

**Processos de trabalho na política de saúde pública:
o caso da implementação das Linhas de Cuidado
pela Unidade de Saúde Escola da UFSCar**

*Work processes in public health policy: the case of implementing the
Lines by Unity Health Care School UFSCar*

Elisângela Rodrigues CARRIJO¹
Thales Haddad Novaes de ANDRADE²

Resumo: O sistema de saúde brasileiro direciona ao Estado a responsabilidade pela gestão da política pública de saúde e fornece as diretrizes a esta política por meio da legitimação de seu ordenamento operativo, ancorado em lei que enumera as suas diretrizes. O presente estudo delimita a perspectiva que valoriza o construto sócio-histórico de um serviço de saúde de uma Instituição de Ensino Federal. Elege o método qualitativo para este trabalho e propõe-se a descrever pela abstração documental como foi o proceder, o histórico da origem ao momento atual. Desde a promulgação da Constituição Federal de 1988, as orientações normativas em matéria do direito a saúde ainda representam importantes desafios a uma política setorial do governo. Decorridos mais de vinte anos de sua existência, o sistema brasileiro tem se sustentado pelos fundamentos de uma ideologia que valoriza o conhecimento técnico-científico instituído por sua legislação. O mecanismo processual dado à operacionalidade do sistema foi revisitado por vários gestores da saúde pública e é o modelo predominante de instituir e implementar sua política setorial. Esse modelo encontra respostas para sua sustentabilidade na ideologia sanitarista, retira desta as motivações postas pela renovação do conhecimento, aplicando-as na inovação da gestão dos serviços públicos. A inovação em práticas democráticas de gestão produz oportunidades de novos acessos às agendas políticas e incorpora à arena de decisão o debate sobre novos projetos, como é exemplo a Linha de Cuidados: uma junção de tecnologias desenvolvida para facilitar a execução dos objetivos contratados pela saúde pública brasileira.

Palavras-chave: Implementação de Plano de Saúde. Equipe de Assistência ao Paciente. Saúde Pública. Indicadores de Impacto Social.

¹ Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ciência Política da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar, Brasil). E-mail: <ecarrijo@gmail.com>.

² Doutor em Ciências Sociais pela Universidade Estadual de Campinas e professor adjunto do Departamento de Ciências Sociais/Programa de Pós-Graduação em Ciência Política da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar, Brasil). E-mail: <thales@sigmanet.com.br>.

Abstract: The Brazilian health system directs the State the responsibility for the management of public health policy and provides the guidelines to this policy through the legitimating of its domestic operating anchored in law that sets out its guidelines. This study delineates the perspective that values the social-historical construct a health service for a Federal Education Institution. Elects the qualitative method for this work and sets out to describe the abstraction as in the documentary history of the conduct rise to the present moment. Since the enactment of the Federal Constitution of 1988, regulatory guidelines regarding the right to health still represent major challenges to a policy of the government sector. After more than twenty years of its existence, the Brazilian system has been sustained through the basics of an ideology that values technical and scientific knowledge established by their law. The procedural mechanism given to the operation of the system has been revisited by many public health managers and is the predominant model to establish and implement its policy sector. This model can find answers to their sustainability sanitarian ideology; this removes the reasons put by the renewing of applying the knowledge in the innovation of public service management. The innovation in democratic practice management produces new opportunities for access to policy agendas and decision-making arena incorporates the debate on new projects, as exemplified in the line of care: a merging of technologies designed to facilitate the implementation of the goals contracted by public health Brazilian.

Keywords: Implementation of Health Plan. Patient Support Team. Public Health. Social Impact Indicators.

Submetido em: 25/10/2011

Aceito em: 03/09/2012

Introdução

O sistema de saúde brasileiro, denominado a partir da Constituição Federal de 1988 por Sistema Único de Saúde (SUS), direciona ao Estado a responsabilidade pela gestão da política pública de saúde e fornece seiva a esta política por meio da legitimação de seu ordenamento operativo ancorado em Lei, a qual enumera as seguintes diretrizes: descentralização, atendimento integral, universalização, equidade e participação social. Em termos, as orientações constitucionais em matéria do Direito a Saúde inauguram importantes desafios a uma política setorial de governo dada em um país de vasta dimensão territorial e marcado pela heterogeneidade econômica entre regiões e também presente entre Estados e Municípios.

Percebe-se, a partir da Constituição Federal de 1988 (CF 88), uma judicialização da agenda política de saúde pública brasileira por via dos argumentos tecnicistas oriundos da medicina coletiva, o que alinha essa agenda política às tendências predominantes em âmbito internacional. Dessa matização dos argumentos tecnicistas nas agendas, agregando inteligibilidade impressa na forma de Lei, são reconhecidos argumentos da ciência política a conhecer, segundo Faria (2003):

Nas novas formulações, a variável conhecimento assume lugar de destaque. Compõe esse terreno caleidoscópico os analistas das *policy networks*, das comunidades epistêmicas, das *advocacy coalitions*, dos processos de difusão e transferência de políticas públicas, os estudiosos do *policy learning*, entre outros (FARIA, 2003.).

Demonstrativos dessa predominância regulatória e legal, que adensa a questão da rentabilidade analítica do tratamento do impacto das variáveis tecnicistas na política de saúde pública no Brasil, é a emblemática Lei n.º 8.080 (20/09/1990), conhecida como Lei Orgânica da Saúde (LOS). Esta, em consonância com a Carta Magna, normatiza sobre as competências cooperadas entre os atores políticos, sejam eles Municípios, Estados ou União, quanto ao planejamento, ao controle e à responsabilidade pela execução das ações e dos serviços. Substantiva à inauguração desse amparo legislativo foi a VIII Conferência de Saúde, segundo Almeida, Castro e Vieira (1998):

A VIII Conferência é significativa e representativa desse processo pelo momento de sua ocorrência – março de 1986, no período chamado Nova República, iniciando com a eleição indireta do presidente da República, que marcou o fim do período autoritário –, por seu processo democrático, com a participação da sociedade civil, e por ter sistematizado e formalizado como proposta política as principais teses que vinham sendo discutidas e elaboradas pelo Movimento Sanitário, envolvendo um conceito abrangente de saúde, seu reconhecimento como direito de cidadania e dever do Estado e a unificação do sistema (ALMEIDA; CASTRO; VIEIRA, 1998).

Percebe-se a ideia significando e guiando pela forma de Lei as ações reconhecidas

pela saúde pública, segundo Zahariadis (1999):

A ideologia política confere significado e diretriz aos processos e guia para a definição das questões importantes. As ideias podem ser usadas pelos políticos não apenas para definir os outros, mas também a si mesmos. As pessoas, entretanto, não precisam ser motivadas exclusivamente pelos ideais. Empreendedores cujo propósito seja acoplar os três stream irão ocasionalmente, enfatizar determinadas predisposições ideológicas para aproveitar oportunidades passageiras (ZAHARIADIS, 1999).

É notório que a ideologia que salta da agenda da política de saúde pública brasileira há duas décadas casa as ideias tecnicistas – nascentes do movimento da reforma sanitária em que se centra o eixo duro do autointeresse dos interlocutores dessa arena – com o firmamento legal, endossando o poder decisório pela via da institucionalização do conhecimento produzido pela saúde coletiva. Tal dinâmica se reproduz em recortes menores de gestão, seja na dimensão territorial alcançada pelos equipamentos, seja pela hierarquia organizacional e tecnológica. Em termos, as microestruturas também formatam suas regras pela via da homologação de leis, fato e evidência bem ilustrados pelo processo de descentralização das ações, regulado na Norma Operacional Básica de 1996. Esta orienta acerca da Programação Pactuada Integrada, que sela contratos de gestão em cascata entre União e Estados, entre Estados e Municípios, entre Município e os Sistemas Locais de Saúde (SILOS), e ainda entre os SILOS e os Distritos Sanitários (DS), segundo Almeida, Castro e Vieira (1998):

Sinônimos em Português: 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 (ALMEIDA; CASTRO; VIEIRA, 1998).

Ainda, para melhor operacionalidade do denominado distrito sanitário, é ampliada a autonomia local, o que representa uma ressignificação do poder instituído nos serviços de saúde pública no pós-CF de 88, segundo Paim (1993):

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 (PAIM, 1993).

Partindo-se da compreensão dos sistemas locais e distritos sanitários, fica expandido o poder de influência local das Universidades, ator político que leva a cabo as recomendações operacionais da Norma Operacional Básica de 1996 (NOB 96), segundo a qual Distritos Sanitários Concepção e Organização assim se definem:

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 (NORMA..., 1996).

Da boa apreensão da regra geral, as Universidades avançaram na associação das possibilidades normativas que saiu da agenda política, enquanto campo de saber e canal de exposição do conhecimento produzido pela saúde coletiva, por via da formação do alunado e da oferta complementar de serviços que interessam à rede local, em benefício da população, por meio da modalidade de extensão à comunidade local. Desse modo, com a observância às regras nacionais, nascem vários componentes operativos, pelos quais se propõe a qualificação da oferta em termos de procedimentos da assistência especializada.

Mais especificamente, no nível de atenção à saúde especializada – também classificada pela LOS de atenção secundária – exige-se a condução de procedimentos de saúde por especialistas e não mais por generalistas, como predomina na atenção básica ou primária, mais marcada pelas ações preventivas. Este estudo vem demonstrar como Universidades fizeram bom uso das decisões políticas derivadas da agenda da política de saúde brasileira, demarcando um território que soma prestígio e atrai outros recursos à instituição Universitária. É dado constatado que é bem sucedida a inserção Universitária no ordenamento processual de rede do SUS, na medida em que muito acrescenta em termos de inovação de cunho técnico científico e na qualificação do alunado. E da proposta correlata à formação de alunos na área da saúde, esta parece ser um argumento de peso que justifica a criação de serviços de saúde pública pelas Universidades Federais,

como foi o caso da Universidade Federal de São Carlos, que se motivou para a criação da sua Unidade de Saúde Escola.

Além da questão posta às Instituições de Ensino Federais (IFES) no que toca ao atendimento das necessidades dos departamentos das áreas afins com a saúde pública, reluz o impressionismo provocado pelo tecnicismo achado no rol normativo do SUS, cujo lastro cresce há mais de duas décadas. E, neste solo fértil de competências, germinaram respostas para o modo de operar, como é o caso do Programa Saúde da Família (PSF), do Programa de Assistência Farmacêutica, da Política de Saúde Reprodutiva e das Linhas de Cuidados, entre várias inovações motivadas e acatadas pelas legislações que sustentam o Sistema Único da Saúde (SUS), segundo Varela (2008):

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, 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, 2008).

Em meio aos modelos operativos que entraram na agenda política do SUS mais recentemente e que atrai serviços para uma alternativa de processar ações e sinaliza alguns desafios em nome da meta constitucional – da garantia de integralidade, principalmente do ponto de vista da institucionalização de uma cultura política –, se apresenta a denominada

Linha de Cuidados. Esse modelo inovador foi adotado e aprovado pelo Conselho Gestor, órgão colegiado de instância máxima, da Unidade Saúde Escola da UFSCar e ainda hoje é pauta de discussão e formação de seus recursos humanos.

O custo institucional em termos de formação para a implementação de um modo de operar é significativo e plenamente justificado, a pensar na ampla perspectiva constitucional. Mais detidamente, no caso do estudo USE – UFSCar, a história pregressa de uma origem interdisciplinar e com um considerável corpo docente discutindo o cotidiano construído coletivamente parece um condicionante favorável à adoção de práticas modernas e desafiadoras, que pretendem uma melhor aproximação do princípio SUS da Integralidade, segundo Gennaro (2009):

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).

Na amplitude do conceito de integralidade, enquanto meta constitucional extensiva a todo cidadão na forma de direito, compreendem-se razões que dão aos mecanismos operacionais certas recorrências no espaço na agenda política. Ainda o quão atrativas parecem as propostas que tratam de redesenho dos modos de operar com as mesmas peças dis-

poníveis, aprimorando a técnica pela inovação criativa sem outras injeções de recursos, segundo Capella (2008):

Há sinais que, a captação de ideias pela vantagem da otimização embora quase beire a utopia do alcance da meta constitucional, ainda assim, ganha o ‘humor nacional’ que King Don prevê em *Political Stream: Forças Políticas organizadas – mudança no governo* (CAPELLA, 2008).

Sabidamente, a meta constitucional é por demais ampla e, conseqüentemente, cara; neste estudo, não se adentrará na discussão financeira dessa política setorial. Far-se-á delimitado o estudo da perspectiva que valora o construto sócio-histórico de um serviço de saúde de uma IEF. Para tanto, se elege o método qualitativo para este trabalho, que se propõe a descrever pela abstração documental como fôra o proceder histórico da origem ao momento atual. Ainda valorando a memória do caminho percorrido por um serviço integrante da rede de saúde pública, os descritores do serviço estão todos mencionados na documentação institucional produzida ao longo dos percursos. O desenvolvimento da proposta facilitará, ao final de seu cumprimento, pinçar, em seu fôlego último, as perspectivas de uma configuração das práticas universitárias na órbita da política de saúde pública. A metodologia do estudo de caso é bem indicada ao se pensar nos dimensionamentos abraçados pelos aspectos com rubrica sócio-histórica.

Implantação da USE – UFSCar

Ao acatar, então, o rol normativo inscrito e aprimorado a partir da CF de 88 em

seu capítulo do Direito a Saúde, é inaugurado em 5 de novembro de 2004, no campus universitário UFSCar da cidade de São Carlos (SP), o serviço de saúde por este estudo observado. E os precoces seis anos, durante os quais serviu a atual sede da USE como lócus de formação para várias áreas com trânsito na saúde coletiva, possibilitaram matizar o propósito institucional da USE – UFSCar de se constituir, segundo o Regimento Interno desta instituição:

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.

Percebendo a caracterização da personalidade da USE, é compreensível a ambiciosa missão da USE – UFSCar em suas três letras regimentais, segundo o Conselho Universitário n.º 644, 2009, quais sejam:

- 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.

Da lógica exploratória subjacente ao modo pelo qual a USE – UFSCar foi concebida, fica demonstrável que, no ato de sua gestação, a USE – UFSCar valorizou sobremaneira os princípios do SUS, de modo que aqueles princípios que foram aprovados para orientar o seu funciona-

mento carregam muita similaridade com os que norteiam o SUS.

São estes os princípios, segundo o Conselho Universitário n.º 644, 2009, que regem a 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.

Em meio aos sete princípios da USE, ganham destaque o V – Integralidade nas ações, e o VI – Trabalho interdisciplinar, pois dão os substratos necessários à execução da modelagem de processos adotada pela USE, ou seja, tais princípios são fundamentais à implementação da Linha de Cuidado, que é o modelo preferível em questão, conforme realça, cabalmente, o regimento interno.

Acerca da implementação de Linhas de Cuidado, essa modelagem de atendimento bem assentada na atenção secundária da saúde coletiva tem sido buscada com considerável vigor pela instituição, a ponto de em 2009 essa proposta incorporar-se aos manuais de treinamento dos estagiários admitidos para a unidade. Do conceito se traduz, segundo MERHY, 2002:

Linha de Cuidados compreende 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 ambien-

te 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 .

Ademais, a argumentação trabalhada por Cecílio e Merhy (2003) a respeito das convicções que instituíram linhas de cuidado passa pela 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. Assim, uma complexa trama de atos, procedimentos, fluxos, rotinas e saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, vai edificando o conceito de cuidado em saúde. A maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta, em boa medida, da forma como se articulam as práticas dos profissionais de saúde.

A explicação que fornece base para a operacionalidade da organização de serviço de saúde pela via linhas de cuidado mostra que o caminho mais racional para a implementação desse modelo passa pela premissa da transdisciplinaridade, com base na integralidade e centrada no usuário; assim, tais valores – transdisciplinaridade, integralidade e respeito humano – estão todos contemplados e validados no Plano Diretor da instituição.

Nota-se uma consonância da base legal SUS e da base conceitual das Linhas de

Cuidados com a malha documental desenvolvida, aprimorada e aprovada ao longo dos quase sete anos da existência da USE – UFSCar. Tal fato leva a sinalizar que o investimento em capacitações voltadas à base conceitual e à discussão coparticipante do modelo da lógica subjacente à Linha de Cuidados é um diferencial para o alcance fiel da ideologia humanista que faz fundo ao projeto assinado pela instituição quanto ao modelo de atividade que se quer. Por coparticipante, entende-se a partilha de informações e a promoção da definição de ações de forma coletiva e democrática, atos todos esses previstos no regimento da USE – UFSCar.

Com efeito, precedem a fase de aprovação do Regimento em Resolução de n.º 644 emitida em 29 de maio de 2009 pelo órgão colegiado da mais alta hierarquia da UFSCar, o Conselho Universitário (ConsUNI), os momentos da apresentação da ideia pelos interlocutores da política sanitária, do reconhecimento da ideia na macropolítica ou da autorização legal para processar a ideia e do acatamento da ideia pela alta administração das instituições integrantes da malha da política de saúde pública. Desse modo, *a priori*, a discussão sobre o processo de implementação de uma mudança na forma de operar um serviço agrega o reconhecimento primário do serviço enquanto um corpo orgânico de uma política pública. E, por política pública, se reconhece a seguinte definição, segundo Howlett e Ramesh (1995):

Um conjunto de decisões inter-relacionadas tomadas por um ator político ou um grupo de atores políticos interessa-

dos na seleção de objetivos e os meios de alcançá-los dentro de uma situação específica em que aquelas decisões deveriam, em princípio, ser de escolhas não feitas (HOWLETT; RAMESH (1995).

Assim, de posse da base conceitual que reza a literatura da saúde coletiva contemporânea e com o foco no fazer entender que os desafios atuais serão maiores ou menores o quão mais largamente ocorrer o debate ideológico que circula nas leis e ferramentas de trabalho que alcançaram lugar na agenda de governo no plano da saúde, desenvolve-se o processo de implantação desta instituição. O percurso que a USE – UFSCar tem escolhido é, sem dúvida, prudente quanto ao zelo pelo alinhamento do fazer institucional com os ideais que zelam a Carta Magna.

Ainda é constante em outros institutos reconhecidos pela macropolítica da saúde – como ocorre no ulterior do Instituto de Pesquisa e Apoio ao Desenvolvimento Social (IPADS) –, quando se adentra aos pormenores que adensam o Projeto Qualificação do SUS, também conhecido por QualiSUS do Ministério da Saúde, a atenção dispensada ao aspecto da formalização de Documento com definição de ações. Eis, nesse ponto, mais uma condição atendida de acordo com o pensamento predominante em esferas da Macropolítica.

Note-se também que, além dos elementos considerados para Linha de Cuidados, segundo o Instituto de Pesquisa e Apoio ao Desenvolvimento Social (IPADS) – Projeto QualiSUS – Ministério da Saúde, constam:

- Documento com definição de ações;
- Procedimentos;
- Itinerários diagnósticos e terapêuticos, e parâmetros de atenção.

Dentre os três elementos que interessam ao modelo de trabalho – linha de cuidado – na descrição regimental da USE – UFSCar, são possíveis de aferir dois deles, quais sejam: documento com definição de ações e procedimentos, pois dão conta deste regimento, o manual de rotinas e o site institucional; contudo, encontra-se a USE limitada em relação ao acesso do documento que trate de itinerários. Pode estar neste escopo mais uma etapa a cumprir e esta se mostra tão desafiadora quanto os dois elementos já acessados, pois esse item requer um conjunto de medidas, discussões e formalizações.

Ora reconhecido um histórico esforço em construir modelos de trabalho para a política de saúde que melhor atendam às prescrições constitucionais, a proposta conceitual da Linha de Cuidado se mostra como mais uma lateralidade do macrodesenho que constitui a malha de ações institucionalizadas pelo sistema de saúde. Em termos de formulação de uma política pública, subentende-se que *a priori* da legitimação desse modelo, o mesmo esteve submetido à seleção que, *posteriori* à demonstração das convicções conceituais, agregou sustentação à decisão por sua adoção.

Dessarte, ao se tratar de um investimento em termos do capital humano depositado nas convicções de um projeto e não se tratar de mera injeção de recursos finan-

ceiros, a continuidade naquilo que se diz finalidade do serviço é uma constância de pactuações entre os atores que dividem o poder nesse campo da ação de uma política setorial.

Contudo, o fato do alcance da proposta Linha de Cuidado em uma agenda pública demonstra uma apropriação exitosa de uma janela de oportunidade política. Trata-se, portanto, também do processo de definir, considerar e aceitar ou rejeitar opções de políticas públicas. Não se assemelha necessariamente ao processo ordenado das teorias racionais. Espera-se, ao contrário, que a busca pela solução POLÍTICAS PÚBLICAS de um problema seja contenciosa e sujeita a uma ampla variedade de pressões (BRASIL, 2009).

No mesmo horizonte, a USE – UFSCar, ao se parear nos princípios do SUS, explorar o aspecto da integralidade e da transdisciplinaridade, e aprovar esse modelo de atividade – Linha de Cuidado – em fórum da mais alta Gestão Universitária, também forjou na política pública solução aos aspectos do campo de supervisão da prática, tão necessária aos departamentos que formam o alunado para a assistência da saúde.

Daí, pela releitura da trajetória e do construto sócio-histórico, é projetada luz ao jogo de negociações inerentes aos processos de política pública instituídos, clareando, por essa dinâmica, o reconhecimento de conceitos. Como exemplo, cita-se o caso da integralidade enquanto um aproveitamento de uma janela de oportunidade por parte de um ator político, que agrega força às suas ideias mui-

tas vezes pela vinculação às condições de pressão de movimentos sociais. É importante lembrar o movimento sanitário, que encabeçou a reforma sanitária para dentro da Constituição Federal, e ainda hoje se barganham modos de proceder da política setorial que deem conta do Direito à Saúde.

Quanto ao protagonismo das inovações do modo de processar, a fim de fazer dessa política setorial uma instância mais efetiva, sinaliza-se que, mesmo transcorridas mais de duas décadas desde a promulgação da Constituição Federal de 88, as orientações normativas em matéria do Direito a Saúde ainda representam importantes desafios a uma política setorial de governo, que assinou compromisso pela universalização, pela integralização e pela descentralização da assistência. As garantias por demais abrangentes requerem o aprimoramento das estratégias de gestão prol assistência a saúde, significando um direito de cidadania garantido por políticas sociais e econômicas.

Conclusão

Da janela de oportunidade cavada com a Constituição de 1988, sobressaíram questões vinculadas à cidadania, em termos do Direito do Cidadão e das obrigações assumidas pelo Estado.

Naquele contexto de abertura democrática, em que afluía o reconhecimento de direitos, a política setorial de saúde avançou sobremaneira nos seus mecanismos de controle social e financeiro, de gestão descentralizada sob um único

comando, de princípios normativos e de oferta integral da assistência. A partir de 1988, a pasta da política de saúde passou a agregar muitos dos conceitos defendidos pela saúde coletiva, acrescentando à sociedade como um todo em termos de organicidade, participação e padronização das ações.

Para tal alcance, percebem-se diversos atores e janelas associando colaborações, mostrando-se ilustrativas as ocasiões políticas relevantes e anteriores à CF de 88, como fôra a VIII Conferência de Saúde, na qual se obtiveram muitas das garantias reconhecidas pela CF de 88. Observou-se que do adensamento do debate sanitário como matriz do ordenamento, como se firmou até hoje, o Sistema Único de Saúde desbrava uma área que, se por um lado é desafiadora, por outro lado é participativa e criativa.

Decorridas mais de duas décadas de sua existência, o SUS tem se sustentado pelos fundamentos de uma ideologia que valoriza o conhecimento técnico-científico instituído por via das Legislações. Neste sentido, são leis importantes para orientar a operacionalidade do sistema, a Lei 8.080 (LOS – Lei Orgânica de Saúde) e a Lei 8.142 (Lei do Controle Social – que regulamenta Conferência e Conselhos de Saúde). Das legislações de base, muitas metodologias de trabalho, tecnologias e mecanismos de controle foram desenvolvidas. Dentre os métodos de trabalho que germinaram neste solo, ganha luz na atenção secundária (ambulatórios de serviços médico-hospitalares especializados) a tecnologia de processamento da atenção a saúde denominada Linha de

Cuidados. Nesta, encerram-se mecanismos que constituem uma emblemática para este estudo, enquanto uma ferramenta tecnológica desenvolvida pela saúde coletiva, institucionalizada pelo SUS e em situação de implementação, como ocorre no caso da Unidade Saúde Escola da Universidade Federal de São Carlos (USE – UFSCar).

Percebe-se que a dinâmica iniciada no final da década de 1980 sistematizou uma operacionalidade da política de saúde que tem, por insumo inicial, o debate político fundamentado no conhecimento científico, seguido de decisões tomadas a cabo de uma legislação que dê conta das reflexões técnicas e orientadas por princípios comuns e pactuadas pelos três níveis de governo. É fundamental compreender que esse debate político não se encerra, mas sim se autoalimenta pelo sistema de avaliação e controle. Parece afirmativo que tal mecanismo processual, dado à operacionalidade do sistema, fôra revisitado por vários gestores da saúde pública e mostre-se o modelo predominante para instituir e implementar essa política setorial. Logo, esse modelo de operar, em si, encontra respostas para sua sustentabilidade na ideologia sanitária, bem como retira desta mesma as motivações postas pela renovação do conhecimento, aplicando-as na inovação da gestão dos serviços públicos.

É fato constatado, em experiências nessa área por Institutos de Ensino Superior, o citado protagonismo da USE junto à UFSCar. Com efeito, a inovação em práticas democráticas de gestão, alinhadas à ideologia sanitária, produz oportuni-

dades de novos acessos às agendas políticas e incorpora na arena de decisão o debate sobre novos projetos, como é exemplo a Linha de Cuidados: uma junção de tecnologias desenvolvidas para facilitar a execução dos objetivos contratados pela saúde pública brasileira.

Referências

ALMEIDA, E. S. de; 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. (Série Saúde & Cidadania).

BRASIL, Ministério da Saúde. **QualiSUS: Instituto de Pesquisa e Apoio ao Desenvolvimento Social – I. IPADS - LICITAÇÃO 0736-2007**.

INSTITUTO DE PESQUISA E APOIO AO DESENVOLVIMENTO SOCIAL (Brasil). **Projeto Qualisus Licitação 0736-2007: Metodologia para Diagnóstico de Atenção à Saúde em Regiões Metropolitanas, com Ênfase nas Linhas de Cuidado Definidas pelo Qualisus - Produto I: Relatório Técnico contendo os instrumentos e a arquitetura dos bancos de dados propostos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Desenvolvido pelo IPADS no âmbito do Projeto QUALISUS-REDE do Ministério da Saúde Contratado pela UNESCO. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Metodologia_Diagnostico_RM_1.pdf>.

BRASIL, Ministério de Planejamento e Gestão. **Ciclo Gespública**. Brasília, 2009.

CAPELLA, A. C. N. **Perspectivas teóricas sobre o processo de formulação de Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 87-121.

CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. A Integralidade do cuidado como Eixo da Gestão Hospitalar. **Revista Saúde em Debate**, Campinas, p.4-14, 2003.

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

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

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS. Unidade Saúde Escola – USE. **Conhecendo a USE: Princípios, normas e rotinas de funcionamento**. Florianópolis, 2012. Disponível em: <http://www.use.ufscar.br/guia_use_2012.pdf>.

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

NORMA Operacional Básica do SUS NOB-SUS 01/96. Brasília, 1996. Disponível em: <<http://www.esp.rs.gov.br/esp2/img2/N>

OB%20SUS%2001_96.pdf> Acesso em: 2 jun. 2011.

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

PAIM, Jairnilson Silva. A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários. In: Mendes, Eugênio Vilaça, org. **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Unico de Saúde**. São Paulo, HUCITEC, 1993. p.187-220, ilus. (Saúde em Debate, 55).

VARELA, S. P. Financiamento e controladoria dos municípios paulistas no Setor Saúde: uma avaliação de eficiência. **NEPP/UNICAMP**. Cad. n.70, 2008. p.15.

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