infecciosas". Utilizando o modelo do "Campo de Saúde", proposto por Laframboise em 1973, o documento afirma que a saúde é determinada por um conjunto de fatores agrupáveis em quatro categorias:

- Biologia Humana, que envolve todos os fatos que se manifestam como consequência da constituição orgânica do indivíduo, incluindo sua herança genética e seus processos de maturação;
- Ambiente – agrupa os fatores externos ao organismo, em suas dimensões física e social, sobre os quais o indivíduo exerce pouco ou nenhum controle;
- Estilos de vida – o conjunto das decisões que o indivíduo toma a respeito da sua saúde, no que se refere, por exemplo, a suas atividades de lazer e alimentação, estando, portanto parcialmente sob seu controle.
- Organização da Atenção à Saúde – disponibilidade, quantidade e qualidade dos recursos destinados aos cuidados com a saúde.

Becker (2001) resgata que houve, tanto no Canadá como no Brasil, no momento que antecedeu a reforma constituinte, incrementos falaciosos centrados na medicina curativa; do mesmo modo, em ambos os casos, a reformulação que culminou no modelo atual deveu-se à falibilidade dos incrementos no que se refere aos seus resultados epidemiológicos. É ainda Becker (2001, p.118), quem, em partes, completa:

Lalonde (1974) afirmava que, até aquele momento, a maioria dos esforços da sociedade para melhorar a saúde, e a maior parte dos gastos em saúde, se concentraram na organização do cuidado médico. Apesar disso, quando se identificavam as causas principais de adoecimento e morte no Canadá, verificava-se que a sua origem estava nos três outros componentes do conceito de campo: a biologia humana, o meio ambiente e o estilo de vida. A título de ilustração, mencionamos o clássico estudo de Dever⁵, publicado dois anos após o Informe Lalonde, que utilizando as categorias do Campo da Saúde, estabeleceu a contribuição de cada uma delas para a mortalidade nos Estados Unidos. Estilos de vida e meio ambiente contribuíam respectivamente com 43% e 19%, mas receberam apenas 1,2% e 1,7% dos recursos federais investidos em saúde; sendo que 91% ficaram com os serviços de saúde.

Sobre esse mesmo aspecto, em registros da Associação Canadense de Saúde Pública, 2010, em que se informa o seguinte:

as formas em que se conceituam, falam e escrevem sobresaúde nunca se limitam apenas à saúde, também fazem-se repositórios e reflexos das nossas idéias e crenças sobre a natureza humana e a natureza da realidade assim como da sociedade que imaginamos que podemos criar e os avanços nessa direção.

Os condicionantes de saúde formulados, na década de 1970, no Canadá, influenciaram até mesmo países que fazem opção pela saúde privada, caso dos Estados Unidos. Desse modo, a aceitação dos condicionantes também pela medicina privatizada revela o fortalecimento do argumento dos condicionantes enquanto índices confiáveis para a medição de níveis de saúde. Contudo, nas experiências privatistas, mesmo que validados os condicionantes de saúde, não foi instituída a proposta da medicina social, haja vista o poder de negócios dos planos de saúde estado-unidenses. Os dados têm demonstrado que os projetos privatista e universalista prosseguem na mesma acirrada disputa de outrora do controle político do setor da saúde e, não celebrando nenhum acordo significativo entre as partes, revelam, ao contrário, um agravamento para o qual não há perspectivas de consenso.

Em SCLiar (2007, p.37-38), aliás, tem-se que

⁵DEVER, A.G.E. *Epidemiología y administración de servicios de salud*. Washington: Ed. OPS/OM, 1991.

A amplitude do conceito da OMS (visível também no conceito canadense) acarretou críticas, algumas de natureza técnica (a saúde seria algo ideal, inatingível; a definição não pode ser usada como objetivo pelos serviços de saúde), outras de natureza política, libertária: o conceito permitiria abusos por parte do Estado, que interviria na vida dos cidadãos, sob o pretexto de promover a saúde. Em decorrência da primeira objeção, surge o conceito de Christopher Boorse (1977): saúde é ausência de doença. A classificação dos seres humanos como saudáveis ou doentes seria uma questão objetiva, relacionada ao grau de eficiência das funções biológicas, sem necessidade de juízos de valor. Uma resposta a isto foi dada pela declaração final da Conferência Internacional de Assistência Primária à Saúde realizada na cidade Alma-Ata (atual Cazaquistão), em 1978, promovida pela OMS. A abrangência do tema foi até certo ponto uma surpresa. A par de suas tarefas de caráter normativo - classificação internacional de doenças, elaboração de regulamentos internacionais de saúde, de normas para a qualidade da água - a OMS havia desenvolvido programas com a cooperação de países-membros, mas esses programas tinham tido como alvo inicial duas doenças transmissíveis de grande prevalência: malária e varíola. O combate à malária baseou-se no uso de um inseticida depois condenado, o dicloro-difenil-tricloroetano (DDT), tendo êxito expressivo, mas não duradouro. A seguir foi desencadeado, já nos anos 60, o Programa de Erradicação da Varíola. A varíola foi escolhida não tanto por sua importância como causa de morbidade e mortalidade, mas pela magnitude do problema (os casos chegavam a milhões) e pela redutibilidade: a vacina tinha alta eficácia, e como a doença só se transmite de pessoa a pessoa, a existência de grande número de imunizados privaria o vírus de seu hábitat. Foi o que aconteceu: o último caso registrado de varíola ocorreu em 1977. A erradicação de uma doença foi um fato inédito na história da Humanidade. Quando se esperava que a OMS escolhesse outra doença transmissível para alvo, a Organização ampliou consideravelmente seus objetivos, como resultado de uma crescente demanda por maior desenvolvimento e progresso social. Eram anos em que os países socialistas desempenhavam papel importante na Organização - não por acaso, Alma-Ata ficava na ex-União Soviética. A Conferência enfatizou as enormes desigualdades na situação de saúde entre países desenvolvidos e subdesenvolvidos; destacou a responsabilidade governamental na provisão da saúde e a importância da participação de pessoas e comunidades no planejamento e implementação dos cuidados à saúde. Trata-se de uma estratégia que se baseia nos seguintes pontos:

- 1) as ações de saúde devem ser práticas, exequíveis e socialmente aceitáveis;
- 2) devem estar ao alcance de todos, pessoas e famílias - portanto, disponíveis em locais acessíveis à comunidade;
- 3) a comunidade deve participar ativamente na implantação e na atuação do sistema de saúde;
- 4) o custo dos serviços deve ser compatível com a situação econômica da região e do país.

A histórica disputa de projetos privatista *versus* projetos universalistas desdobrou-se também no Brasil - em que, tendo atingido seu ápice na reforma constituinte, o projeto universalista prevaleceu sobre o privatista -, no momento em que inscreveu o direito social à saúde, na Constituição de 1988. A impressão do direito à

Saúde em legislação nacional, assim, entrava em vigor, não só no Canadá, mas também no Brasil.

O Canadá antecipou a sistematização dos objetivos da sua política de saúde pública e, assim, reuniu os serviços sociais e de saúde sob a autoridade de um mesmo ministério, o Ministério dos Assuntos Sociais, nos mesmos estabelecimentos, quando se tratava de âmbito local, os Centros Locais de Serviços Comunitários (CLSC), e com o auxílio de uma equipe pluridisciplinar composta de agentes sanitários e sociais. Desse modo, favoreceu uma medicina global, através da prática nos CLSC e dos laços estabelecidos entre clínicos e especialistas da saúde pública, o que, afinal, assegurou a importante participação dos cidadãos na administração dos serviços de saúde.

Resultado do pioneirismo do Canadá, Ontário promulgou sua lei de saúde pública já em 1884, segundo os registros da ACSP (2010). Antecipou-se, assim, o estabelecimento de comitês locais de saúde – um para cada município, região e província –, para os quais, por força daquela norma, exigia-se a nomeação de agentes sanitários com formação médica.

Afora as formações acadêmica e sanitária, cuja finalidade podia-se resumir pelo matriciamento dos comitês na difusão dos condicionantes da saúde, houve, adiante, a “I Conferência Internacional em Promoção de Saúde”, em 1986, sediada em Ottawa – o evento é a mais importante produção canadense no que se refere à área da saúde e das recomendações internacionais. Nessa ocasião, foi publicada a “Carta de Ottawa”, documento oficial que institucionaliza o modelo canadense, definindo-lhe os principais elementos discursivos para a promoção da saúde. Dentre os tópicos que a Carta pontuava, podem-se citar, de modo resumido: (a) integração da saúde como parte de políticas públicas “saudáveis”; (b) atuação da comunidade na gestão do sistema de saúde; (c) reorientação dos sistemas de saúde e, afinal, (d) ênfase na mudança dos estilos de vida.

O estabelecimento da saúde segundo conjunção de um coletivo, no Canadá, refletiu-se, aqui, sobretudo porque os parlamentares, militantes do movimento de reforma sanitária brasileira que eram, defenderam que a agenda de governo de 1988 emprestaram da Carta os condicionantes levados em conta no Canadá agregando-os aos seus argumentos na defesa de uma saúde pública, universal e integral para o Brasil. Também positivamente, durante os anos de 1970 e 1980, os bons resultados que se observaram da associação entre condições de vida, prosperidade e considerável nível educacional foram se amontoando em observatórios internacionais. Era a motivação

necessária à OMS para que patrocinasse conferências internacionais de saúde, onde a Carta de Ottawa foi largamente divulgada. As conferências foram, assim, segundo a OMS (1986), fundamentais à história da saúde pública, uma vez que reconheceram a paz, a educação, a habitação, o poder aquisitivo, um ecossistema estável, e conservação dos recursos naturais e a equidade como condições essenciais à saúde. Promovê-la correspondia à capacitação da comunidade para atuar na melhoria de suas qualidades de vida e saúde.

Ainda sobre a promoção da saúde, CARVALHO (2004, p. 670) comenta que, a importância da primeira conferência canadense ficou clara na medida em que a Carta de Ottawa considerou a equidade em saúde como imprescindível à promoção dela. Assim, todas as ações que se tomem para esse fim têm por objetivo “[...] reduzir as diferenças no estado de saúde da população e no acesso a recursos diversos para uma vida mais saudável”. O conceito de promoção da saúde endossado na Carta, torna-se, então, espinhal para a nova saúde pública. Mais que isso, porque a Carta reafirma a promoção da saúde enquanto uma política estratégica, ela representou também um avanço em relação à Conferência de Alma-Ata (1977). Ainda genérica, esta se fundou no propósito “saúde para todos até o ano 2000”, tendo-se apoiado na ampliação da atenção primária. Contudo, as conquistas obtidas na Carta não negaram as discussões pregressas de Alma-Ata – ao contrário, seu alcance foi alargado e suas idéias, desenvolvidas.

Tanto assim que, em acordo com Carvalho (2004, p.671), admite-se um *continuum* entre os primeiros debates, sediados no Cazaquistão, e as definições da Carta acerca dos pré-requisitos essenciais à saúde, quais sejam: a justiça social, a equidade, a educação, o saneamento, a paz, a habitação, o salário digno, a estabilidade do ecossistema e a sustentabilidade dos recursos naturais.

Com os eixos de estratégias e ações que se podem usar para garantir as condições exigidas na Carta, aliás, as recomendações da OMS, datadas de 1986, coincidem as recomendações da organização. Dentre as ações lembradas pela OMS, há que se citar: (a) a constituição de políticas públicas saudáveis; (b) a criação de ambientes sustentáveis; (c) a reorientação dos serviços de saúde; (d) o desenvolvimento da capacidade dos sujeitos individuais e, afinal, (e) o fortalecimento de ações comunitárias.

Por essas razões, é justo estar de acordo com Ferraz (1994, p.11), para quem a Carta apresentou-se como o desenvolvimento da concepção de promoção da saúde, uma vez que admitiu a importância e o impacto das dimensões sócio-econômicas, políticas e culturais sobre as condições de saúde. A resignificação da saúde, iniciada pela

publicação da Carta, abrangeu a interdisciplinaridade e a intersetorialidade. Na verdade, reconheceu-se, então, que a promoção da saúde não era responsabilidade exclusiva desse setor; ao contrário, para promovê-la, é necessária uma atividade subjacente que seja essencialmente intersetorial. Vejam-se, a respeito do que a Carta estabeleceu no que se refere à produção da saúde, algumas das anotações de BECKER (2001):

A Carta de Ottawa tem sido o principal marco de referência da promoção da saúde em todo o mundo, como comprovam documentos oriundos das diversas conferências internacionais sobre o tema que se seguiram (Adelaide – 1988; Sundsvall – 1991; e Jakarta - 1997), e de conferências regionais, como a de Santafé de Bogotá, em 1992 (Buss et al., 1998; Ministério da Saúde, 1995).

Em Adelaide, o tema central foi às políticas públicas saudáveis; em Sundsvall, a ênfase foi dada à criação de ambientes favoráveis à saúde, com nítida influência de temas ligados à saúde ambiental e às questões ecológicas, muito em voga naquele momento.

Em Jakarta, são destacados o reforço da ação comunitária e o surgimento de novos atores e novos determinantes da saúde, como os fatores transnacionais (globalização da economia e suas conseqüências, papel dos meios de comunicação e outros). Entre as conclusões desta última conferência, destacam-se a percepção de que os métodos de promoção da saúde baseados na combinação das cinco estratégias preconizadas pela Carta de Ottawa são mais eficazes que aqueles centrados em um só campo; e a de que diversos cenários – cidades, comunidades locais escolas, locais de trabalho – oferecem oportunidades para a execução de estratégias integrais. (Buss et al., 1998).

A declaração de Santafé de Bogotá, assinada em 1993 por representantes de 21 países do continente americano e intitulada "Promoção e Igualdade", afirma que a promoção da saúde na América Latina busca a criação de condições que garantam o bem estar geral como propósito fundamental do desenvolvimento, assumindo a relação mútua de determinação entre saúde e desenvolvimento, e destacando a necessidade de solidariedade e equidade para seu alcance.

A tendência mundial à realização das conferências, de que o Canadá havia sido pioneiro, teve importantes repercussões para uma América Latina que, em geral, passava por um tempo de transição política de regimes. O movimento pelas conferências, representado sobretudo pela atividade da Organização Mundial de Saúde, prescreveu as orientações para a conquista de uma política de saúde pública e universal, fator que, à essa altura, já era considerado indispensável para o desenvolvimento. Assim, as determinações da OMS contribuíram para que houvesse a institucionalização da política de saúde na CF de 1988. Desta vez, as legislações concernentes à saúde, fundamentadas que foram na medicina social, preocuparam-se com as questões sanitária e epidemiológica.

A partir destas conferências, a promoção da saúde passou a ser cada vez mais considerada nas políticas de saúde de diversos países. Na América Latina, a OPAS colocou-a como prioridade programática, definindo-a

como "a soma das ações da população, dos serviços de saúde, das autoridades sanitárias e de outros setores sociais e produtivos, dirigidas para o desenvolvimento de melhores condições de saúde individual e coletiva" (Mendes, 1996: 246-247).

Com a evolução do movimento da promoção de saúde na América do Norte surge o Movimento Cidades Saudáveis, citado aqui por sua importância na compreensão do alcance e do significado da nova formulação dos conceitos de promoção de saúde. O movimento surgiu em 1984, em Toronto, no Canadá, e foi encampado pela OMS a partir de 1986. A OMS considera uma cidade saudável aquela em que os dirigentes municipais enfatizam a saúde de seus cidadãos numa ótica ampliada de qualidade de vida, de acordo com a proposta de promoção da saúde desenvolvida na Carta de Ottawa. O movimento se difundiu em inúmeras cidades de todo o mundo, formando redes regionais e globais, e tornou-se o mais difundido projeto estruturante da moderna promoção de saúde, tendo sido também incorporado como estratégia pelo movimento de municipalização da saúde no Brasil.

Depois de publicada a Carta, os países que defendiam o projeto de saúde universalista desenvolveram uma série de instrumentos operacionais com vistas a obter êxito na promoção a saúde. Seguindo essa tendência, tanto Brasil como Canadá acrescentaram, ao plano operacional da política de saúde, instrumentos que interessassem à universalização das políticas sociais e à garantia dos direitos sociais. Analogamente à participação dos cidadãos na política pública, em sua nova regulamentação, é exemplar que o Brasil tenha concedido aos usuários da rede de saúde direitos previstos em uma legislação própria (lei nº.11.634/2007). Nesta, o Ministério da Saúde assinala, dentre outros itens, que é conferido ao usuário:

- ter acesso ao conjunto de ações e serviços necessários para a promoção, a proteção e a recuperação de saúde;
- gratuidade, mediante financiamento público, dos medicamentos necessários para tratar e restabelecer a saúde;
- ter acesso a atendimento ambulatorial, cuja espera não prejudique a saúde;
- dispor de procedimentos ágeis para a marcação de consultas ambulatoriais e exames, por telefone, meios eletrônicos ou pessoalmente;
- ter acesso a centrais de vagas ou a outros mecanismo, que facilitem a internação hospitalar, sempre que houver indicação, evitando que, no caso de doença ou gravidez, tenham que percorrer os estabelecimentos de saúde para esse fim;
- em caso de risco de vida ou lesão grave, independentemente de seus recursos financeiros, ter direito a transporte e atendimento adequado, em estabelecimento de

saúde capacitado ao atendimento; em caso de necessidade de transferência, esta somente poderá ocorrer em condições de estabilidade do quadro de saúde e com segurança;

- ser atendidos com atenção e respeito, de forma personalizada e com continuidade, em local e ambiente digno, limpo, seguro e adequado ao atendimento;
- ser identificado e tratado pelo nome ou sobrenome, e não por número, códigos ou modo genérico, desrespeitoso ou preconceituoso;
- ser acompanhado por pessoa indicada, se assim quiserem, nas consultas e exames, durante o trabalho de parto e no parto; criança e adolescentes com direito de permanecer acompanhadas, por tempo integral, inclusive durante a internação;
- identificar as pessoas responsáveis, direta e indiretamente, por sua assistência, por meio de crachás visíveis, legíveis e que contenham o nome completo, profissão e cargo, assim como o nome do estabelecimento;
- ter assegurada a autonomia para decidir sobre sua saúde e vida, como consentir ou recusar, de forma livre, voluntária e com adequada informação prévia, procedimentos diagnósticos, terapêuticos ou outros atos médicos a ser realizados;
- se não estiver em condições de manifestar sua vontade, receber apenas as intervenções de urgência, necessárias à preservação da vida ou prevenção de lesões irreparáveis, antes que seja consultada a família ou responsável; ser respeitada eventual decisão anterior se tiver manifestada, por escrito, acerca do consentimento ou recusa de tratamento médico;
- ter, se assim manifestarem, um segundo parecer de outro profissional ou serviço, acerca de seu estado de saúde ou sobre procedimento recomendado, em qualquer fase do tratamento, podendo, inclusive trocar de médico, hospital ou instituição de saúde;
- participar das reuniões dos conselhos de saúde, das conferências de controle social, que discutam ou deliberem sobre diretrizes e políticas de saúde gerais e específicas;
- ter acesso a informações claras e completas sobre serviços de saúde existentes no município, incluindo endereços, telefones, horários de funcionamento, procedimentos de marcação de consulta, exames, cirurgias, profissionais, especialidades médicas, equipamentos e ações disponíveis, bem como as limitações de cada serviço;
- ter garantida a proteção e privacidade, o sigilo e a confidencialidade de todas as informações sobre seu estado de saúde inclusive diagnóstico, prognóstico e tratamento, assim como todos os dados pessoais de identificação, armazenamento, registro e transmissão de informações, inclusive sangue, tecido e outras substâncias, que possam

propiciar a identificação; a manipulação do sigilo, mesmo após o falecimento, salvo, excepcionalmente se houver expressa autorização ou por decisão judicial ou diante de risco de saúde dos descendentes ou de terceiros; inclusive a anotação, pelo médico, nas guias de consulta, da Classificação Internacional de Doença (CID) no modelo Troca de Informações de Saúde Suplementar (TISS), instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS);

- ser informados, claramente, sobre os critérios de escolha, seleção ou programação de paciente, quando houver limitação de capacidade de atendimento do serviço, devendo a prioridade basear-se em critérios médicos e de estado de saúde, vetado o privilégio, nas unidades do SUS, a usuários particulares ou conveniados de planos e seguros-saúde;
- receber informações claras, objetivas, completas e compreensíveis sobre seu estado de saúde, hipóteses diagnósticas, exames solicitados e realizados, tratamentos ou procedimento proposto, inclusive seus benefícios e riscos, urgências, duração e alternativas de duração, devendo ser detalhado todos os possíveis efeitos colaterais de medicamentos, exames e tratamentos e as dúvidas ser prontamente esclarecidas;
- ter anotadas, em seu prontuário, em qualquer circunstância, todas as informações relevantes sobre sua saúde, de forma legível, clara e precisa, incluindo medicações, com horários e dosagem utilizadas, riscos de alergias e outros efeitos colaterais, registros de quantidade e procedência do sangue recebido, exames e procedimentos efetuados, assegurado o direito de receber cópia desse prontuário, se solicitarem;
- receber receitas com o nome genérico dos medicamentos prescritos, datilografadas, digitadas ou escritas em letra legível, sem utilização de códigos ou abreviaturas, com o nome, assinatura do profissional e número de seu registro no órgão de controle e regulamentação da profissão; conhecer a procedência do sangue e hemoderivados, assegurado o acesso, se quiser, antes de recebê-los, ao receptivo atestado de origem, sorologias efetuadas e prazo de validade;
- serem prévia e expressamente informado, quando o tratamento proposto for experimental ou fizer parte de pesquisa, assegurada rigorosamente à norma de experimentos em seres humanos, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do hospital ou instituição;
- não ser discriminado nem sofrer restrição ou recusa de atendimento, nas ações e serviços de saúde, em razão da idade, raça, gênero, orientação sexual, característica genética, condições sociais, ou, econômicas, convicções culturais,

políticas ou religiosas do estado de saúde ou da condição de portador de patologia, deficiência ou lesão preexistente;

- dispor de um procedimento eficaz de apresentar sugestão, reclamação e denúncias sobre a prestação de serviços inadequados e de cobranças ilegais, por meio de instrumentos apropriados, no sistema público, conveniado ou privado e, por fim,
- recorrer aos órgãos de classe e conselhos de fiscalização profissional, visando a denuncia e posterior instauração de processo ético-disciplinar, diante de eventual erro, omissão ou negligência de médicos e demais profissionais da saúde, durante qualquer etapa do atendimento.

Nos 25 anos desde o seu estabelecimento dessas políticas, houve o aperfeiçoamento técnico-operacional do que se dispôs para a efetivação da agenda da medicina social, especialmente segundo a perspectiva da promoção da saúde. Também se desenvolveu consideravelmente o lastro de instrumentos e modelos pensados para que se cumprissem os objetivos da saúde pública. Esse período foi marcado pelo diálogo entre o Canadá e Brasil a respeito das possibilidades de arranjo de saúde pública universal. Importa ainda dizer que, para os dois países, foi selado, nesse tempo, o reconhecimento de que saúde – como queriam os termos previstos pela OMS (1986) – corresponde a “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não consistindo somente da ausência de uma doença ou enfermidade”.

De modo semelhante, é significativo apontar que as influências do projeto de saúde universalista que serviram de matriciamento para a saúde pública do Brasil, passados os 25 anos da instituição de valores da medicina social para o setor da saúde, consolidaram-se internamente. À essa altura, então, o Brasil estava colocado em posição de compartilhamento de idéias no cenário internacional – veja-se Contadriopoulos, Hartz, Gerbier e Nguyen (2009, p.369), em relato da participação do Brasil (e também do Peru, da Costa Rica, da Nicarágua e do Québec) na rede internacional de formação de determinantes sociais, de saúde e da gestão de serviços de saúde, a REDET.

Rediscutir a produção de saúde e cuidados pelas práticas interdisciplinares com vistas ao cuidado estava dentre as prioridades do Brasil. Naquele momento, havia, no país, debates com muitos atores (inclusive internacionais) acerca do desdobramento das idéias sócio-sanitárias em avanço da medicina social, sobretudo por conta da lógica promocional.

4. Projeto QualiSUS: das Linhas de Cuidados

4.1 A modelagem Linha de Cuidados (LC)

Uma vez que se tenha passado pelas discussões acerca dos processos políticos, dos conceitos sanitários e do percurso sócio-histórico concernentes ao Sistema Único de Saúde (SUS), este trabalho, a partir de agora, dedica-se à discussão do produto tecnológico que se manifestam nas Linha de Cuidados (LCs), propriamente falando.

Essas linhas foram resultado do macroprojeto brasileiro, que, aliás, foi aprovado para que se prestasse mais cuidado à qualidade de atenção à saúde (Projeto QualiSUS 2007). Quando inovadas, as LCs apresentaram-se como um facilitador do princípio da integralidade e, porque sua institucionalização era recente, foi também possível precisar os apontamentos sobre os efeitos concretos desse modelo de prática.

As definições do IPADS – Projeto QualiSUS (licitação 0736-2007, p.36) – para a Organização e Qualidade do Cuidado em Saúde reconhecem, dentre os elementos do setor da saúde, os protocolos clínicos, as linhas de cuidados, a supervisão técnica e a capacitação de recursos humanos. Especialmente no que se refere às linha de cuidados, é possível defini-las, segundo o mesmo projeto, como um itinerário seguro criado para melhorar o trânsito do usuário nos limites da rede de saúde. A adoção dessas linhas implica que se reconheça que os gestores dos serviços podem pactuar fluxos, criar instâncias de decisão colegiadas e reorganizar processos de trabalho com a finalidade de unificar ações preventivas, curativas e de reabilitação. Assim, uma vez que, nesses casos, as diferentes frentes de atenção imiscuem-se, é possível proporcionar ao usuário o acesso integral a todos os recursos tecnológicos que lhe forem necessários.

Os elementos de atenção inseridos no Projeto QualiSUS – os protocolos clínicos, as linhas de cuidados, a supervisão técnica e a capacitação de recursos humanos conjuntamente – justificam-se na medida em que melhor cumprem o propósito de prover ao assistido uma situação de bem-estar. A preocupação da política de saúde pública com relação ao bem-estar é reconhecida no Brasil e no Quêbec. Tanto assim que, no que concerne ao cuidado relacionado à política de saúde e ao serviço social do Quêbec, o conceito de bem-estar concorre como indicador de saúde – para BRUNNER e SUDDARTH (2011, p.6), “*le bien-être a été défini comme un état équivalent à la santé*”. Tais fatos comprovam o alinhamento de direção quanto às práticas da saúde entre Brasil e referências internacionais para esse campo.

Se, por um lado, no Canadá, a condição de bem-estar é indicador de saúde, por outro, no Brasil, é uma das preocupações das linhas de cuidados. Uma vez que as atividades das LCs podem ser entendidas como uma engrenagem de processos que otimizam práticas e processos interdisciplinares em favor da integralidade e da humanização, elas necessariamente proveriam as condições que garantem bem-estar ao usuário dessa atenção.

Para dar conta do princípio da integralidade na proposta de qualificação do SUS, há, no Brasil, além do parâmetro interdisciplinar de atenção e da pactuação de rede, a concordância com a OMS (1986) sobre a idéia sanitária de “bem-estar”. Nesse caso, a proposta do SUS, tanto quanto a OMS, acredita que não se trata apenas de ausência da doença, mas sim de “um estado de completo desenvolvimento físico, mental e social”.

Para se ajustar ao ordenamento democrático da saúde pública, tendência internacional, o macroprojeto QualiSUS concentra-se em ações conjuntas com a finalidade de promover integralmente a saúde. Para cumprir seu objetivo de cuidado integral, o macroprojeto dispõe das LCs, que se manifestam no ato acolhedor do profissional de saúde, no estabelecimento de vínculos e na responsabilização diante do problema de saúde. Com efeito, o serviço que se organiza segundo o modelo de LCs se dispõe ao estabelecimento de uma relação bidirecional entre equipe e usuário. Consolidando-se, então, como um desenho circular das relações centradas na pessoa e na família, os moldes das LCs buscam romper a estrutura hierárquica da relação médico-paciente, mantendo-se a atenção ao diálogo bem como a acolhida integral. A esse respeito, KOLOROUTIS (2012, p.xxii) demonstra graficamente o modelo LCs:



Resultado do investimento em um modelo de atenção fundamentada no diálogo horizontal, no que se refere ao ideário, houve a ampliação do alcance da promoção da saúde que se busca no SUS. No Brasil, as LCs avançam rumo à unificação das ações; contudo, mantêm-se suas intenções de assegurar conforto e segurança ao usuário, de modo que, de acordo com MEHRY (2002, p.5), podem ser interpretadas segundo

[...] um modo de operar que implicaria em garantir desde o consumo de todas as tecnologias de saúde disponíveis para melhorar e prolongar a vida, até a criação de um ambiente que resultasse em conforto e segurança para a pessoa acompanhada'. O cuidado integral em saúde ocorreria, portanto, a partir de uma combinação generosa e flexível entre tecnologia e humanização.

O macroprojeto QualiSUS (2007), responsável pela instituição das Linhas de Cuidados, inscreve, em seus direcionamentos, uma produção política que valoriza a promoção a saúde segundo a perspectiva já alterada da determinação social da saúde e da doença. De acordo com a lógica promocional da saúde, o macroprojeto QualiSUS propõe, então, uma reflexão acerca dados demográficos, das capacidades instaladas de serviços de saúde, dos indicadores epidemiológicos e da prevenção dos agravos a saúde.

A promoção do cuidado, como previu o QualiSUS, requer a difusão de informação. Assim, vale, para tal, uma abordagem em que se invista, não apenas em recursos curativos, mas também nos educacionais. As dimensões do cuidado, segundo (nossa tradução) PINEAULT (2012, p.63), podem ser entendidas nos seguintes termos:

As principais dimensões da experiência do cuidado são a acessibilidade, a continuidade amplitude e resultados do atendimento. Acessibilidade refere-se à facilidade de utilização dos serviços por parte de indivíduos, tendo em conta geográfica, o uso organizacional, econômica ou cultural. Continuidade tem vários aspectos. Pode descrever o fenômeno da falta de fluidez e em uma seqüência de tempo, em que vários serviços são prestados. É também o aspecto relacional da continuidade, o que reflecte uma longitudinalidade na relação entre o paciente e os profissionais. Sobre a continuidade informacional, está ligada à informação sobre a viagem do paciente que recebe os serviços de várias fontes. Finalmente, a continuidade da coordenação apreciar o grau de coesão entre os vários serviços prestados por profissionais ou locais ao paciente. A resposta é em resposta às legítimas expectativas dos indivíduos em relação a outros aspectos do que os cuidados técnica e clínica. Capacidade de resposta tem duas componentes principais: o respeito pelas pessoas e atenção ao paciente. Apreciar a resposta global e organização profissional para as necessidades de todos os serviços de saúde necessários. Os resultados de cuidados descrevem os efeitos ou conseqüências de serviços em saúde.

Para o macroprojeto QualiSUS os dados socioeconômicos, epidemiológicos e demográficos são parâmetros de atenção, uma vez que cada um deles motivou a criação

do modelo Linha de Cuidados (LCs) tal como é hoje. São de diferentes naturezas os condicionantes de saúde que justificam, no caso brasileiro, a implementação de propostas pautadas no diálogo interdisciplinar e na promoção à saúde. A esse respeito, a proposta que se faz para as LCs inclui às esferas de assistência à saúde atitudes relacionais mais horizontalizadas, focadas na integralidade e nas redes.

A promoção da saúde brasileira prevê uma reorganização horizontal das tecnologias – trata-se de incentivos a comportamentos saudáveis que, avaliados com relação às ações de prevenção, não referem a noção de autonomia, em suas discussões recentes, de modo claro. A inovação brasileira das linhas de cuidados propõe a conciliação de práticas e a consideração do cidadão na elaboração do plano terapêutico, como nas etapas de fase organizativa e de revisão, ou atualização dos valores sanitaristas e de humanização.

Para o Brasil, muito embora o macroprojeto pretenda a promoção e formação de uma cultura participativa, o nível educacional (por parte dos usuários) e os convencionais instrumentos de referência e contra-referência são limitadores da autonomia ampliada do usuário. Isso porque, os dois fatores limitantes que se citaram estão associados ao controle, até mesmo quando se fala num contexto de produção de cuidados.

Contra a hierarquia do controle que é estimulada no país, as LCs despontam como uma alternativa mais dialógica e de menos controle, ou caso se prefira, uma alternativa mais horizontalizada. Ainda assim, carece das discussões sobre estratégias para se desvincular do controle tradicional e, ao mesmo tempo, fomentar parcerias e conceder poder às redes e à participação dos sujeitos. Deve-se destacar, entretanto, que o dado referente à autonomia, no tom com que foi explorado em Québec (anexo 3), não havia sido claramente enunciado no Projeto QualiSUS, de 2007.

A respeito de suas inovações, o Projeto QualiSUS apresenta a proposta da Linha de Cuidado e avalia, segundo sua caracterização, um tipo de tecnologia associativa. Segundo essa tecnologia, podem ser considerados, de acordo com um gradiente, as espécies “dura”, “dura-leve” e “leve”; os tipos “leves”, entretanto, predominam porque se organizam através de uma agregação compacta das *expertises* que interessam à ação de cuidar da saúde de cada cidadão. Mais detalhadamente, lê-se, em Merhy (2002, p.50-51) , que os níveis de tecnologias associadas às LCs classificam-se do seguinte modo:

- Tecnologias duras: relacionadas a equipamentos, procedimentos; tecnologias

- Leve-duras: tecnologias decorrentes do uso de saberes bem estruturados, como a Clínica e a Epidemiologia;
- Tecnologias leves: relacionais, ficam no espaço intersubjetivo do profissional de saúde e do paciente.

Ainda que tenha proposto muitas inovações, o modelo Linha de Cuidados ainda não aponta, contudo, de acordo com o que se descreveu no Projeto QualiSUS, caminhos para a autonomia em níveis de autogestão, autocuidado e autorreferência de seus assistidos. A experiência observacional na USE-UFSCar, estudo de caso deste trabalho, sinaliza inquietações relativamente à etapa inicial, de implementação de uma cultura dialógica. Assim, deve-se constatar que, até o momento, não aconteceram quaisquer debates acerca do conceito da autonomia dos sujeitos. Sobre as LCs aplicadas em experiência na USE, faltam-lhe capacitação da equipe e acordo interno sobre instrumentos e processos funcionais interiores ao equipamento propriamente dito. Apenas assim é que o modelo das LCs seria realizado em sua completa funcionalidade, caso em que, conseqüentemente, as LCs poderiam ampliar os debates, direcionando-os para ganhos de fato diferenciais.

Em fase de implementação, a situação das LCs no Brasil demandam uma tecnologia que agregue revisão dos valores de atenção – para essa hipótese, seria necessário levar em conta, aqui, a produção efetiva de atenção coletiva, caso em que o sujeito é considerado no que quando da proposta terapêutica. Identifica-se, nessa fase, entretanto, um cenário de problematização do fazer na condução de um esforço de aprendizagem – vejam-se, a respeito da problematização detectada nesse momento, as considerações de POTVIN, MOQUET e JONES (2010, p.322).

O processo de problematização é definir os papéis e as identidades das partes envolvidas na função um do outro, e, assim, orientar as relações que consideramos entre as partes. Assim, em um programa de saúde pública, com base em parcerias locais devem estar cientes de que pedimos a todos para sair, em parte, sua missão, seu papel original de encontrar soluções inovadoras. Muitas vezes, nas organizações, o que não é o mandato original de contribuir é mandato saúde alcançar, adquirindo novas funções e uma nova identidade. A problematização é, assim, pôr em marcha um dos atores em torno de uma questão em particular, para mover as fronteiras, permitindo que cada um colocasse seus interesses, o seu papel, suas limitações, fazem-se capazes de mudá-los.

A aceitação desta nova função requer o alinhamento de interesses em torno de interesses comuns. Este é o processo de compartilhamento de implantação de ações ou dispositivos que permitam impor estas novas identidades para as partes ou para facilitar a sua aceitação. É uma fase de negociação, onde cada um tem que encontrar o lugar, colocou seu interesse em mudar para novos papéis.

O estágio inicial de implantação das LCs no país e, adiante, no momento de seu desenvolvimento, requer o esforço em integrar equipe e usuário na condução conjunta de um plano terapêutico. Isso também significa a necessidade implícita de uma negociação que atravessa a revisão de papéis. Nesse sentido, mesmo que as LCs não ofereçam as ferramentas devidas à independência dos usuários da atenção, atribuem à política de saúde brasileira um estímulo ao compartilhamento de conhecimentos técnicos e à alocação de recursos, integrada à participação de usuários ao longo de todo o processo de atenção.

As LCs bem exemplificam como o Brasil, segundo a perspectiva da organização e do funcionamento do Sistema de Planejamento do SUS (Brasil/MS, 2006, p.26), vem expandindo a organização de meios para processar o cuidado de maneira humanizada e promocional. Para o SUS, a organização e a qualidade do cuidado em saúde inserem-se na avaliação do cuidado oferecido pelos profissionais de saúde à população. Assim, com a finalidade de elevar os níveis organizativo e qualitativo desse cuidado, essa perspectiva admite as estratégias de redes, eixos e linhas de cuidados.

Ademais, com relação às práticas clínicas ordenadas segundo o modelo das LCs, o Projeto QualiSUS (2007) prevê práticas desenvolvidas por profissionais de diferentes formações que, representantes da oferta de ações e procedimentos, concentram-se na busca de uma abordagem integral do processo de saúde-doença. Segundo o que se lê nas considerações do IPADS (2007, p.9), abordagem integral desse processo implica que “o cuidado assume uma conotação mais ampla reunindo práticas desenvolvidas por diferentes profissionais com foco no indivíduo e/ou na coletividade”. Portanto, um ponto relevante no modelo das LCs refere-se à passagem ideológica, cuja primazia da atenção esteja centrada na relação entre fisiologia e especialização técnica, para o alinhamento das *expertises* rumo à formação, também ideológica, que se concentre na relação dos profissionais com as pessoas, família e sociedade, em sua globalidade, para, afinal, ser conquistada produção coletiva de melhores indicadores sociais e de saúde.

4.2 Estudo de caso:

A Unidade Saúde Escola da Universidade Federal de São Carlos (USE - UFSCar)

Para analisar a experiência de implantação do modelo de LCs reconhecido pelo SUS, a delimitação de um caso com características do domínio de um serviço universitário público tem a vantagem da excelência em sua atuação (em se tratando de

uma instituição pública, é comum que se tenha essa preocupação). Logo, a justificativa para analisar uma unidade de saúde criada e dirigida por uma universidade federal está em que as instituições públicas atingiram altos padrões de ensino, pesquisa e extensão. Sobre a qualidade no que se refere à pesquisa, aliás, foi também decisivo o fato de que universidades públicas optam pela valorização da dedicação exclusiva e pela pesquisa básica. Além disso, há certo grau de independência na criação de serviços que, uma vez instituídos, acrescentam à preocupação com a excelência que os projetos contratados não sejam desvinculados do ensino.

Quando se trata, mais especialmente, de um serviço, junto a uma Universidade, ocorre que ambos tomam parte na busca da eficiência, o que colabora para a qualidade da pesquisa. Assim, o estudo de um caso de implementação de política em ambiente universitário minimiza as possibilidades de obliquidades, como resultado da dedicação institucional ao estudo. Trata-se, portanto, de um espaço que facilita a compreensão da regra institucionalizada, dos valores e dos comportamentos dos agentes que operacionalizam a proposta das LCs.

O espaço observado, por causa de seu vínculo direto com o ensino superior da saúde, dispõe-se inclusive à análise mais abrangente da origem da modelagem de LCs, prevista no projeto QualiSUS e prontifica-se a relacionar as discussões e práticas brasileiras ao debate internacional acerca da experiência do cuidado na saúde.

A Unidade Saúde Escola (USE), criada pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), orienta-se de acordo com os objetivos da UFSCar – quais sejam, a formação de recursos humanos, a produção e disseminação do conhecimento e a divulgação científica, tecnológica, cultural e artística –, de modo que reúne as condições necessárias ao objetivo da pesquisa. Os aportes de uma unidade de saúde que se vincule a uma universidade possibilita mais riqueza ao estudo de caso, dada a força do compromisso acadêmico, no que se refere ao aprofundamento do perfazimento de objetivos contratados. Isso significa que a instituição universitária, ao criar um serviço de saúde pública, estimula o fomento de mais uma referência de qualidade de serviço que se presta à produção e à divulgação do conhecimento.

Acerca da Unidade Saúde Escola, diz-se, em linhas gerais, foi estabelecida em campus da UFSCar São Carlos, por decisão da portaria GR N° 869, e inaugurou-se em 5 de novembro do ano 2004 e, tal como a universidade, organiza-se como espaço destinado ao desenvolvimento das atividades de ensino, pesquisa e extensão. Mais especificamente falando, a USE apresenta-se enquanto um ambulatório de média

complexidade, substancialmente interdisciplinar e de acesso público, atendendo sobretudo os municípios de São Carlos, Ibaté, Descalvado, Santa Rita do Passa Quatro, Dourado e Ribeirão Bonito, bem como aos demais municípios vinculados ao Departamento Regional de Saúde de Araraquara. Para a gestão segundo as normas do SUS, a configuração da USE está compreendida como uma referência especializada para os Sistemas Locais de Saúde (SILOS), inclusive em sua disponibilidade para os Distritos Sanitários (DS). Nas definições dos sistemas por parte descritores em ciências da saúde, lêem-se:

SILOS, Distritos Sanitários: Compreende a articulação dos recursos sociais existentes em um território, região, com vista à resolutividade dos problemas de saúde da população, pautada numa organização regionalizada de serviços de atenção.⁶

A organização da assistência em distritos sanitários (DS) supõe a diferenciação preliminar do DS enquanto modelo organizacional-gerencial de recursos/serviços de saúde, num dado território e como modelo assistencial para atenção/prestação de saúde a uma dada população. Faz uma abordagem do distrito sanitário, entendendo-o como modelo de regionalização de práticas de saúde (AMSB).⁷

Partindo da compreensão dos sistemas locais e dos distritos sanitários, pode-se considerar expansível o poder local das universidades, ator político que leva a cabo as recomendações operacionais inscritas na Norma Operacional Básica de 1996 (NOB 96), onde registra-se que

o campo de atuação do sistema de saúde está constituído pela conjugação de três componentes: assistência a saúde, demandas ambientais e políticas extra-setoriais resgatando o princípio constitucional da integralidade e permitindo a construção de um modelo assistencial que incorpora o modelo tecnológico clínico dominante ao modelo epidemiológico.⁸

Quanto às atividades da USE, é importante voltar à sua história para verificar que, a princípio, a unidade concebeu a organização das atividades no formato de programas, subdivididos em áreas que compreendiam o programa do idoso, programada saúde mental, etc. Todavia, do aprofundamento das discussões da equipe que se formava em 2004 acerca da assistência oferecida pela USE e da clareza que a equipe alcançara sobre a lógica do programa – caracterizado por demarcar funções, lugares e hierarquias no trabalho terapêutico –, surgiu a revisão da estratégia de trabalho com vistas a aproximar a equipe das demandas da comunidade assistida. A reflexão sobre

⁶ Disponível em <http://www.desc.bvs.br>

⁷ Disponível em <http://www.bases.bireme.br>

⁸ Disponível em <http://www.bvs-sp.fsp.usp.br>

essas práticas ocasionou a substituição do formato de programas por LCs, de acordo com as orientações de qualificação do sistema (QualiSUS, 2007).

Colaborou, sobretudo, para a passagem do modelo de trabalho da USE-UFSCar às matrizes das LCs, o conhecimento sobre a saúde coletiva, o que aconteceu graças ao intermédio de um membro pós-graduado nessa área e que participava da equipe. As propostas para a modelagem LCs, consideradas segundo o modo como operavam e o espaço da USE, local de aprendizagem dos interesses da área da saúde, foram aproveitadas quando da programação de ações interdisciplinares.

Dadas as breves descrições iniciais relativas à implementação das LCs pela USE-UFSCar, há que se destacar as considerações de MENICUCCI (*apud* HOCHAMN; ARRETCHE e MARQUES, 2008 p.305) sobre a inserção das LCs, para ele, “a implementação envolve decisões que podem redirecionar a política definida formalmente, e, nesse processo, a questão da viabilidade política é crucial, dado que a sustentação política e a legitimidade da política são variáveis fundamentais para sua implementação.”

De posse da base conceitual em que se apóia a literatura da saúde coletiva contemporânea, já se pode pensar que a atualização estrutural da USE, em favor da adoção das LCs, justifica-se no melhor cumprimento do princípio da atenção integral. A fundamentação das LCs, que se caracterizou pela capacidade interna de prover uma articulação humanizada das tecnologias e incluir a participação do usuário na atenção, destacou-se como demonstração de prática adequada às possibilidades da USE-UFSCar. Note-se que, os argumentos que estão na base do conceito das LCs sustentaram a motivação e disposição gerencial pela preferência quanto às LCs enquanto o modelo de governança adotado.

O contexto interno que possibilitou a implementação das LCs pela USE-UFSCar pode ser traduzido em termos da anuência e do avanço de um debate interno ao equipamento da USE-UFSCar. Há que se ressaltar, porém, ainda que a USE tenha sido inaugurada em 2004, só conseguiu a aprovação de um regimento em 2009. Daí inferir-se que o debate interno que precedeu o texto final do regimento da unidade tenha enfrentado muitos obstáculos. Acerca das dificuldades que se impõem ao estabelecimento de uma nova atividade em equipe interdisciplinar e de suas características, BÉLANGER; SULLIVAN e SÉVIGNY (2000, p.177) consideram que

em geral, nos esforços de base para o diálogo e colaboração, há um certo número de características, incluindo:

- Os problemas são mal definidos ou não há acordo sobre como eles devem ser definidos;
- Muitos atores têm seus próprios interesses nos problemas e são interdependentes;
- Esses atores não são necessariamente identificados a priori ou organizada de forma sistemática;
- Pode haver uma disparidade de recursos de poder e ou para lidar com os problemas entre as partes interessadas;
- Os interessados podem ter diferentes níveis de conhecimento e acesso à informação sobre diferentes questões;
- Problemas são frequentemente caracterizados pela complexidade técnica e incerteza científica;
- Diferentes perspectivas sobre os problemas muitas vezes levam os interessados a enfrentar em seus relacionamentos;
- diferentes níveis de esforço ou esforços unilaterais para lidar com o problema não produzem solução totalmente satisfatória e, enfim,
- processos existentes para resolver problemas provaram ser ineficazes.

Especula-se que, as históricas divergências entre sanitaristas e a medicina clássica atualizam-se na concorrência entre os modelos de governança possíveis à instituição de saúde. Pensar a disputa entre os projetos da medicina clássica e os da medicina social requer, nesse caso, avaliar a intraburocracia dos primeiros anos do SUS, da aprovação de lei orgânica, em 1990, e do início do processo de descentralização, em 1992. A saber que em todas as ocasiões de formulação, existiram divergências de interesses, vale lembrar que, mesmo em microestruturas como a dos serviços especializados da saúde conflitos dessa natureza ocorreram; desse modo, não está errado dizer que outras possibilidade, além das LCs, foram cogitadas para a organização e o funcionamento da USE. Depois de encontros em que essas questões foram discutidas, entretanto, o impasse foi resolvido. Acordou-se, afinal, em que se optasse pelas LCs, que corresponderiam, segundo os argumentos defendidos nas ocasiões de discussão, à atualização sócio-sanitária democrática e interdisciplinar, que seria recomendável, então, para a USE-UFSCar.

A concorrência de proposta em torno do desenho de governança competente da direção de um equipamento – por exemplo, quando da construção do regimento interno da USE-UFSCar e da definição de modelo operacional para ordenar suas práticas, processo que se estendeu de 2004 até 2009 – retoma o jogo político e a teoria das coalizões de defesa (*advocacy coalition*), de Sabatier e Jenkins-Smith (1993). Os autores argumentaram que coalizões de defesa são formadas a partir das interações dos atores políticos, sociais e governamentais dentro de cada subsistema de política. As coalizões de defesa consistiriam, assim, de alianças de grupos que apresentavam as mesmas ideias

e interesses em relação à determinada política (ou ainda, em relação a certas redes de atores que compartilhavam valores e conhecimento que os distinguíssem das demais).

Tomando-se, então, a USE-UFSCar como um subsistema pelo qual circulam idéias, crenças e interesses concorrentes, o alcance de acordos políticos em meio às diferentes posições só se torna possível pela consolidação de alianças em torno de uma proposta que esteja apta a exercer pressão sobre algum encaminhamento, a fim de que este se realize enquanto produção política concreta. Segundo Sabatier e Jenkins-Smith (1993), a capacidade das alianças em defesa de seus interesses pode ser afetada por eventos externos ao subsistema e que independem da atuação das coalizões – por exemplo, as mudanças nas condições socioeconômicas ou na estrutura de governo e de decisões políticas, bem como os impactos de outros subsistemas. Eventos dessa espécie afetam não simplesmente a composição, mas também os recursos das coalizões de determinado subsistema.

Portanto, de acordo com o modelo de coalizões de defesa (também conhecido pela sigla inglesa ACF), a produção política – a exemplo da institucionalização de um modelo para operacionalizar um serviço público – resulta na interação entre coalizões subjacentes ao interior da instituição em questão.

Com o apoio majoritário da comunidade USE-UFSCAR, foi estabelecida a regulamentação das LCs: nos fins de maio de 2009, o conselho universitário, em reunião ordinária, aprovou as Linhas de Cuidados no regimento interno da USE, em conformidade com estatuto de sua criação. A adoção do modelo das LCs, àquela ocasião, em resposta aos que se opunham às linhas, resultou de uma ação política decorrente da organização dos atores que compõem a equipe e a direção da USE. Os atores políticos, integrantes da coalizão de defesa vitoriosa, emprestaram ao conceito sanitário das linhas os argumentos de que precisavam e formaram a coalizão em favor das LCs. Para tal, lançaram o argumento da conciliação das tecnologias e práticas democráticas da saúde coletiva e, exitosos em sua defesa, promoveram a institucionalização das LCs como modelo operativo da USE-UFSCar.

Adotá-las, nesse caso, justifica-se no objetivo de dirigir conjuntamente o atendimento da integralidade, da qualidade e da humanização. Com relação às intenções da unidade, o modelo mostrou-se interessante e vantajoso – inclusive financeiramente falando: seus custos eram de tal maneira aceitáveis ao orçamento universidade que foi aprovado até mesmo pelo conselho gestor, instância máxima da USE – UFSCar. Em termos ideológicos, a resolução do conselho (nº 644, 2009) concebeu a USE como “[...]”

uma unidade de produção de conhecimento e cuidados, formação profissional e extensão, dentro dos mais altos padrões científicos e tecnológicos, visando à contínua melhoria da qualidade de vida de seus usuários”. Segundo os mesmos parâmetros, então, incumbiu o modelo de LCs das seguintes missões:

- i. prestar assistência qualificada e gratuita a todo cidadão dentro dos princípios do SUS, de forma articulada com a rede pública de saúde;
- ii. formar e qualificar profissionais na área de saúde, desenvolvendo pesquisa científica e gerando tecnologia;
- iii. divulgar o conhecimento produzido, tornando-o acessível a quem se interesse.

Da lógica exploratória subjacente ao modo pelo o qual a USE – UFSCar foi concebida, fica demonstrável que foram substancialmente valorizados os princípios do SUS. Paralelamente, os princípios que se aprovaram para orientar o funcionamento da USE carregam muitas semelhanças aos que norteiam a organização do SUS. A esse respeito, o mesmo conselho (nº 644, 2009) firmou os seguintes preceitos para o regimento da USE – UFSCar:

- i. respeito aos valores humanos;
- ii. eficácia e efetividade nas intervenções;
- iii. qualidade e humanização no atendimento;
- iv. equidade e universalidade;
- v. integralidade nas ações;
- vi. trabalho interdisciplinar;
- vii. indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão.

Dentre os oito itens listados, merecem destaque (v.), que dita a integralidade das ações e (vi.), sobre o trabalho interdisciplinar, pois que ambos dotam-se dos substratos necessários à implementação do modelo das LCs. Ademais, no que se refere à modelagem de atendimento das linhas de cuidados – assentada, sobretudo, na atenção secundária à saúde coletiva – vem sendo fortemente defendida pela instituição. Nesse sentido, em 2009, essa proposta incorpora-se aos manuais de treinamento dos estagiários admitidos para a unidade.

O custo institucional, em termos de formação dos recursos humanos para a implementação do modelo das LCs, é significativo. Entretanto, uma vez instituído, produz relativa estabilidade que dificulta a reversão do processo iniciado. Mais detalhadamente, a atuação da USE-UFSCar, segundo sua opção pelas LCs, tem dado

publicidade à escolha e fortalecido uma imagem positiva, estratégia que enfraquece a ala opositora do modelo.

Ademais, a história institucional que nasce com composição interdisciplinar e com uma considerável participação do corpo docente, discutindo o cotidiano construído coletivamente parece revelar uma boa coalizão de defesa, o que se revela favorável à manutenção das práticas adotadas, independentemente de quão modernas e desafiadoras sejam elas. Em sua trajetória histórica, a experiência acumulada ao longo dos 9 anos de criação da USE-UFSCar demonstra que, no Brasil, as micropolíticas também formatam suas regras através da homologação de leis e regimentos.

À ocasião de sua implementação, acrescenta-se, sobre o modelo de LCs, a busca da estabilidade. Há que se lembrar que alguns atores, apesar de manifestarem o apoio formal à proposta das LCs, não se apresentam enquanto apoiadores de fato efetivos, mergulhados que estão nas contradições entre a postura ideológica igualitária e a defesa de interesses corporativos. Um dos colaboradores da USE, em entrevista, faz relato que comprova as constatações. Na entrevista, o funcionário informava sobre a ausência de representação dos departamentos de medicina e de fisioterapia, por exemplo, em reunião do conselho gestor e encontros de produção clínica.

A dissonância de interesses é revelada através da não-participação de alguns atores que importam à produção de cuidados em momentos cruciais. Contudo, o dado não é explícito: apesar das dificuldades encontradas no processo de implementação, quando institucionalizadas em regimento interno, as linhas de cuidados ficaram asseguradas, tornando-se, então, menos vulnerável à substituição.

Por outro lado, a concordância com o discurso da proposta atravessa a afirmação de princípios básicos do SUS - a saber, os princípios da integralidade da atenção e da participação social no cuidado à saúde. A fundamentação das LCs, além de seu já consagrado prestígio no que se refere à orientação constitucional sobre o SUS, tem poder reforçar a ênfase na intersetorialidade. Desse modo, com a implementação das LCs, as práticas tornaram-se mais multidimensionais e intersetoriais, o que também destaca a institucionalidade do modelo. Isso porque, a intersetorialidade nas políticas públicas do Brasil desponta como um dos condicionantes de serviços de referência e definem seu prestígio por causa da passibilidade de seu estabelecimento na rede de saúde pública brasileira.

Após o estudo de caso da implementação das LCs na USE-UFSCar, foi possível perceber de que maneira as tensões entre integralidade e segmentação

prosseguem, mesmo quando declarados certos acordos que visam solucionar impasses de interesses. Os impasses caracterizados por interesse de ordem pessoal, durante o processo de consolidação das LCs na USE-UFSCar, atualizam *in locus* o antigo embate acerca da reforma sanitária no país. Segundo as considerações de MENICUCCI (*apud* ARRETICHE; HOCHAMN e MARQUES, 2008, p.308-309), é possível afirmar que

[...] no caso brasileiro, a reforma foi de inspiração claramente solidarista, mas não se pode dizer que esses valores estavam generalizados tanto na elite governante como na sociedade organizada. Ao contrário, como herança de políticas anteriores, haviam se desenvolvido práticas e, conseqüentemente, valores pouco solidaristas, e não se constituía uma demanda de atenção universal entre os segmentos organizados dos trabalhadores.

Ademais, na atualização do debate entre o projeto sanitário e a medicina clássica, sobrevieram, a respeito das convicções que instituíram as linhas de cuidado, os argumentos constitucionais da integralidade. Dessa maneira, a vitória institucional desses argumentos quando da formação ideológica da USE, desdobrou-se em uma complexa trama de atos, procedimentos, fluxos, rotinas e saberes, num processo contínuo e definido ora pela complementação, ora pela disputa. Por isso, diz-se que, em meio às diferenças e, depois de diversos acordos, a USE-UFSCar tem continuamente difundido a concepção de cuidado em saúde, de maneira que se destaca, por conseguinte, a opção pela implementação das LCs.

Para Koloroutis (2012, p.56), aceitação da transição do paradigma do modelo hierárquico tradicional de atenção à saúde para o modelo colaborativo, cuja preocupação é o cuidado, têm ocorrido de modo variáveis mais diferentes experiências internacionais. Uma vez que essa transição de modelos com vistas à melhoria do desempenho da atenção exige, de toda equipe, a revisão de papéis, padrões e crenças, é previsível que haja, de alguma parte, certa resistência. Por exemplo, podem pesar contra a transição o tempo em que cada instituição particularmente direciona-se aos modelos baseados no relacionamento e no cuidado. A implantação de LCs funcionaria como facilitador da transição desde os valores tradicionais de atenção até os mais colaborativos e interdependentes, quando se pensa em benefício, da pessoa que recebe os cuidados em saúde.

Para além das dificuldades do processo de implementação das LCs, principalmente em razão das diferenças internamente percebidas quanto às crenças, aos debates e às divergências que se mostraram nos 9 anos de USE-UFSCar, é possível

afirmar a ocorrência de um processo de difusão das concepções sanitárias das linhas, na USE. Sobre tais concepções, que estão sistematizadas em CECÍLIO e MERHY (2003, p.12), os autores comentam que se trata de

[...] uma leitura de cuidado, de forma idealizada, recebido/vivido pelo paciente enquanto somatório de um grande número de pequenos cuidados parciais que vão se complementando, de maneira mais ou menos consciente e negociada, entre os vários cuidadores que circulam e produzem a vida do serviço especializado. As linhas de cuidado colaboram para a integralidade do cuidado que de certo modo pode ser mensurável pois, a maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta, em boa medida, da forma como se articulam as práticas dos profissionais de saúde.

Se as Linhas de Cuidados se estabeleceram em termos de uma inovação gerencial que havia sido divulgada à equipe através de um de seus membros, estamos, então, diante da comprovação do que se indica na teoria de Rogers (1995) acerca da difusão de inovações para explicar a mudança de proposta. Segundo GIACOMINI FILHO *et al* (2007, p. 42-43) –que teceu uma reflexão acerca da teoria de difusão e inovação de Rogers – a adoção de uma inovação é o processo mental que ocorre quando o sujeito toma conhecimento da inovação até a decisão final de adotá-la ou não. Concorrem para esse processo não simplesmente a inovação em si, mas também os canais de comunicação, o tempo e a questão dos membros participantes de um sistema social.

No que se refere à inovação, Rogers (1995) identificou cinco características que influenciam em sua adoção: vantagem relativa, compatibilidade, complexidade, experimentação e observação. Quanto ao caso da USE-UFSCar, a caracterização do equipamento mostrou a vantagem de uma constituição interdisciplinar, compatível, portanto, com a organização segundo LCs. Mesmo que desafiadora, por conta de sua complexidade, a inovação de LCs, que se caracteriza como uma tecnologia relacional, impõe custos aceitáveis na exigência de uma nova cultura de trabalho. Por todas essas razões, que avultam o saldo positivo da implementação do modelo, as LCs foram acatadas no sentido de experimentação e aprendizado. Em Rogers (1995, p.12) confere ao processo de adoção, cabem destacar que “diffusion is the process in which an innovation is communicated through certain channels over time among the members of a social system” e, ainda que “an innovation is an idea, practice, or object that is perceived as new by an individual or other unit of adoption.

Da soma das vantagens e das compatibilidades observáveis na implementação do modelo de LCs, surgiram os argumentos que persuadiram o espaço institucional a

aceitá-lo. Para a análise do processo de implementação, deve-se reconhecer, de início, a difusão das idéias e a iniciativa do encaminhamento delas, organizadas em propostas ou fóruns competentes da viabilidade da institucionalização de regimentos e códigos organizacionais internos e dos efeitos da decisão; ademais, há que se considerar o *feedback* dos interlocutores que executaram as propostas, bem como as ferramentas de suporte político que sustentaram tal opção.

4.3 Percepção da equipe quanto à produção de cuidados

Para operacionalizar o estudo, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com os diversos colaboradores da USE – membros da administração, docentes e técnicos administrativos – afim de que reunissem subsídios suficientes à análise do caso.

A metodologia de estudo de caso é bem indicada para a análise de implementação de políticas e programas sociais. Segundo Yin (2001, p.19), essa é a estratégia metodológica preferida “[...] quando se colocam questões do tipo *como e por que*, quando o pesquisador tem pouco controle sobre os eventos e quando o foco se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real”.

O acesso ao campo de análise foi possível graças à aprovação da comissão de pesquisa interna do equipamento a ser observado (USE-UFSCar), ratificada no aceite dos coordenadores de linha. Quanto à seleção dos entrevistados, todos voluntários, foi pautada por convites aceitos por indivíduos (dos mais variados cargos) que colaboram com as práticas interdisciplinares da instituição em que este estudo se baseia.

Dado o acesso institucional, a observação *in loco* buscou identificar as interfaces do processo de implementação das Linhas de Cuidados na unidade de saúde observada. Assim, de modo a que possa se chegar a uma resposta sólida para o questionamento de como o princípio da integralidade, que vigora desde 1988 para o projeto do SUS, tem sido atualizado nas recentes inovações em fase de implementação pelos serviços de saúde pública. As entrevistas realizadas eram de natureza qualitativa - um modo semi-estruturado, com assinatura prévia de termos de consentimento pelos entrevistados, documento que inclusive isenta os entrevistados da possibilidade de quaisquer riscos, até mesmo, de exposição ou identificação.

As garantias éticas das entrevistas foram todas asseguradas (vejam-se os anexos 4 e 5, em que figuram o modelo do instrumento, o termo e a resolução 644). E, para melhor discutir e analisar as respostas coletadas junto aos colaboradores da USE-

UFSCar, associaram-se-lhes a observação de estágio internacional. Nessa ocasião, foi possível entrar em contato com equipamentos de saúde e serviço social do Québec Canadá (vejam-se, agora, os anexos 6 e 7, onde constam a guia de observação e a autorização ética), durante seis meses de intercâmbio na Universidade do Québec, em Outaouais, programa subsidiado pelos Futuros Líderes das Américas (ELAP).

O Programa QualiSUS de 2007 inova arranjos operacionais com a atividade das Linhas de Cuidados(LCs). A institucionalização das LCs, entretanto, no Brasil, deu-se sem uma questão-problema evidente e acirculação prévia das idéias que conceberam as LCs para as práticas interdisciplinares foi encaminhada pelos formuladores políticos por demonstrarem receptividade do princípio constitucional da integralidade, logo, prestígio político à um custo tolerável.

A inexistência de uma situação grave relacionada tanto à institucionalização do programa QualiSUS, em 2007 quanto à atividade das Linhas de Cuidados, pode ser demonstrada pelo fato de que, em entrevista à colaboradores do gerenciamento e produção de cuidados da Unidade Saúde Escola (USE), verificou-se, entre todos os voluntários, o desconhecimento da normatização nacional – a saber a licitação 0736-2007, do IPADS-Projeto QualiSUS –, que regulamenta o modelo de atenção em vigor na unidade de saúde em questão.

Os entrevistados, muito embora sejam pessoas altamente qualificadas, ou portadores de superespecialização e responsivos pela excelência universitária, estão apenas iniciando a aprendizagem das práticas interdisciplinares e intersetoriais. Na oferta de um serviço conveniado SUS, como o é o da USE-UFSCar, a modelagem de trabalho das LCs reconstrói a prática em conformidade com as ferramentas, usadas em auxílio da integralidade SUS. que implica em muitos esforços. Ainda que se trate de um processo que implique muitos esforços, a integralidade é um conceito a que facilmente se adere, uma vez que pode ser considerada enquanto umprincípio constitucionalmente reconhecido e difundido.

Por integralidade se compreende o princípio do SUS que garante ao usuário uma atenção que abrange as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do Sistema de Saúde. A integralidade também pressupõe a atenção focada no indivíduo, na família e na comunidade (inserção social) e não num recorte de ações ou enfermidades.(GENNARO, 2009, p.8)

Nos depoimentos da equipe USE-UFSCar sobre a implementação das LCs, ficam destacadas a preocupação com o princípio da integralidadee uma quase oposição

à superespecialização que fragmenta o homem e seu conhecimento. Logo, a ideia fundamental das LCs – “a integralidade” –, sendo buscada interdisciplinar e intersetorialmente, constrange a propriedade dos *expertises* superespecializados, dificultando o acordo grupal.

Perceber a dificuldade de produzir o cuidado em equipe interdisciplinar é algo comum entre os entrevistados, que associam-na como alternativa à necessidade de continuar investindo numa formação grupal que proponha instalar uma cultura de diálogo entre os membros da equipe interdisciplinar e, também, entre equipe e usuário. A finalidade, aqui, poderia ser expressa pelo nivelamento da valorização dessas atitudes relacionais horizontalizadas à atual valorização da técnica em si.

De modo geral, os colaboradores da USE-UFSCar têm formação em diferentes áreas que se relacionem à saúde pública e que estejam compreendidos nos limites de *expertises* individuais. Desde a regulamentação das LCs para a USE, aliás, os chamados *expertises* acordam em trabalhar numa lógica interdisciplinar de atenção, mas, já que se trata de um novo status de práticas, o resultado não é imediato. É relevante à dificuldade de trabalhar sobre a lógica das LCs, o fato de que, para serem efetivas, forçam-se relacionamentos de cooperação interna da equipe e do atendimento, que primam por olhar o usuário de modo integral.

Portanto, as mudanças necessárias à efetividade das LCs passam pela revisão de valores que esbarram na argumentação da técnica. Desse modo, além das diferenças dos interesses pactuados entre os seguidores da medicina clássica e os seguidores da medicina social, que se atualizam no cenário da USE, valem notar as diferenças entre o saber fazer individualizante, a supremacia da técnica e a pouca prática no fazer coletivo. São áreas que declaram aceitar bem a cooperação em equipe no que tange à administração, à docência, à enfermagem, à fisioterapia e à psicologia e aos alunos em estágio, mas não se pode contar com uma adesão completa do grupo.

Todavia, o desafio da cooperação interdisciplinar implica, para além da experiência de produzir uma atenção de modo interdisciplinar, também, a aprendizagem de produzir uma atenção tão interdisciplinar quanto integral no contexto da experimentação da inovação das LCs. De algum modo, o desenho da operacionalidade das LCs pela USE-UFSCar encontra-se aberto a retoques, mesmo que algumas de suas reflexões e definições já estejam consolidadas.

É clara e coletivamente legítima a ideia de que a modelagem das LCs possibilita um olhar à pessoa de modo não fragmentado, valorizando a real dimensão das

necessidades do usuário. Internamente, entretanto, a USE ainda carece de uma visualização da concretude de operacionalização da proposta.

Baseando-se no *Advocacy Coalition Framework* (ACF) e na observação dos 4 anos da experiência da USE com linhas de cuidados, pode-se afirmar que o quadro de aliados e oponentes que transitam no subsistema da USE-UFSCar é, de fato, bastante complexo, porque congregam valores que atravessam a formação profissional. O argumento da coalizão, quando relacionado aos valores da medicina clássica, defende a tradição do controle; em contrapartida, há o argumento defensores das inovações sanitárias, que lançam mão das vantagens do empreendedorismo coletivo na qualidade e na humanização das LCs para defenderem mais abertura mediante as práticas.

Independentemente das forças que vençam os embates, deve-se reconhecer a complexidade da adesão à cultura do cuidado nas perspectivas das linhas, o que se comprova pela baixa agilidade no processamento do modelo instituído, relatada pelos entrevistados. Todavia, mesmo diante da ocorrência de muitas dificuldades no processo da produção de cuidados, ao longo desses 4 anos que se passaram desde a adoção das LCs, a coalizão pela medicina social obteve considerável sucesso. Segundo o que indicaram os entrevistados, ainda há muitas lacunas a cobrir para que se conquiste uma prática de fato integralizada, como recomendam as LCs. Os insucessos, entretanto, não encobrem o avanço do aprendizado em equipe e nem a redemocratização de práticas, inerente ao modelo das LCs.

A história da USE que antecedeu a institucionalização das LCs, simbolizou a expressão da soma das forças concentradas na estratégia pensada pela Oficina de Trabalho "Repensando e Reorganizando a USE", realizada em setembro de 2010. A estratégia aplicada àquele momento culminou na vitória da proposta que se inscreveria, mais tarde, na definição institucional de duas LCs – a LC da criança e do adolescente e a LC do adulto e do idoso.

Ainda que persista, em termos gerais, o desconhecimento, por parte dos discentes, das linhas de cuidados existentes na USE, a equipe local trabalha na difusão das LCs e aposta em resultados positivos desse “modo de fazer”. Os estudos das LCs, iniciados pela equipe da unidade de saúde, têm-se organizado em encontros que favorecem o contato com *expertises* convidados e depoimentos de experiências bem sucedidas. No mesmo sentido, há ainda a troca entre profissionais que divulgam conhecimentos adquiridos no que se refira à saúde coletiva, já que inexistem encaminhamentos de pessoal às capacitações promovidas pelo Ministério da Saúde ou

oficinas regionais que os aproximem da concretude legislativa que validam as linhas e redes de cuidados. Isso vem a reforçar que o enfoque está na aceitação da idéia em sua dimensão ampliada, de atenção integrada e integral entre equipe e usuário, e não tanto com as prescrições normativas.

Sobre a questão do conhecimento das formulações que orientam as LCs na USE, essencialmente normativo, verificou-se que, entre os entrevistados, seja na qualificação de linhas para a criança e o adolescente, seja nas linhas que se estabelecem para o cuidado do adulto e do idoso, não houve quem tivesse uma instrução razoável acerca da normatização para eixos e Linhas de Cuidados, formulada pelo Instituto de Pesquisa e Apoio ao Desenvolvimento Social (IPADS) e reconhecida pelo Ministério da Saúde (MS).

É unânime a opinião da equipe local sobre o equipamento da USE, que, de acordo com os entrevistados, precisa se estruturar melhor a partir da organização de uma agenda. Uma mudança desse porte daria conta do alavanco da sua fase, definida ainda, dentre os entrevistados, como inicial, ou quase que experimental, para o rumo da eficiência condizente à integralidade.

Percebe-se que as dificuldades institucionais na organização das LCs não encerram dificuldades em compactuar valores entre o tradicional e o inovador, de modo que questões de número de pessoal e estrutura física devem ser considerados. Resultados do processo de construção do modelo de Linhas de Cuidados Adulto e Idoso e Linhas de Cuidados Criança e Adolescente são percepções da equipe que o compõe – vejam-se por exemplo os depoimentos de dois entrevistados distintos

Processos de linhas de cuidados englobam toda comunidade da USE-UFSCar. Por meio dos grupos de trabalho, foram eleitas duas linhas de cuidado e que delinearão as duas linhas sendo uma da criança adolescente e uma do adulto idoso a equipe se dividiu em dois por afinidade e especialidade quem já trabalhava com idoso e adulto continuou e mesmo para criança adolescente na prática eliminaram as reuniões de programa que eram semanais segmentadas em seis e em fase de consolidação as reuniões passaram a ser mensais e várias áreas de atuação de estágio não acessam essas reuniões, foram eleitos por linhas dois coordenadores um técnico administrativo e um docente, alterou o regimento interno em termos de processos as interconsultas tem fluxos difícil, novas ações como o acolhimento tem consideráveis dificuldades bem como a interconsulta sendo que a interconsulta a dificuldades se dá porque a diferentes horários de profissionais os tramites não estão muito claro, muitas dificuldade de articulação com equipamentos de saúde, reduziu a interação de profissionais com um única reunião e a houve perda no volume de caso discutidos. Os tramites ainda não estão claro. O processo está em aberto e falta muito para a integralidade do cuidado e na facilitação na articulação com outros equipamentos de saúde e houve

perda de espaço de interação dificultando a troca para a maioria dos casos que passam cotidianamente pela instituição.

A implementação das linhas de Cuidado adulto idoso e criança e adolescente descreve um trabalho progressivo em torno da integralidade e dentro de um plano de objetivos para sua efetiva estruturação a efetividade do modelo encontra-se em uma etapa inicial e carece de agregar muitos recursos institucionais para a estruturação do produto das linhas em si, na organização prévia dos recursos internos, e a dificuldade política em dimensionar e integrar a linha com a rede do município. Os três anos de discussões demonstram várias dificuldades como a informalidade de fluxos, mas, na avaliação do processo, reafirma-se a opção em não retroceder no modelo das Linhas de Cuidados.

Mesmo que se trate de um momento pouco estruturado, conforme indicações de necessidades de recursos humanos, segundo o relato de uma docente da USE, a questão da incompatibilidade de agendas e dificuldades na definição de fluxos, bem como, o desafio de alcançar a contemplação da maioria dos casos nas discussões de equipe ou, até mesmo, a dificuldade seletiva dos casos que devem chegar às discussões de cuidado, sinalizam, ao menos, que o processo implica, no mínimo, uma aprendizagem, uma reflexão sobre o fazer.

Nos dizeres de um entrevistado, o processo de implementação das LCs na USE-UFSCar representa

[...] o empenho em torno de um desenho multidisciplinar, com vista ao alcance das particularidades implicam num avanço que decorre principalmente da busca das especificidades dos indivíduos, do reconhecer a globalidade da necessidade, envolve então relações e gestão para alcançar seus objetivos colocados num fluxo contínuo e seguro de articulação de referências no cumprimento do princípio básico da integralidade, implicações numa aprendizagem que agrega reflexão a coletividade.

Foram citados, por outro membro da equipe que se entrevistou, como pontos de dificuldades operacionais das linhas de cuidados os seguintes:

[...] a complexidade da implementação vista na falta de interface das coordenadorias de graduação, escassez de recursos humanos, dificuldade em gerir a atividade das reuniões clínicas, baixo envolvimento dos departamentos, dificuldades em fechar acordos de trabalho, inclusive dificuldades de acertar horários para agendas.

Do ponto de vista da efetividade, a equipe sinaliza um *baixodesempenho* em razão da baixa informação das atividades entre diferentes membros da equipe. Se o caráter da escola possibilita a propagação dos processos, a vantagem fica subaproveitada quando a informação não tem uma circulação fluida. Sobre a fraca circulação de informações, os entrevistados ponderaram de acordo com perspectivas bastante subjetivas:

A dificuldade de uma articulação colegiada, ou seja, participativa é vista na representação em reuniões mensais que não contempla toda a comunidade USE, e o inevitável quanto a remodelagem dos fluxos, acolhimento e interconsultas mostram muitas dificuldades na execução, além da dificuldade cultural de ampliar a lente de atenção para além da especialização própria de cada área do saber.

O caráter de dificuldade da cultura da alta especialização é demonstrável em relato de discente entrevistado quando avalia que,

As dificuldades em áreas especializadas como a ortopedia, por exemplo, de tratar para além do problema ortopédico à pessoa como um todo é visível, pois no processo de alta-especialização obscurece a intersetorialidade e a atenção integral e no contraponto uma lida melhor com a integralidade e interdisciplinaridade se faz sentir nas áreas mais generalistas como o é a gerontologia. Falta muito para a efetividade das Linhas de Cuidados, percebe-se que o estabelecimento de um dia de encontro para produção de cuidados interdisciplinares é um passo importante, mas que são recorrentes os retrocessos ou a recusa deliberada em ampliar a visão sobre o usuário.

A substituição dos programas inicialmente pensados ocorre porque programa tem limites com relação a integralidade.

A dificuldade em se fazer uso da superespecialização nas discussões de produção de cuidados, ou seja, do aproveitamento daquilo que se tem supraespecializado no interior dos encontros interdisciplinares, torna o processo de discussão interdisciplinar mais lento. Fica exposto que as subáreas não têm conseguido dialogar com o grupo (a exemplo da fisioterapia ortopédica, em seus subramos, quais sejam, a coluna vertebral, a cintura escapular, o antebraço, o punho e a mão, a pelve, o joelho, o tornozelo e o pé – há que se destacar, aliás, que o caso da ortopedia não é exclusivo). Assim, soma-se à dificuldade dialógica a divergência quanto à aceitação do modelo das LCs por parte de um grupo de docentes do departamento de medicina.

O fato é que a crença no idário das LCs ainda não produziu um consenso que dê fluidez ao modelo. Diante dos limites que se impõem à efetividade das ações do modelo, um voluntário comenta que

Não estão postas mudanças efetivas com relação a integralidade do cuidado e com a rede, a integração de fluxos com diretrizes de ações passa por um desenvolvimento muito difícil. [...] Linha de cuidado pouco perceptível aponta a dificuldade de ampliar o tratamento do problema de saúde em si para incorporar a pessoa como um todo e dificuldade em estender a atenção integral para fora do ambiente USE.

Como se pôde perceber, o debate ideológico que fundamenta as LCs foi iniciado internamente, na USE-UFSCar, contudo, os direcionamentos que se tomaram posteriormente acerca da reflexão ideológica e da prática propriamente dita não avançaram o suficiente para dar sustentabilidade ao modelo. Em detrimento da disputa

de orientações e idéias, há, sim, as evidências de um baixo progresso na operacionalidade das LCs, mas que não reduz, absolutamente, os ganhos quanto à aprendizagem da equipe USE-UFSCar.

As dificuldades encontradas na implementação das linhas de cuidados pela USE-UFSCar, foram muitas e traduziram-se, sobretudo, nas entrevistas dos agentes responsáveis pela adoção da tecnologia das LCs (cujo modelo emprestou-se do ciclo de políticas públicas na discussão). A esse respeito, é necessário considerar que, na fase de implementação, muitas vezes, os resultados e impactos reais de certas políticas não correspondem aos previamente projetados, quando da fase da sua formulação. As discordâncias entre as fases de projeção e implantação, aliás, agravam-se à medida que dificilmente as condições necessárias para a qualidade da implementação, para que contribuam infra-estrutura, recursos participantes e atores envolvidos, realizam-se plenamente em termos práticos.

5. Considerações Finais

Da análise da implementação das linhas de cuidados pela USE-UFSCar, percebe-se que, apesar da sua institucionalização via regimento interno, ainda há discordâncias no interior da equipe. A clara disputa de interesses reafirma a continuidade da concorrência ideológica da medicina clássica com a medicina social, considerando a tecnologia das LCs.

O estudo demonstra que a superação da ótica de hierarquização e departamentalização é uma meta da saúde pública brasileira com elevado custo político. Apesar da institucionalização das LCs via regimento da USE, ainda não se resolveu sobre os necessários acordos entre os atores envolvidos para a efetividade de tais linhas.

Atualizado na tecnologia das linhas de cuidado, o princípio da integralidade agregou dimensões amplas no que concerne à participação do cidadão, à construção coletiva e à intersectorialidade. A idéia, clara, tem grande prestígio tanto nos meios acadêmicos como nas arenas políticas democráticas nacionais e internacionais. Contudo, quando esse redimensionamento da integralidade, atualizado em tecnologias baseadas no relacionamento - exemplo das LCs -, chega ao nível da execução nos serviços públicos, esbarra na redefinição de papéis e valores. Daí o ressurgimento de disputas.

Por se tratar de uma tecnologia baseada no relacionamento, a efetividade das LCs em muito depende da colaboração por parte de seus recursos humanos. Acertos internos à implementação das LCs são indispensáveis, tendo visto que a disputa interna na experiência da USE-UFSCar expôs diferenças de idéias e, sobretudo, de níveis de comprometimento entre os membros da equipe com a proposta. Essa disparidade de crenças e interesses sugere a necessidade de se pensar ações estratégicas de conformação das divergências, em um sistema de acordos que permita o progresso das propostas. Desse modo, pode-se afirmar que a barganha deve ser acionada a fim de alcançar os objetivos de uma proposta na ocasião de sua implementação, bem como evitar a paralisia ou regresso do projeto.

Logo, para a continuidade e efetividade das LCs, há de se considerar a necessidade de espaços de diálogo e negociações de interesses, uma vez que, para não se perder a governabilidade da proposta, é preciso atuar junto às preferências dos atores envolvidos, convencionando meios à execução da prática instituída. A contemplação de ocasiões de negociação é tendência estratégica a ser selecionada no curso do processo

de implementação. Quanto à implementação, surgem daí implicações - em maior ou menor grau - para a adequação entre os fins pretendidos, os meios disponíveis e os valores dos implementadores em relação a gramática sanitária. Estando consolidada a importância do valor constitucional da integralidade redimensionado na necessária intersetorialidade, afirma-se com base no endosso da norma que institui a tecnologia associativa das LCs sobre a tendência da permanência e efetividade dessa atividade. E, com vistas à análise de um todo, ainda importa à construção de uma atenção intersetorial, através da conexão da tecnologia viva que é a *expertise* humana, o custo da revisão de valores individuais antecedendo a construção coletiva.

Por último, se a atualização do princípio SUS da integralidade pelo programa de qualificação do SUS de 2007 (QualiSUS) tem desafiado instituições - principalmente no processo de repensar práticas - , é interessante seguir esse estudo para se constatar as articulações que têm ocorrido para além dos muros institucionais, bem como para pensar a proposta dos eixos de cuidado e rede de cuidados que interligam as linhas de cuidado. Os eixos e redes de cuidados, uma vez que se proponha a continuidade do estudo, alinham-se aos resultados desta pesquisa porque reafirmam a valorização do capital humano dos serviços e, também, um cuidar integral, participativo, atento a globalidade do ser humano.

Referências

- ALMEIDA, E. S.; CASTRO, C. G. J. de; VIEIRA, C. A. L. **Distritos Sanitários: Concepção e Organização**, v.1. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998,p.5-47.
- BARROS, R. P.; HENRIQUES, R. e MENDONÇA, R. **Desigualdade e Pobreza no Brasil: retrato de uma estabilidade inaceitável**.Revista Brasileira de Ciências Socias., vol.15, n.42, São Paulo, 2000.
- BECKER, D. **No seio da família: Amamentação e Promoção da Saúde no Programa de Saúde da Família**. [dissertação]. Escola Nacional de Saúde Pública; Rio de Janeiro, 2001.Disponível em: <http://www.portalteses.fiocruz.br/pdf> acesso em 04/05/2012.
- BÉLANGER, J.-P.; SUILLIVAN R. e SÉVIGNY B. **Capital social, développement communautaire et santé publique**. ASPQ, Montréal (Qc) Canadá, 2000,p.174-179.
- BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 1996, p. 71. Material digitalizado disponível em: <http://www.farmacia.ufmg.br/cespmed/text1> acesso em 23/10/2012.
- BERTOLOZZI, M. R. e GRECO, R. M. **As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais**. Rev.Esc.Enf., USP, v.30, n.3, dez./1996, p.380-398.
- BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N. e PASQUINO, G. **Dicionário de política**, v.1, 1ª ed. Brasília : Editora da UnB, 1998, p.554.
- BOURQUE, D.;LACHAPELLE, R. e MARCHAND, F. **Le processus de création du CSSS et la reconfiguration des services du programme:Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV)**. Analyse documentaire préliminaire dans le cadre de la recherche. Monographie du CSS Jeanne-Mance. Chaire de Recherche du Canada en organization communautaire (CRCOC). Cahier n°0903. Juin 2009, p.12-41.
- BRASIL, QualiSUS: Instituto de Pesquisa e Apoio ao Desenvolvimento Social – IPADS. Licitação 0736-2007. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Secretaria de Política de Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. Série B. Textos básicos em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002, p.1-56.

_____. Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde (SUS): principais conquistas. Brasília: Ministério da Saúde, 2000, p.5-31.

_____. Lei nº 8.080. Brasília:Ministério da Saúde, set./1990. Disponível em: <http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>, acesso em 09/05/2012.

_____. Lei nº 8.142. Brasília:Ministério da Saúde, dez./1990. Disponível em: <http://www.portal.saude.gov.br/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>, acesso em 08/11/2012.

_____. Ciclo Gespública. Brasília: Ministério de Planejamento e Gestão, 2009, p.6.

_____. Censo 2010: Resultados. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em <http://www.censo2010.ibge.gov.br/resultados>, acesso em 06/11/2012.

_____. Câmara dos Deputados, Atividades legislativas, Legislação, Constituições Brasileiras, Portal da Constituição Cidadã, Biografia.2012. Disponível em: <http://www2.camara.gov.br/atividade-legislativa/legilacao/constituicoesbrasileiras/constituicaocidada/parlamentaresconstituente/deputados1>, acesso em 15/06/2012.

_____. Portal do Senado Federal, Publicações, Anais das atas da constituinte. Brasília: Senado Federal. Assembléia Nacional Constituinte. Atas de subcomissão de saúde, seguridade e do meio ambiente. Brasília: Senado Federal, 1987.Disponível em: <http://www.senado.gov.br/publicacoes/anais/constituente>, acesso em 17/09/2012.

BRAVO, M.I. S. **Projeto Ético-político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária**: Elementos para o Debate.Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional,2000, p.03.

BRUNER, J. « The Narrative Construction of Reality ». In :**Critical Inquiry**, n.18, 1991, p.1-21.

BRUNNER et SUDDARTH. «**Prestation des soins de santé et pratique infirmier** ». In:**Soins Infirmiers**: Médecine et Chirurgie,v.1, 2ª ed. Québec: ERPI, 2011, p. 4-11

- BRONSTEIN, L. R. « Index of interdisciplinary collaboration». In: **Social Work research**, n.26 (2), 2002, p.113-126.
- CARVALHO, S. R. **As contradições da promoção à saúde em relação a produção de sujeitos e mudança social**. In: Revista Ciência & Saúde Coletiva.9 (3), 2004, p.669-678. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v9n3/a13v09n3.pdf>, acesso em 05/06/2012.
- CAPELLA, A.C.N. **Perspectivas Teóricas sobre o Processo de Formulação**. In: MARQUES, E. et al (Orgs.). Políticas Públicas no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, p.87-121.
- CATON, L. e LARSH, S. **An idea whose time has come**. In: Ontario Healthy Communities Coalition(OHCC). Inspiring changes: healthy cities and communities in Ontario. Toronto, OHCC, 2000, p.2.
- CECÍLIO, L.C.O. e MERHY, E. E. “A Integralidade do Cuidado como Eixo da Gestão Hospitalar”. In: **Revista Saúde em Debate**, Campinas, 2003, p. 4-14.
- CENTENARO, A. et al. “A saúde no Brasil a partir da década de 80: retrospectiva histórica e conjuntura atual. In: **Seminário Nacional Estado e Políticas Sociais no Brasil**, 2007, Cascavel, Paraná. *Anais do 3º Seminário Nacional Estado e Políticas Sociais no Brasil*. Edunioste. CD-ROM.
- CONH, A. **Saúde da família e SUS: Convergências e dissonâncias**. Rio de Janeiro: Beco do Azougue e São Paulo: CEDEC, 2009, p.7-11.
- CONTANDRIOPOULOS, A-P.; HARTZ, Z.; GERBIER, M. e NGUYEN, A. **Santé et Citynneté: Les expériences du Brésil et du Québec**. Les presses de l’Université de Montréal. 2009, p.334-399.
- DESLANDES, S. F. (org.). **Humanização dos Cuidados em Saúde: Conceitos, Dilemas e Práticas**. Col. Criança, Mulher e Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011, p.50-85.

DIAS, G. L.S. e AGUIRRE, B. M. B. “Crise político-econômica: as raízes do impasse”. In: **Estudos Avançados**. [online]. 1992, vol.6, n.14, p. 79-94. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>, acesso em 08/08/2012.

DRAIBE, S. e HENRIQUE, W. **Welfare-state: crise e gestão da crise, um balanço da literatura internacional**. In: Revista Brasileira de Ciências Sociais, Vol.6, São Paulo, 2006. Disponível em: http://www.anpocs.org.br/portal/publicacoes/rbcs_00_06, acesso em 15/06/2012.

EVANS, P.; RUESCHEMEYER, D. e SKOCPOL, T. **Bringing the State Back**. Cambridge: Cambridge University Press, 1985, p.123-139.

FARIA, C. A.P. **Idéias, Conhecimento e Políticas Públicas**: Um inventário sucinto das principais vertentes analíticas recentes. In: Revista Brasileira de Ciências Sociais, v.18, n. 51, 2003, p.21.

FERRAZ, C. H. **O Valor da Vida como Fato**: Uma crítica Neopragmática. Séries Estudos de Saúde Coletiva. nº105. UFRJ – IMS, 1994, p.1-22;

FIOCRUZ, Instituto de Comunicação e informação científica e tecnológica em Saúde da Fiocruz. Biblioteca virtual da Saúde. Disponível em: www.bvb.integralidade.icict.fiocruz.br acesso em 16/10/2012.

FIORI, J. L. **Para uma economia política do Estado brasileiro**. São Paulo: IESP/FUNDAP, Vol 11, 1993.

FLEURY, S. (org.). **Saúde e Democracia**: a luta do CEDES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997, p.143-144.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFANCIA. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança**: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado - Módulo 3: promovendo e incentivando a amamentação em um Hospital Amigo da Criança. Curso de 20 horas para equipes de maternidade / Fundo das Nações Unidas para a Infância, Organização Mundial da Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, Serie A. Normas e Manuais Técnicos 2009. p 224

GUATTARI, Félix. **Caosmose**, um novo paradigma estético. São Paulo: Ed. 34, 1992. P 11-44.

GENNARO, L.R.M. **Conhecendo a USE: Princípios, normas e rotinas de funcionamento**. UFSCar/Manual da Unidade Saúde Escola, 2009, p.8.

GERSCHMAN, S. e SANTOS, M. A. B. **O sistema único de saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX**. In:Revista Brasileira de Ciências Sociais, Vol.21, Nº 61, 2006, p.177-179.

GOMES, H.F.**Interdisciplinaridade e Ciência da Informação: de característica a critério delineador do núcleo principal**, v.1. Belo Horizonte: [EDITORA],1996, p.35

GENNARO, L. R. M. **Conhecendo a USE: Princípios, normas e rotinas de funcionamento**. UFSCar/Manual da Unidade Saúde Escola, 2009, p.8.

GIACOMINI FILHO; GOULART, E. e CAPRINO M. P.**Epistemologia da Comunicação**, n.33/ago. Porto Alegre:FAMESCO, 2007, p.41-45.

GIOVANELLA, L. *et al.* (org.).**Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro:FIOCRUZ, 2011, p.23-871.

HANCOCK, T. **BeyondHealth Care: from public health policy Canadian**.Journal of public policy, 76.Supplement 1 May/June 1985, p.9-11 .

HEIDEMANN, F.G. e SALM, J. F. **Políticas Públicas e Desenvolvimento**. Bases epistemológicas e modelos de análise. 2ª ed.Brasília: Editora da UnB, 2010, p.32.

HOME, Pearson.**The Learning Curve**.Disponível em <http://www.thelearningcurve.pearson.com>, acesso em 20/01/2013.

HOWLETT, M. e RAMESH, M. **Studying Public Policy: Policy Cycles and Policy Subsystems**. Oxford: University Press, 1995, p.1-5.. Part1, Capítulo 1

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home>, acesso em 04/01/2013.

Instituto para o desenvolvimento da saúde. In: **Distritos Sanitários: Concepções e organização**. [Manual]. IDS/NAMH/FSP/USP/SP, 1998, p 5-47.

KOLOROUTIS, M. **Cuidado Baseado no Relacionamento**. São Paulo: Ed. Atheneu, 2012, p.xii-xxii e p.51-61.

LEISTNER, R.M. “Outra Economia”, In: **Políticas Públicas no Brasil**, v.5, n.8. Porto Alegre, Unisinos, 2011, p.99-106.

LINDBLOM, C. E. **Processo de decisão política**. Nova Jersey: Prentice Hall Inc., 1968, p.120.

LOPES, J. A. V. **Entre a sistematização e o centrão: o consórcio político da ordem de 1988**. São Paulo: Hucitec/Anpocs/Fundação Ford, 2009. Disponível em: <http://www.anpocs.org.br/portal/content/view/738/52/>, acesso em 16/10/2012.

LUZ, M.T. **Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática" - anos 80**. Vol.1, N°1. Rio de Janeiro: Physis, 1991, p.77-96.

MADRID, Ministério para las Administraciones Publicas. Analisis de políticas publicas y eficacia de la administracion. Colección Estudios. 2ª Ed. Madri, 1992, p.14-16.

MARCH, J. G. **Neo-institucionalismo: fatores organizacionais na vida política**. In: Revista de Sociologia e Política. [Online]. SciELO Brasil. Vol 16. N°31, 2008. p 121-142.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: HUCITEC, 2002. p.5-14.

Brasil, Portal do Ministério da Saúde. “Norma Operacional Básica do SUS NOB-SUS 01/96”. Disponível em: http://www.esp.rs.gov.br/esp2/img2/NOB20/SUS/2001_96.pdf, acesso em 02/06/2011.

OLIVER, D. P. e PECK, M. “Inside the Interdisciplinary Team Experiences of Hospice Social Workers. Peer-Reviewicles”. In: **Journal of Social Work in end-of-life & Palliative Care**. Bronstein, 2003, p.8-20.

SABATIER P. (ed.). **Theories of the Policy Process**. 2nd ed. Punctuated-Equilibrium Theory Explaining Stability and Change in Public Policymaking, Part III, Apr/2006, p.5.

PETERS, B. G. Review: **Understanding Governance: Policy Networks, Governance, Reflexivity and Accountability** by R. W. Rhodes”. In: Public Administration, Vol.7,1998, p.409.

PINEAULT, R. **Comprendre le système de santé pour mieux le gérer**. Presses de l’Université de Montréal, 2012, p.62-64.

POTVIN, L.; MOQUET, M.-J. e JONES, C.M., **Réduire les inégalités sociales en santé**. Coll. Santé en Action. Saint-Denis: INPES, 2010, p.235-323.

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Brasil: Índice de Desenvolvimento Humano. Disponível em <http://www.pnud.org.br/IDH/DH.aspx>, acesso em 05/04/2012.

QUÈBEC, L.R.Q. Chapitre S-4.2. **Loir sur les services de santé et les services sociaux**. 2009, p.8-10.

RIGHI, L. B. **Poder local e inovação no SUS**: estudo sobre a construção de redes de atenção à saúde em três municípios no estado do Rio Grande do Sul. Tese de doutorado em Saúde Coletiva. Campinas, 2002, p.366.

ROGERS, E. M. **Diffusion of Innovation**. 5^a ed. Nova York: Free Press, 2003, p.5-12.

RUA, M. G. “Análise de políticas públicas: conceitos básicos”. In: _____ (org.). **O estudo da política**: tópicos selecionados. Brasília: Paralelo 15, 2002, p.7.

“Statistique Canada”. Disponível em <http://www.statcan.gc.ca>, acesso em 02/02/2013.

SCLIAR, M. “História do Conceito de Saúde”. In: **PHYSIS**: Rev. Saúde Coletiva, 17 (1). Rio de Janeiro, 2007, p.29-41. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/physis/v17n1/v17n1a03.pdf>, acesso em 10/11/2012.

SOUZA, C. “**Políticas públicas: questões temáticas e de pesquisa**”. In: Caderno CRH,n.39, jul./dez. Salvador, 2003, p.11-24.

SOUZA, C. **Políticas Públicas: uma revisão da literatura**, ano 8, nº 16, jul/dez.Porto Alegre, 2006, p.20-45.

SOUZA, M. T. de. “**O processo decisório na Constituição de 1988: práticas institucionais**”. In: Lua Nova/CEDEC, Centro de Estudos de Cultura Contemporânea.n.58. São Paulo, 2003, p.37-59.Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/en/n58/a04n58.pdf> acesso em 18 /10/2011.

SUBRATIS, J. “**El papel de la burocracia en el proceso de determinacion e implementacion delas políticas publicas**”.In: SARAVIDA, E. e FERRAREZI, E. (orgs.). **Políticas públicas**,v.2. Brasília: ENAP, 2006, p.113-125.

VARELA, S. P. “**Financiamento e Controladoria dos Municípios Paulistas no Setor Saúde: Uma Avaliação de Eficiência**”. In:NEPP/UNICAMP. Cadernos Nº. 70, 2005, p.15.

VISENTINI,G.S. **Reforma do estado no Brasil (1995-1998):** O plano diretor da reforma do aparelho do Estado. Dissertação de Pós-Graduação em Ciência Política. IFCH, UFRGS. Disponívelem: <http://www.lume.ufrgs.br>, acesso em 16/10/2012.

WHO (World Health Organization). **Health Promotion:**a discussion document on the conception and principles of health promotion. Health Promotion, 1984, p.73-78.

_____. **Charter for Health Promotion (HPR).**Ottawa,1986. Disponívelem: <http://www.who.in/hpr/docs/ottawa.html> acesso em 28 /12/2011.

_____.**The World Health Report 2008:** Primary Health Care Now More than Ever. 2008, p.xi.

RESOLUÇÃO, ConsUni nº 644. Universidade Federal de São Carlos, 2009, p.01.

University Health Network, Toronto ON.“Focus of Care”. Disponívelem: http://www.uhn.ca/Focus_of_Care/index.asp, acesso em 30/09/2011.

YIN, R. K, Estudo de caso: planejamento e métodos.trad. Daniel Grassi - 2. ed. -Porto Alegre : Bookman, 2001. p.19-35.

YVES, S. Chronique – Idées, intérêts, institutions dans l’analyse des politiques publiques pouvoirs,n.87.In: L’extrême droite en Europe, 1998, p.161-178.

ZAHARIADIS, N. “Ambiguity, time, and multiple streams”. In: SABATIER, P. A. (ed.). **Theories of the policy process**. Boulder, CO: Westirew Press, 1999, p.78.

Descritores em ciência da saúde. Disponível em: <http://www.desc.bvs.br>, acesso 18 / 04 /2011.

Portal de notícias da Globo. Disponível em:
<http://g1.globo.com/brasil/noticia/2011/11/brasil-ocupa-84-posicao-entre-187-paises-no-idh-2011.html>acesso em 24 /10/2011.

Organização Mundial da Saúde. Biblioteca Virtual da Saúde.Disponível em:<http://www.bases.bireme.br>, acesso 11/10/2012.

Community Health and Wellness: Primary Health Care in Practice. Disponível em:
http://www.ohcc-ccso.ca/en/webfm_send/207, acesso em 05/04/2012.

ANEXO 1
CARTA DE OTTAWA

CARTA DE OTTAWA
PRIMEIRA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL
SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE
Ottawa, novembro de 1986

A Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986, apresenta neste documento sua Carta de Intenções, que seguramente contribuirá para se atingir Saúde para Todos no Ano 2000 e anos subsequentes.

Esta Conferência foi, antes de tudo, uma resposta às crescentes expectativas por uma nova saúde pública, movimento que vem ocorrendo em todo o mundo. As discussões localizaram principalmente as necessidades em saúde nos países industrializados, embora tenham levado em conta necessidades semelhantes de outras regiões do globo.

As discussões foram baseadas nos progressos alcançados com a Declaração de Alma-Ata para os Cuidados Primários em Saúde, com o documento da OMS sobre Saúde Para Todos, assim como com o debate ocorrido na Assembléia Mundial da Saúde sobre as ações intersetoriais necessárias para o setor.

PROMOÇÃO DA SAÚDE

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global.

PRÉ-REQUISITOS PARA A SAÚDE

As condições e os recursos fundamentais para a saúde são: Paz – Habitação – Educação – Alimentação – Renda - ecossistema estável – recursos sustentáveis - justiça social e equidade O incremento nas condições de saúde requer uma base sólida nestes pré-requisitos básicos.

DEFESA DE CAUSA

A saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida. Fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos podem tanto favorecer como prejudicar a saúde. As ações de promoção da saúde objetivam, através da defesa da saúde, fazer com que as condições descritas sejam cada vez mais favoráveis.

CAPACITAÇÃO

Alcançar a equidade em saúde é um dos focos da promoção da saúde. As ações de promoção da saúde objetivam reduzir as diferenças no estado de saúde da população e assegurar oportunidades e recursos igualitários para capacitar todas as pessoas a realizar completamente seu potencial de saúde. Isto inclui uma base sólida: ambientes favoráveis, acesso à informação, a experiências e habilidades na vida, bem como oportunidades que permitam fazer escolhas por uma vida mais sadia. As pessoas não podem realizar completamente seu potencial de saúde se não forem capazes de controlar

os fatores determinantes de sua saúde, o que se aplica igualmente para homens e mulheres.

MEDIAÇÃO

Os pré-requisitos e perspectivas para a saúde não são assegurados somente pelo setor saúde. Mais importante, a promoção da saúde demanda uma ação coordenada entre todas as partes envolvidas: governo, setor saúde e outros setores sociais e econômicos, organizações voluntárias e não-governamentais, autoridades locais, indústria e mídia. As pessoas, em todas as esferas da vida, devem envolver-se neste processo como indivíduos, famílias e comunidades. Os profissionais e grupos sociais, assim como o pessoal de saúde, têm a responsabilidade maior na mediação entre os diferentes, em relação à saúde, existentes na sociedade.

As estratégias e programas na área da promoção da saúde devem se adaptar às necessidades locais e às possibilidades de cada país e região, bem como levar em conta as diferenças em seus sistemas sociais, culturais e econômicos.

SIGNIFICADO DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE: CONSTRUINDO POLÍTICAS PÚBLICAS SAUDÁVEIS

A promoção da saúde vai além dos cuidados de saúde. Ela coloca a saúde na agenda de prioridades dos políticos e dirigentes em todos os níveis e setores, chamando-lhes a atenção para as consequências que suas decisões podem ocasionar no campo da saúde e a aceitarem suas responsabilidades políticas com a saúde.

A política de promoção da saúde combina diversas abordagens complementares, que incluem legislação, medidas fiscais, taxações e mudanças organizacionais. É uma ação coordenada que aponta para a equidade em saúde, distribuição mais equitativa da renda e políticas sociais. As ações conjuntas contribuem para assegurar bens e serviços mais seguros e saudáveis, serviços públicos saudáveis e ambientes mais limpos e desfrutáveis.

A política de promoção da saúde requer a identificação e a remoção de obstáculos para a adoção de políticas públicas saudáveis nos setores que não estão diretamente ligados à saúde. O objetivo maior deve ser indicar aos dirigentes e políticos que as escolhas saudáveis são as mais fáceis de realizar.

CRIANDO AMBIENTES FAVORÁVEIS

Nossas sociedades são complexas e inter-relacionadas. Assim a saúde não pode estar separada de outras metas e objetivos. As inextricáveis ligações entre a população e seu meio-ambiente constituem a base para uma abordagem socioecológica da saúde. O princípio geral orientador para o mundo, as nações, as regiões e até mesmo as comunidades é a necessidade de encorajar a ajuda recíproca – cada um a cuidar de si próprio, do outro, da comunidade e do meio-ambiente natural. A conservação dos recursos naturais do mundo deveria ser enfatizada como uma responsabilidade global. Mudar os modos de vida, de trabalho e de lazer tem um significativo impacto sobre a saúde. Trabalho e lazer deveriam ser fontes de saúde para as pessoas. A organização social do trabalho deveria contribuir para a constituição de uma sociedade mais saudável.

A promoção da saúde gera condições de vida e trabalho seguras, estimulantes, satisfatórias e agradáveis.

O acompanhamento sistemático do impacto que as mudanças no meio-ambiente produzem sobre a saúde – particularmente, nas áreas de tecnologia, trabalho, produção de energia e urbanização – é essencial e deve ser seguido de ações que assegurem

benefícios positivos para a saúde da população. A proteção do meio-ambiente e a conservação dos recursos naturais devem fazer parte de qualquer estratégia de promoção da saúde.

REFORÇANDO A AÇÃO COMUNITÁRIA

A promoção da saúde trabalha através de ações comunitárias concretas e efetivas no desenvolvimento das prioridades, na tomada de decisão, na definição de estratégias e na sua implementação, visando a melhoria das condições de saúde. O centro deste processo é o incremento do poder das comunidades – a posse e o controle dos seus próprios esforços e destino.

O desenvolvimento das comunidades é feito sobre os recursos humanos e materiais nelas existentes para intensificar a auto-ajuda e o apoio social, e para desenvolver sistemas flexíveis de reforço da participação popular na direção dos assuntos de saúde. Isto requer um total e contínuo acesso à informação, às oportunidades de aprendizado para os assuntos de saúde, assim como apoio financeiro adequado.

DESENVOLVENDO HABILIDADES PESSOAIS

A promoção da saúde apóia o desenvolvimento pessoal e social através da divulgação e informação, educação para a saúde e intensificação das habilidades vitais. Com isso, aumentam as opções disponíveis para que as populações possam exercer maior controle sobre sua própria saúde e sobre o meio-ambiente, bem como fazer opções que conduzam a uma saúde melhor.

É essencial capacitar as pessoas para aprender durante toda a vida, preparando-as para as diversas fases da existência, o que inclui o enfrentamento das doenças crônicas e causas externas. Esta tarefa deve ser realizada nas escolas, nos lares, nos locais de trabalho e em outros espaços comunitários. As ações devem se realizar através de organizações educacionais, profissionais, comerciais e voluntárias, bem como pelas instituições governamentais.

REORIENTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A responsabilidade pela promoção da saúde nos serviços de saúde deve ser compartilhada entre indivíduos, comunidade, grupos, profissionais da saúde, instituições que prestam serviços de saúde e governos. Todos devem trabalhar juntos, no sentido de criarem um sistema de saúde que contribua para a conquista de um elevado nível de saúde.

O papel do setor saúde deve mover-se, gradativamente, no sentido da promoção da saúde, além das suas responsabilidades de prover serviços clínicos e de urgência. Os serviços de saúde precisam adotar uma postura abrangente, que perceba e respeite as peculiaridades culturais. Esta postura deve apoiar as necessidades individuais e comunitárias para uma vida mais saudável, abrindo canais entre o setor saúde e os setores sociais, políticos, econômicos e ambientais.

A reorientação dos serviços de saúde também requer um esforço maior de pesquisa em saúde, assim como de mudanças na educação e no ensino dos profissionais da área da saúde. Isto precisa levar a uma mudança de atitude e de organização dos serviços de saúde para que focalizem as necessidades globais do indivíduo, como pessoa integral que é.

VOLTADOS PARA O FUTURO

A saúde é construída e vivida pelas pessoas dentro daquilo que fazem no seu dia-a-dia: onde elas aprendem, trabalham, divertem-se e amam. A saúde é construída pelo cuidado

de cada um consigo mesmo e com os outros, pela capacidade de tomar decisões e de ter controle sobre as circunstâncias da própria vida, e pela luta para que a sociedade ofereça condições que permitam a obtenção da saúde por todos os seus membros.

Cuidado, holismo e ecologia são temas essenciais no desenvolvimento de estratégias para a promoção da saúde. Além disso, os envolvidos neste processo devem ter como guia o princípio de que em cada fase do planejamento, implementação e avaliação das atividades de promoção da saúde, homens e mulheres devem participar como parceiros iguais.

COMPROMISSOS COM A PROMOÇÃO DA SAÚDE

Os participantes desta Conferência comprometem-se a:

- atuar no campo das políticas públicas saudáveis e advogar um compromisso político claro em relação à saúde e à equidade em todos os setores;
- agir contra a produção de produtos prejudiciais à saúde, a degradação dos recursos naturais, as condições ambientais e de vida não-saudáveis e a má-nutrição; e centrar sua atenção nos novos temas da saúde pública, tais como a poluição, o trabalho perigoso e as questões da habitação e dos assentamentos rurais;
- atuar pela diminuição do fosso existente, quanto às condições de saúde, entre diferentes sociedades e distintos grupos sociais, bem como lutar contra as desigualdades em saúde produzidas pelas regras e práticas desta mesma sociedade;
- reconhecer as pessoas como o principal recurso para a saúde; apoiá-las e capacitá-las para que se mantenham saudáveis a si próprias, às suas famílias e amigos, através de financiamentos e/ou outras formas de apoio; e aceitar a comunidade como porta-voz essencial em matéria de saúde, condições de vida e bem-estar;
- reorientar os serviços de saúde e os recursos disponíveis para a promoção da saúde; incentivar a participação e colaboração de outros setores, outras disciplinas e, mais importante, da própria comunidade;
- reconhecer a saúde e sua manutenção como o maior desafio e o principal investimento social dos governos; e dedicar-se ao tema da ecologia em geral e das diferentes maneiras de vida;
- a Conferência conclama a todos os interessados juntar esforços no compromisso por uma forte aliança em torno da saúde pública.

POR UMA AÇÃO INTERNACIONAL

A Conferência conclama a OMS e outras organizações internacionais para a defesa da promoção da saúde em todos os fóruns apropriados e para o apoio aos países no estabelecimento de estratégias e programas para a promoção da saúde.

A Conferência está firmemente convencida de que se as pessoas, as ONGs e organizações voluntárias, os governos, a OMS e demais organismos interessados, juntarem seus esforços na introdução e implementação de estratégias para a promoção da saúde, de acordo com os valores morais e sociais que formam a base desta Carta, a Saúde Para Todos no Ano 2000 será uma realidade!

ANEXO II

Instituto de Pesquisa e Apoio ao Desenvolvimento Social - IPADS

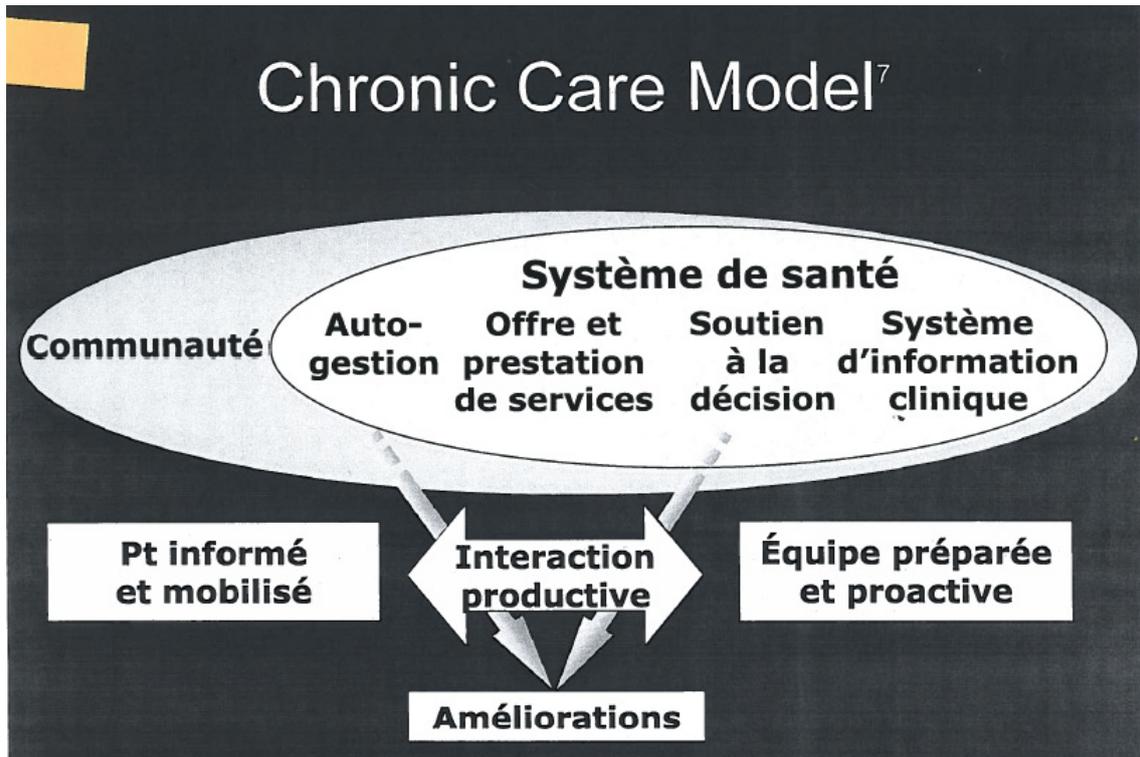
PROJETO QUALISUS

Produto I LICITAÇÃO 0736-2007

QUADRO 12: Cuidado em Saúde

EIXOS	ELEMENTOS	DADOS, INFORMAÇÕES E INDICADORES
CUIDADO EM SAÚDE	Protocolos Clínicos	<ul style="list-style-type: none">• Processo de elaboração dos protocolos clínicos e processo de pactuação com os serviços da Rede de Atenção à Saúde• Planos e ações para a implantação dos protocolos na rede
	Linhas de Cuidado	<ul style="list-style-type: none">• Linhas de Cuidado prioritárias• Documento com definição de ações, procedimentos, itinerários diagnósticos e terapêuticos e parâmetros de atenção
	Supervisão Técnica	<ul style="list-style-type: none">• Equipes de supervisão técnica do cuidado nos pontos de atenção• Procedimentos e parâmetros para supervisão técnica
	Capacitação de RH	<ul style="list-style-type: none">• Programas de capacitação de RH elaborado• Ações de treinamento e capacitação realizadas e programadas

O termo Cuidado em Saúde expressa o conjunto de práticas / intervenções voltadas à promoção, reservação ou recuperação da Saúde. Engloba desde as iniciativas singulares de auto-cuidado desenvolvidas pelos próprios indivíduos, visando à promoção, a preservação ou a recuperação de sua própria saúde, até as atividades ofertadas de forma organizada pelos sistemas de saúde. No âmbito dos sistemas de saúde o cuidado se expressa através de um conjunto diversificado de práticas profissionais, clínicas e não clínicas, voltadas a promoção, preservação ou recuperação da saúde dos indivíduos e das coletividades. Assim sendo assume diferentes significados e configurações dependendo do que se propõe o sistema e dos profissionais que nele atuam. As práticas clínicas desenvolvidas por profissionais de diferentes formações ao representar a oferta de ações e procedimentos na observância do conhecimento científico e no avanço tecnológico têm papel central no sistema de saúde devendo, portanto, nortear a sua organização.



ANEXO IV

DO INSTRUMENTAL DE ENTREVISTA:

Questões:

1. Você conhece os eixos formulados pelo Instituto de Pesquisa e Apoio ao Desenvolvimento Social (IPADS) vinculado ao Ministério da Saúde, para as Linhas de Cuidados?
2. Quais Linhas de Cuidados estão sendo implementados pela USE-UFSCar?
3. Qual a sua avaliação da implementação das Linhas de Cuidados pela USE até o momento?

DO TERMO DE CONSENTIMENTO (Rascunho)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado (a) a participar de um projeto de pesquisa que visa estudar as interfaces da implementação de políticas públicas e para tanto, toma por observatório a experiência da adoção do modelo de Linha de Cuidados pela Unidade de Saúde Escola da Universidade Federal de São Carlos (USE - UFSCar) a fim de instruir dissertação de mestrado cujo tema é Processos de trabalho na política de saúde pública brasileira: O caso da implementação das Linhas de Cuidado pela Unidade de Saúde Escola da UFSCar.

Você foi selecionado (a) porque compõe a equipe da USE – UFSCar e participar do processo de implementação a ser observado por este estudo. Quanto a sua participação no estudo é voluntária, opcional e se você não quiser participar, você não terá nenhum problema com a pesquisadora. E mesmo que você aceite e depois mude de opinião, poderá desistir a qualquer momento, sem problema nenhum. Caso você tenha alguma dúvida, a qualquer momento da pesquisa você poderá perguntar para a pesquisadora.

A participação consistirá em permitir a gravação de voz e anotações das suas respostas às questões propostas. Os dados integrarão discussões de dissertação de Mestrado e serão divulgados em fóruns acadêmicos a compreender congressos e grupos de pesquisa, sem, no entanto, identificar seu nome ou outros dados que podem levar à sua identificação.

Sua participação na pesquisa não implica em risco e não está relacionada com formas de pagamento, ressarcimento ou indenização.

Caso aceite participar, será preenchido este Termo de Consentimento em duas vias, uma para você e outra para a pesquisadora.

ELISÂNGELA RODRIGUES CARRIJO
ercarrijo@gmail.com– Telefone 16 3351 8195

ASSINATURA DO VOLUTÁRIO
Data, / /11.

ANEXO V



Université du Québec en Outaouais

Case postale 1250, succursale B, Hull (Québec), Canada J8X 3X7
Téléphone (819) 595-3900
www.uqo.ca

Gatineau le 21 décembre 2012

Madame Elisângela Carrijo
Étudiant
Département de sciences sociales
Université du Québec en Outaouais

cc: Charmain Levy
Professeur
Département de sciences sociales

Projet #: 1674

Je tiens d'abord à vous remercier des précisions et des modifications que vous avez apportées suite à nos commentaires. Suite à l'examen de l'ensemble de la documentation reçue, je constate que votre projet rencontre les normes éthiques établies par l'UQO.

C'est donc avec plaisir que je joins le certificat d'approbation éthique qui est valide pour une durée d'un an à compter de sa date d'émission. Votre approbation éthique pourra être renouvelée par le Comité d'éthique de la recherche suite à la réception du "Rapport de suivi continu" requis en vertu de la Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains. De fait, toute recherche en cours doit faire l'objet d'une surveillance éthique continue et cette responsabilité relève des chercheurs eux-mêmes. Pour plus d'information, je vous invite à consulter le site internet de l'éthique (<http://uqo.ca/ethique>). Toute modification au protocole de recherche devra être soumise au Comité d'éthique pour validation avant la mise en œuvre des modifications.

Afin de vous conformer à la politique de l'UQO en matière d'éthique de recherche, vous devez faire parvenir au Comité d'éthique de la recherche un "Rapport de suivi continu" le ou avant le:

21 décembre 2013

Dans l'éventualité où une demande de renouvellement de l'approbation éthique serait requise, vous devrez déposer votre Rapport au moins 45 jours avant l'échéance du certificat afin de vous assurer d'avoir une approbation éthique valide pendant toute la durée de vos activités de recherche.

Je demeure à votre disposition pour toute information supplémentaire et vous souhaite bon succès dans la réalisation de cette étude.

Le président du Comité d'éthique de la recherche
André Durivage

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche a examiné le projet de recherche intitulé :

Projet: Les processus de travail dans la politique de santé publique au Brésil: l'implantation des lignes de soins au Centre de Santé de l'UFSCar.

Soumis par: Elisângela Carrijo
Étudiant
Département de sciences sociales
Université du Québec en Outaouais

Financement: Université Fédérale de Sao Carlos

Le Comité a conclu que la recherche proposée respecte les principes directeurs de la Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec en Outaouais.

Ce certificat est valable jusqu'au: **21 décembre 2013**

Le président du Comité d'éthique de la recherche
André Durivage



Date d'émission: **21 décembre 2012**

ANEXO VI GUIA DE OBSERVAÇÃO

Guide pour le développement de la recherche :

Oct-2012.

Questions auprès de la direction du service d'assistance interdisciplinaire de santé :

1. Quelles sont les orientations préconisées par le Plan Stratégique Pluriannuel aux équipes interdisciplinaires de santé publique pour améliorer la santé et le bien-être de la population ?
2. Quels sont les paramètres pris en compte par le règlement interne pour instituer et organiser la dynamique de travail interdisciplinaire ?
3. Quelles actions collectives sont convenues dans les protocoles cliniques ?
4. Quelles sont les facilités et les difficultés rencontrées par l'équipe interdisciplinaire de santé publique au Québec en ce qui concerne :
 - a) les objectifs du PPA ?
 - b) le règlement interne du service de santé ?
 - c) les protocoles cliniques ?
 - d) les aspects qualitatifs prévus par cadre de gestion intégrée de la qualité ?
C'est à dire :
 - d.1 l'accent sur la population;
 - d.2 l'accessibilité ;
 - d.3 la continuité ;
 - d.4 la sécurité ;
 - d.5 le milieu de travail ;
 - d.6 les services centrés sur le client ;
 - d.7 l'efficacité ;
 - d.8 l'efficience ;
 - d.9 la pertinence ;

Questions auprès des membres de l'équipe d'assistance interdisciplinaire de santé :

5. En quoi consiste le travail collectif de l'équipe interdisciplinaire de santé ?
 - 5.1 En quoi consiste le travail individuel des spécialistes, membres de l'équipe interdisciplinaire ?
 - 5.2 Existe-t-il un plan individualisé pour chaque spécialiste qui porte sur la qualité des soins ?
Si oui – Quelles sont les recommandations proposées par le plan de chaque catégorie professionnelle qui compose l'équipe interdisciplinaire ?
 - 5.3 Comment l'équipe interdisciplinaire organise et coordonne les connaissances, les compétences et les attitudes de ses membres pour assurer son service ?

Questions auprès de l'organe directeur du service qui comprend l'assistance interdisciplinaire de santé :

6. Quelles ont été les recommandations du Conseil Multidisciplinaire pour améliorer la distribution des soins et des services ?
7. Comment l'Université participe-t-elle au réseau intégré de santé ? Comment s'effectue la communication de l'équipe interdisciplinaire avec les centres Universitaires intégrés au réseau de santé ?

ANEXO VII:

RESOLUÇÃO ConsUni nº 644, de 29 de maio de 2009.

Dispõe sobre o Regimento Interno da Unidade Saúde-Escola.

O Conselho Universitário da Universidade Federal de São Carlos, no uso das atribuições legais e estatutárias que lhe conferem o Estatuto e o Regimento Geral da UFSCar, e considerando a deliberação do colegiado em sua 174ª reunião ordinária desta data,

R E S O L V E

CAPÍTULO I

Da Denominação, Natureza e Finalidades

Art. 1º. A Unidade Saúde Escola, doravante denominada USE, unidade de ensino, pesquisa e extensão criada pela Portaria GR N° 869, de 05 de novembro de 2004 e vinculada diretamente à Reitoria da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), será regida pelo Estatuto da UFSCar e por este Regimento Interno.

Art. 2º. A USE tem como missão:

I - Prestar assistência qualificada e gratuita a todo cidadão dentro dos princípios do Sistema Único de Saúde, de forma articulada com a rede pública de saúde;

II - Formar e qualificar profissionais na área de saúde, desenvolvendo pesquisa científica e gerando tecnologia;

III - Divulgar o conhecimento produzido, tornando-o acessível a quem de interesse.

Art. 3º. A USE reger-se-á pelos seguintes princípios:

I - Respeito aos valores humanos;

II - Eficácia e efetividade nas intervenções;

III - Qualidade e humanização no atendimento;

IV - Equidade e universalidade;

V - Integralidade nas ações;

VI - Trabalho interdisciplinar;

VII - Indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão.

Art. 4º. A USE é uma unidade de produção de conhecimento e cuidados, formação profissional e extensão, dentro dos mais altos padrões científicos e tecnológicos, visando à contínua melhoria da qualidade de vida de seus usuários.

Art. 5º. A USE tem por finalidade desenvolver atividades de ensino, pesquisa e extensão no âmbito da saúde, integrando diferentes áreas do conhecimento e campos de atuação profissional de forma interdisciplinar, indissociável e compatível com os princípios que regem a UFSCar.

Parágrafo Único. Para o desenvolvimento de atividades de ensino, pesquisa e extensão na USE, terão prioridade os departamentos e cursos da UFSCar.

Art. 6º - Em consonância com a sua finalidade a USE tem como objetivos principais:

I - Atuar na perspectiva de atendimento integral ao usuário, da promoção de saúde à reabilitação;

II - Contribuir para o equacionamento de problemas sociais que determinam e condicionam o nível de saúde da população, interagindo de forma permanente e integrada com o sistema loco/regional de saúde;

III - Colaborar na formulação e execução de política voltada para a promoção, proteção e recuperação da saúde do indivíduo e da coletividade;

IV - Oferecer condições para a realização de atividade docente, de pesquisa e de extensão no campo das ciências da saúde e afins;

V - Formar e aperfeiçoar pessoal para o exercício profissional especializado e não especializado, levando em conta as realidades sanitária e sócio-econômica nacionais, bem como as peculiaridades do mercado de trabalho;

VI - Manter e ampliar o intercâmbio acadêmico, técnico e científico com instituições congêneres afins, nacionais e internacionais;

VII - Favorecer a participação de sua comunidade interna e externa no contínuo desenvolvimento de suas tarefas e atividades.

CAPÍTULO II

Das atividades da USE

Art. 7º. As atividades-fim de ensino, pesquisa e extensão em saúde, desenvolvidas na USE, serão organizadas sob as premissas da transdisciplinaridade, organicidade das ações, na forma de Linhas de Cuidado e por meio de atividades de educação em saúde coordenadas pelo Núcleo Interdisciplinar de Tecnologia Educacional em Saúde (NITES).

Art. 8º - As Linhas de Cuidado da USE deverão ser aprovadas e registradas junto à Pró-Reitoria de Extensão da UFSCar, na condição de Programas de Extensão, e terão duração indeterminada, desde que mantida a qualidade de suas atividades e ações, de acordo com as normas institucionais e de funcionamento da USE.

Parágrafo Único. Entende-se por Linha de Cuidado, para os fins deste Regimento Interno, o conjunto de ações construídas e conduzidas de forma

interdisciplinar, multiprofissional, baseadas na integralidade e centradas no usuário, integrando ações de educação, promoção, vigilância, prevenção e assistência, voltadas para as especificidades de grupos e/ou necessidades individuais de saúde dos usuários, respeitadas suas singularidades, subjetividades e conforme um projeto terapêutico previamente elaborado e negociado entre profissionais e usuários.

Art. 9º. As equipes das Linhas de Cuidado poderão ser compostas por:

I - Docentes;

II - Servidores técnico-administrativos;

III - Alunos de graduação e de pós-graduação da UFSCar envolvidos com as ações previstas;

IV - Profissionais e alunos externos à UFSCar, na condição de parceiros, colaboradores ou pesquisadores, provenientes ou não de instituições conveniadas à universidade, desde que sejam observadas as normas internas e institucionais vigentes, que exista a aprovação pela equipe da Linha de Cuidado e ressalvada a prioridade aos departamentos e cursos da instituição.

Art. 10. O desenvolvimento de Programa e/ou Projeto de Extensão poderá ser proposto por servidores docentes ou técnico-administrativos com atuação na área de saúde ou afim, no âmbito da UFSCar, observadas as normas de funcionamento da USE.

§ 1º. A proposta de constituição de Programa e/ou Projeto de Extensão deverá ser realizada por seu coordenador, mediante encaminhamento de solicitação circunstanciada à Diretoria Executiva da USE, e será submetida à deliberação do Conselho Gestor. É necessário que a proposta apresentada assuma a forma ou se integre adequada e funcionalmente às Linhas de Cuidado existentes.

§ 2º. Quando necessário, a Diretoria Executiva poderá solicitar a prévia análise do Programa e/ou Projeto de Extensão a especialista com reconhecida competência acadêmica.

§ 3º. Aprovado o Programa e/ou Projeto de Extensão, pelo Conselho Gestor, o seu coordenador deverá adotar as providências cabíveis visando à sua aprovação e registro junto à Pró-Reitoria de Extensão, na condição de Programa e/ou Projeto de Extensão, de acordo com as normas institucionais vigentes.

CAPÍTULO III

Da Estrutura Organizacional da USE

Art. 11. As instâncias gestoras da USE são:

- I - Conselho Gestor;
- II - Diretoria Executiva;
- III - Administração Executiva;
- IV - Coordenações de Linhas de Cuidado.

Seção I – Do Conselho Gestor

Art. 12. O Conselho Gestor é o órgão superior de deliberação em matéria administrativa, técnico-científico, de ensino, pesquisa e extensão, no âmbito da USE.

Art. 13. O Conselho Gestor é composto pelos seguintes membros:

- I - Diretor Geral da USE, que o presidirá;
- II - Diretor Técnico da USE;
- III - Coordenador Executivo da USE;
- IV - Administrador Executivo da USE;
- V - Representante da UFSCar no Conselho Municipal de Saúde;
- VI - Um coordenador de cada uma das Linhas de Cuidado em atividade;
- VII - Coordenador do Núcleo Interdisciplinar de Tecnologia Educacional em Saúde;
- VIII - Um representante dos servidores técnico-administrativos;
- IX - Um representante discente da graduação, pertencente ao *campus* São Carlos.
- X - Um representante discente da pós-graduação.

§ 1º. Os membros de que tratam os incisos I a VII farão parte do Conselho Gestor enquanto ocuparem os respectivos cargos.

§ 2º. Os representantes de que tratam os incisos VIII a X, bem como seus respectivos suplentes serão indicados entre seus pares, para exercer um mandato de um ano, sendo permitida uma recondução.

§ 3º. O representante mencionado no inciso IX terá dois suplentes.

§ 4º. As ausências em mais de duas reuniões consecutivas do(s) membro(s) que a compõem, ou três faltas alternadas em um mesmo semestre, sem motivo plenamente justificado, implicarão na substituição do(s) membro(s) junto ao Conselho Gestor.

Art. 14. Compete ao Conselho Gestor:

- I - Deliberar sobre situações administrativas e aspectos do funcionamento da USE;
- II - Aprovar o Regimento Interno da USE, ou sua proposta de alteração, encaminhando-o para deliberação do Conselho Universitário da UFSCar;
- III - Definir as Linhas de Cuidado às quais deverão estar vinculadas as ações de saúde desenvolvidas;

IV - Deliberar sobre a constituição ou extinção de Programas e/ou Projetos de Extensão;

V - Deliberar sobre propostas de implementação de diretrizes, em consonância com as normas da UFSCar;

VI - Homologar o nome do Coordenador Executivo indicado pela Diretoria Geral e Diretoria Técnica;

VII - Exercer as demais atribuições conferidas pelos demais órgãos da UFSCar.

Art. 15. O Conselho Gestor reunir-se-á ordinariamente a cada mês do calendário letivo, sendo as datas estabelecidas no início de cada semestre, com confirmação escrita emitida pela Diretoria Executiva, com no mínimo 48 horas de antecedência.

§ 1º. O Conselho Gestor poderá, ainda, reunir-se em caráter extraordinário, sempre que convocado, por escrito, pelo Diretor Geral, pelo Diretor Técnico ou por solicitação da maioria de seus membros, com antecedência mínima de vinte e quatro horas.

§ 2º. As reuniões do colegiado deverão acontecer com a presença da maioria dos seus membros (50% + 1), conforme composição descrita no Artigo 13.

§ 3º. Em não havendo este quorum depois de decorrida meia hora do horário previsto para o início da reunião, esta acontecerá com os presentes, qualquer que seja seu número;

§ 4º. As reuniões serão abertas à participação de quaisquer membros da USE e/ou da UFSCar com direito a voz, mas sem direito a voto.

Art. 16. As deliberações do Conselho Gestor serão feitas por meio de voto público dos presentes e aprovação mediante maioria simples.

Parágrafo Único. Terão direito a voto todos os membros titulares do Conselho, cabendo à Presidência, caso necessário, apenas o voto de desempate.

Seção II – Da Diretoria Executiva

Art. 17. A Diretoria Executiva é composta pelos seguintes membros:

I - Diretor Geral;

II - Diretor Técnico;

III - Coordenador Executivo.

Art. 18 - Compete à Diretoria Executiva:

I - Dirigir, administrar e representar a USE, em consonância com seus princípios, conduzindo-a de acordo com a sua proposta de realização de ensino, pesquisa e extensão nos moldes de uma Unidade Escola;

II - Responsabilizar-se pela elaboração da proposta orçamentária para encaminhamento aos órgãos competentes da UFSCar, ouvido o Conselho Gestor;

III - Consolidar e apresentar anualmente, ao Conselho Gestor e aos órgãos competentes da UFSCar, relatório das atividades e relatório de execução orçamentária da USE;

IV - Cumprir e fazer cumprir a legislação em vigor, o Estatuto da UFSCar, suas normas de funcionamento e este Regimento;

V - Representar a USE junto aos diferentes órgãos colegiados da UFSCar, bem como em instâncias externas em que isto seja necessário;

VI - Gerenciar a realização das atividades internas da USE;

VII - Manter-se atualizada a respeito das diretrizes, propostas e projetos do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, articulando-os com a missão, os princípios, a finalidade e os objetivos da USE;

VIII - Articular os assuntos externos da USE com o Município, Estado e União, bem como propor à UFSCar parcerias de cooperação entre a USE e outras instituições, públicas e/ou particulares, observando os princípios contidos neste Regimento e em consonância com as diretrizes políticas da UFSCar;

IX - Exercer as demais atribuições delegadas pelo Conselho Gestor.

Art. 19. A Diretoria Geral, órgão executivo superior, é ocupada por um servidor docente da UFSCar, integrado às atividades da USE, nomeado por ato do Reitor.

Art. 20. Compete à Diretoria Geral:

I - Convocar e presidir as reuniões do Conselho Gestor;

II - Garantir a implementação das deliberações do Conselho Gestor;

III - Contribuir para o cumprimento das metas estabelecidas, coordenando as atividades dos membros da Diretoria Executiva;

IV - Indicar ao Conselho Gestor, em conjunto com a Diretoria Técnica, o nome do Coordenador Executivo;

V - Em conjunto com os demais membros da Diretoria Executiva, avaliar a viabilidade da proposta orçamentária para que esta seja submetida ao Conselho Gestor;

VI - Exercer as demais atribuições delegadas pela UFSCar, pelo Conselho Gestor e pela Diretoria Executiva.

Art. 21. A Diretoria Técnica é ocupada por um profissional médico, sendo este servidor docente ou técnico-administrativo, nomeado por ato do Reitor.

Art. 22. Compete à Diretoria Técnica:

I - Na ausência do Diretor Geral, exercer as atribuições específicas deste cargo;

II - Representar a USE tecnicamente junto à Vigilância Sanitária e demais órgãos de igual natureza;

III - Participar e fornecer subsídios técnicos para as reuniões do Conselho Gestor;

IV - Indicar ao Conselho Gestor, em conjunto com a Diretoria Geral, o nome do Coordenador Executivo;

V - Em conjunto com os demais membros da Diretoria Executiva, avaliar a viabilidade da proposta orçamentária para que esta seja submetida ao Conselho Gestor;

VI - Exercer as demais atribuições delegadas pela UFSCar, pelo Conselho Gestor e pela Diretoria Executiva.

Art. 23. A Coordenação Executiva será ocupada por um servidor docente ou técnico-administrativo, ocupante de cargo de nível superior, nomeado após deliberação do Conselho Gestor para exercer mandato de dois anos, permitida uma recondução.

Art. 24. Compete à Coordenação Executiva:

I - Compor o Conselho Gestor da USE;

II - Executar as deliberações do Conselho Gestor e contribuir com a Diretoria Executiva para o adequado funcionamento e desenvolvimento das Linhas de Cuidado e da própria Unidade;

III - Solicitar ao coordenador de cada Linha de Cuidado a elaboração de um relatório anual das atividades desenvolvidas;

IV - Discutir, em periodicidade regular, o resultado da avaliação das Linhas de Cuidado com os respectivos coordenadores;

V - Gerenciar o fluxo de informações técnicas, sua sistematização e divulgação no âmbito da Unidade;

VI - Gerenciar, em conjunto com o Administrador Executivo, as questões referentes à administração de pessoal técnico e de apoio lotado na USE;

VII - Exercer as demais atribuições delegadas pelo Conselho Gestor ou pela Diretoria Executiva.

Seção III – Da Administração Executiva

Art. 25. A Administração Executiva será exercida por um servidor docente ou técnico-administrativo ocupante de cargo de nível superior e com formação superior.

Art. 26 - Compete à Administração Executiva:

I - Compor o Conselho Gestor da USE;

II - Colaborar nas atividades de ensino, pesquisa e extensão desenvolvidas na USE;

III - Zelar pelo cumprimento das normas internas e externas na área de atuação;

IV - Auxiliar na elaboração e na implementação do planejamento organizacional e funcional da Unidade;

V - Planejar, organizar e monitorar as atividades administrativas da USE referentes à gestão de pessoas, de patrimônio, de material e financeira;

VI - Elaborar e administrar projetos orçamentários e de captação de recursos para a Unidade;

VII - Administrar os recursos de convênios institucionais aprovados pelo Conselho Gestor, acompanhando a execução das metas e indicadores dos mesmos;

VIII - Exercer as demais atribuições delegadas pelo Conselho Gestor ou pela Diretoria Executiva.

Seção IV – Das Coordenações de Linhas de Cuidado

Art. 27. As Coordenações de Linhas de Cuidado correspondem às instâncias de articulação das diferentes ações de saúde integradas em uma Linha de Cuidado, como condição para garantir a identidade e harmonização destas ações.

Art. 28. A Coordenação de cada Linha de Cuidado será ocupada por um docente ou técnico de nível superior e seu respectivo suplente, definidos por meio de procedimentos e normas internas de cada Linha de Cuidado.

Art. 29. A gestão do Coordenador de cada Linha de Cuidado é de dois anos, permitida uma recondução.

Art. 30 - Compete aos Coordenadores de Linhas de Cuidado.

I - Compor e participar das atividades propostas pelo Conselho Gestor da USE;

II - Assegurar os princípios, diretrizes e normas da USE no funcionamento da Linha de Cuidado;

III - Envolver docentes, técnicos e alunos de graduação e pós-graduação na construção e no desenvolvimento da Linha de Cuidado;

IV - Promover a definição das ações da Linha de Cuidado, de forma coletiva e democrática;

V - Promover hierarquização das ações da Linha de Cuidado, de acordo com critérios de prioridade, de forma coletiva e democrática;

VI - Coordenar reuniões periódicas de equipe;

VII - Acompanhar as atividades da Linha de Cuidado em seu cotidiano e responsabilizar-se por elas;

VIII - Ser responsável por emitir e receber informações sobre a Linha de Cuidado;

IX - Propor políticas de admissão e regime de trabalho, férias, dispensa dos membros da equipe, de acordo com as necessidades e possibilidades internas da Linha de Cuidado, para subsidiar decisões do Conselho Gestor e Diretoria Executiva da USE, observada a legislação vigente;

X - Definir, em conjunto com os membros alocados na Linha de Cuidado sob sua coordenação, e em parceria com o NITES, uma política de educação em saúde para o grupo, a ser pactuada com a Diretoria Executiva e aprovada pelo Conselho Gestor da USE;

XI - Deliberar sobre o afastamento de membros da equipe, de acordo com suas necessidades e possibilidades;

XII - Elaborar e fazer cumprir as diretrizes internas de cada Linha de Cuidado;

XIII - Representar a Linha de Cuidado diante das instâncias internas e externas da USE, em todas as situações necessárias;

XIV - Exercer as demais atribuições delegadas pela Diretoria Executiva, pelo Conselho Gestor da USE ou pelos órgãos competentes da UFSCar.

Seção VI – Da Comissão de Pesquisa

Art. 31. A Comissão de Pesquisa é um órgão assessor do Conselho Gestor da USE.

Art. 32. A Comissão de Pesquisa será composta por três membros titulares, e seus respectivos suplentes, sendo dois docentes e um técnico de nível superior vinculados diretamente a USE, indicados pelo Conselho Gestor para exercer mandato de dois anos, permitida uma recondução.

Art. 33 - Compete à Comissão de Pesquisa:

I - Analisar previamente as propostas de pesquisa a serem realizadas no âmbito da USE;

II - Propor normas operacionais para a realização de pesquisas nas instalações da USE, observando-se a legislação vigente e a competência legal do CEP/UFSCar;

III - Propor, ao Conselho Gestor, procedimentos para o acompanhamento das pesquisas em andamento;

IV - Acompanhar o cumprimento de normas éticas em pesquisa na condução de atividades no âmbito da USE;

V - Apreciar situações que envolvam possível ou comprovado descumprimento de normas éticas em pesquisa, encaminhando às instâncias competentes para a adoção de medidas cabíveis.

Parágrafo Único. Após análise prévia da proposta de pesquisa por esta Comissão, a mesma deverá ser submetida a parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP-UFSCar) e posterior deliberação pelo Conselho Gestor da USE.

Seção VII

Do Núcleo Interdisciplinar de Tecnologia Educacional em Saúde

Art. 34. O Núcleo Interdisciplinar de Tecnologia Educacional em Saúde (NITES) é um ambiente interdisciplinar para o desenvolvimento e

utilização de tecnologias educacionais para atividades de ensino, pesquisa e extensão, por meio de novas estratégias e ferramentas tecnológicas visando à formação, capacitação e educação permanente de profissionais da saúde, estudantes e comunidade.

Art. 35. O NITES será composto por:

I - Docentes;

II - Servidores técnico-administrativos;

III - Alunos de graduação e de pós-graduação da UFSCar envolvidos com as ações previstas;

IV - Profissionais e alunos externos à UFSCar, na condição de parceiros, colaboradores ou pesquisadores, provenientes ou não de instituições conveniadas à universidade, desde que sejam observadas as normas internas e institucionais vigentes e que exista a aprovação pela equipe do NITES.

Art. 36. A Coordenação do NITES será ocupada por um docente ou técnico de nível superior e seu respectivo suplente, definidos por meio de procedimentos e normas da USE. A gestão do Coordenador é de dois anos, permitida uma recondução.

Art. 37. Compete ao NITES:

I - Operacionalizar projetos para a formação e capacitação de profissionais da saúde, estudantes e comunidade utilizando tecnologias educacionais para a educação em saúde;

II - Colaborar para o desenvolvimento de cursos de extensão e pós-graduação presenciais e a distância;

III - Definir junto aos coordenadores das Linhas de Cuidado uma política de educação em saúde para os membros que as compõem.

CAPÍTULO IV

Do Patrimônio e dos Recursos Financeiros

Art. 38. São de responsabilidade administrativa da USE as suas instalações físicas, mobiliário, equipamentos e bens que lhe sejam destinados, legados ou doados por intermédio da UFSCar.

Art. 39. Constituem recursos financeiros da USE:

I - Recursos provenientes da UFSCar, definidos em sua matriz orçamentária anual;

II - Auxílios, subvenções, contribuições e doações de pessoas físicas e entidades públicas ou privadas, nacionais e estrangeiras, obtidos por intermédio da UFSCar;

III - Receitas decorrentes de convênios para a prestação de serviços no campo da saúde humana, nacionais ou internacionais, firmados pela UFSCar com execução realizada pela USE;

IV - Produtos e receitas de resultados de pesquisa, de acordo com legislação específica.

Capítulo V

Da Vigência e Disposições Finais

Art. 40. Os casos omissos serão resolvidos pelo Conselho Gestor da USE.

Art. 41. Esta Resolução entra em vigor nesta data.

Prof. Dr. Targino de Araújo Filho
Presidente do Conselho Universitário