

**Avaliação de políticas públicas de prevenção e combate às doenças cardiovasculares no município de Caruaru-PE**

Rafaela Rodrigues Lins - Economista formada pela UFRPE. Mestre em Administração e Desenvolvimento Rural com ênfase em Políticas Públicas pela Universidade Federal Rural de Pernambuco PADR/UFRPE. Coordenadora de tutoria do curso de Bacharelado em Administração Pública UAB-EaD-TEC/UFRPE; Docente das IES: Faculdade José Lacerda Filho de Ciências Sociais Aplicadas - FAJOLCA; FASE - Faculdade Santa Emília. Experiência na área de Economia, Administração e afins. Endereço: Rua professor Fábio de Souza Silva, 112 Timbi – Camaragibe CEP: 54768-110. E-mail: [faelalins20@hotmail.com](mailto:faelalins20@hotmail.com) fone: (81) – 9694-0484

Lúcia Maria Góes Moutinho - Graduada em Economia pela Universidade Federal de Pernambuco (1979), mestre em Economia pela Universidade Federal de Pernambuco (1983) e doutorado em Economia de Empresas pela Fundação Getúlio Vargas - SP (1995), Pós-doutorado em APLs na RedeSist do Instituto de Economia da UFRJ (2005/2006). Atualmente é professora adjunto IV e Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Administração e Desenvolvimento Rural - PADR da Universidade Federal Rural de Pernambuco. Pesquisadora Associada da REDESIST Rede de Pesquisa em Sistemas e Arranjos Produtivos e Inovativos Locais. Tem experiência na área de Economia, com ênfase em Economia Industrial e regional, políticas públicas e em cargos na Administração Pública.

Cézar Augusto Lins de Andrade - Mestrando em Administração e Desenvolvimento Rural do Programa de Pós Graduação em Administração e Desenvolvimento Rural da Universidade Federal Rural de Pernambuco - PADR/UFRPE. Atualmente é Agente Local de Inovação do SEBRAE - Serviço de Apoio às Micro e Pequenas Empresas do Recife. Vencedor do Prêmio Nacional de Inovação (2012), promovido pela Confederação Nacional da Indústria - CNI, SEBRAE/NA e Movimento Brasil Competitivo - MBC, na condição de Agente Local de Inovação. Possui graduação em Bacharelado em Ciências Econômicas pela Universidade Federal Rural de Pernambuco (2011). Possui experiência na área de Inovação, com ênfase em Inovação nas pequenas empresas e Economia, com ênfase em Economia, atuando principalmente nos seguintes temas: cadeia produtiva, Arranjos Produtivos Locais e Inovação Tecnológica.

## **Avaliação de políticas públicas de prevenção e combate às doenças cardiovasculares no município de Caruaru-PE**

### **Resumo**

As doenças cardiovasculares promovem o maior número de óbitos no mundo, o Brasil segue esta trajetória. Pernambuco, Recife e o município de Caruaru apresentaram igual tendência na última década, sinalizando a ineficiência política da saúde diante das crescentes e evidentes necessidades da população. A dinâmica de atuação do Sistema Único de Saúde – SUS deve promover assistência aos pacientes destas enfermidades através de serviços hierarquizados e regionalizados. Numa perspectiva crítica, o objetivo deste artigo é analisar o atual sistema de saúde partindo da Política Nacional de Atenção Cardiovascular – PNAC enfatizando a atuação das instituições envolvidas. Metodologicamente, observou-se o desenho das relações sistêmicas entre atores relacionados à saúde, através de pesquisa de campo calcada na metodologia da Rede de Arranjos e Sistemas Produtivos Locais-RedeSist realizada no período de setembro a outubro de 2013, com os principais gestores municipais relacionados à Política no Município, bem como a análise da Política partindo do modelo de Easton, 1965. Os resultados apontam como causas da ineficiência da Política em Caruaru falhas das políticas preventivas que não alcançam a população total; pouco conhecimento da PNAC pelos gestores locais; insuficiência da oferta local de cursos voltados para especializações; inibição dos estímulos à transmissão do conhecimento de nível superior.

**Palavras chave:** Políticas Públicas. Política Nacional de Atenção Cardiovascular. Sistema Produtivo Local de Saúde de Caruaru-PE.

## **Evaluation of public policies for prevention and control of cardiovascular diseases in Caruaru-PE**

### **Abstract**

Cardiovascular diseases promote the highest number of deaths in the world and Brazil also follows this trajectory. Pernambuco, Recife and Caruaru showed the same trend in the last decade signaling the inefficiency of political health and evidenced by the growing needs of the population. The dynamic performance of the Sistema Único de Saúde– SUS – must promote care for patients of these diseases through hierarchical and regional services. In a critical perspective, the aim of this paper is to analyze the current health care system through the Política Nacional de Atenção Cardiovascular - PNAC emphasizing the role of the institutions involved. Methodologically, we observed the pattern of systemic relationships between health-related actors, from a survey in the causeway Network Arrangements and Production Systems - Local RedeSist methodology performed in the period September-October 2013, with the main municipal managers related to politics in the city, as well as policy analysis departing from Easton model, 1965. The results indicate that the causes of inefficiency in Caruaru policy failures of preventive policies because that do not reach the total population; the lack of knowledge of PNAC by local managers, insufficient local supply of courses for specializations; inhibiting the transmission of superior level of knowledge.

**Keywords:** Public Policy; National Policy for Cardiovascular Care; Local Productive System Health Caruaru-PE

## **1 - Introdução**

As doenças cardiovasculares são as que promovem o maior número de óbitos no mundo, e o Brasil segue esta trajetória. Os dados dos relatórios da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 1997 revelam que estas enfermidades cardiovasculares são responsáveis por cerca de 30% de todas as mortes que ocorreram no mundo, correspondendo aproximadamente a 15 milhões de óbitos por ano. O estudo desenvolvido por BRANDÃO, 2000 complementa tais informações ao destacar que a maioria dos óbitos, cerca de nove milhões, é procedente dos países em desenvolvimento, como exemplo o Brasil.

No Brasil, questões relacionadas à saúde sempre foram motivo de discussão e preocupação dos governos, desde a chegada da Família Real até os dias de hoje. Na década de 1970 houve uma crise no setor de saúde que envolveu diversos setores sendo eles o financeiro, o burocrático, o administrativo e o de cobertura, que abalaram o modelo de assistência vigente.

Com isso, algumas propostas foram lançadas na tentativa de transformar o modelo de saúde em voga naquele momento. Com o objetivo de organizar os setores, bem como aumentar a cobertura da população atendida, deixando evidente a necessidade da criação de um novo sistema de saúde. Este sistema ficou conhecido por Sistema Único de Saúde (SUS), que teria como objetivo realizar profundas mudanças no modelo assistencial. Sistema que foi baseado na atenção primária à Saúde (POLIGNANO, 2001). Neste estudo, é dada ênfase na atenção de alta complexidade, ou seja, o terceiro nível do sistema. Nele são encontradas as doenças cardiovasculares, segundo a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), a atenção de alta complexidade tem a seguinte definição:

Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade).

O estado de Pernambuco bem como a sua capital e o município de Caruaru, seguiram a tendência nacional na última década. Trata-se de uma população que cresce a cada dia, principalmente por causa da intensa industrialização e urbanização das cidades do interior do Estado, as quais levam a transformações, em especial ao meio ambiente, que afetam o quadro de saúde do local através dos já conhecidos impactos que promovem.

Isto sinaliza para a ineficiência política da saúde diante das crescentes e evidentes necessidades da população e requer que se examine a dinâmica de atuação do Sistema Único de Saúde – SUS uma vez que tem como principal objetivo organizar e dar assistência à população através de serviços hierarquizados e regionalizados. Numa perspectiva crítica, o objetivo deste artigo é o de analisar o atual sistema de saúde relativamente à política pública de atenção às doenças cardiovasculares no referido município dando ênfase nas instituições envolvidas. Neste sentido, faz-se um levantamento das principais disfunções do sistema examinado, com vistas a subsidiar ações de melhorias neste.

## **2 - Considerações teórico-metodológicas**

A busca de uma trajetória teórica para alcançar o objetivo deste trabalho e identificar os principais pontos explicativos da ineficiência da política em Caruaru-PE se inicia com a escolha da área de análise, que é o campo das ações do Estado. Nesta direção, o trabalho de SERAFIM & DIAS, 2012 dá sustentação a este posicionamento, ao considerar que: “Compreende-se a política pública como uma ação ou conjunto de ações por meio das quais o Estado interfere na realidade, geralmente com o objetivo de atacar algum problema”. Estas

ações podem ser entendidas através de várias vertentes teórico-metodológicas de investigação econômica e social, as quais são aplicadas às atividades das autoridades públicas.

A compreensão e o ajuste de políticas públicas em geral inseridas nos âmbitos federal, estaduais e municipais, focam o comportamento dos gestores no processo de formulação da política, e de sua análise na busca entender o porquê e para quem aquela política foi elaborada, e não apenas observar o conteúdo da política pública em si. Alguns conceitos encontrados na literatura foram sintetizados por SOUZA, 2006, como segue:

Não existe uma única, nem melhor, definição sobre o que seja política pública. Mead (1995) define como um campo dentro do estudo da política que analisa o governo à luz de grandes questões públicas e Lynn (1980), como um conjunto de ações do governo que irão produzir efeitos específicos. Peters (1986) segue o mesmo veio: política pública é a soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou através de delegação, que influenciam a vida dos cidadãos. Dye (1984) sintetiza a definição de política pública como “o que o governo escolhe fazer ou não fazer”. A definição mais conhecida continua sendo a de Laswell, ou seja, decisões e análises sobre política pública implicam responder às seguintes questões: quem ganha o quê, por que e que diferença faz.

Complementarmente, Martins (2003) apud Elkin (1974) classifica os trabalhos sobre políticas públicas em quatro tipos distintos:

(1) estudos orientados aos produtos, cujo interesse está focado na explicação de variações nos produtos das políticas públicas, usualmente expressos em gastos por áreas de políticas (municípios e estados têm servido de base empírica principal); (2) estudos orientados aos processos, nos quais o foco recai sobre padrões de formulação de políticas em distintas áreas de interesse; (3) estudos administrativos, cujo objetivo é a concepção de estruturas internas efetivas para as agências formuladoras; (4) economia política, centrada nos métodos mediante os quais escolhas sociais que utilizam recursos escassos são feitas.

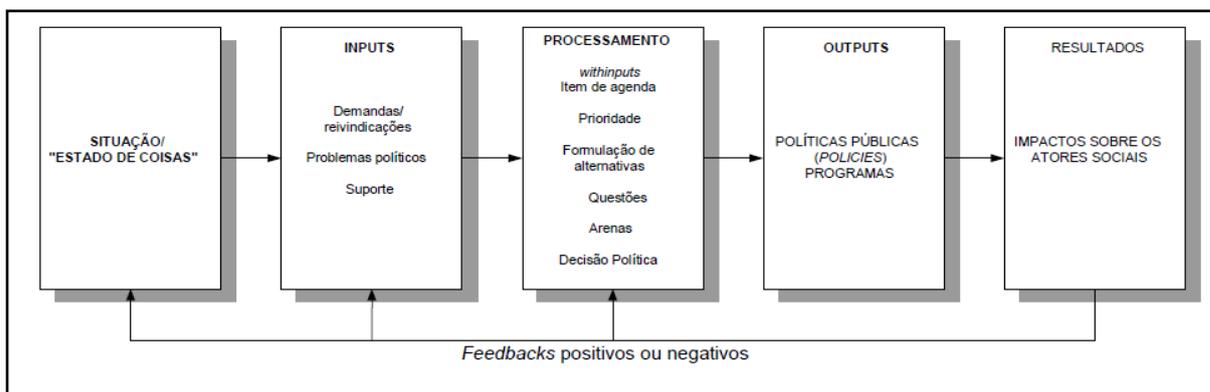
A partir destas contribuições que situam algumas orientações teórico-conceituais, dá-se início a uma abordagem pertinente ao presente estudo. Além disso, vale ser considerada a contribuição MARTINS (2003), que expõem um modelo sistêmico de análise de políticas públicas, o qual foi desenvolvido por Easton (1965). Este é o principal instrumento metodológico deste artigo. Neste modelo, a visão sistêmica das políticas é entendida como resposta a problemas (outputs) e demandas (inputs), principalmente encontrados na literatura da ciência política.

O modelo é útil para o entendimento da vida política. Esses sistemas políticos são autorregulados, e quando aplicados a questões relativas a questões da saúde, são essenciais à políticas das quais depende a continuidade da vida. Neste artigo adota-se o modelo acima por rejeitar o equilíbrio, e considerar o sistema político como um fluxo contínuo de resposta ao ambiente externo. Com isso, é pertinente expor o conceito de sistemas políticos, aqui adotado, como segue: "um conjunto de interações abstraídas da totalidade do comportamento social, por meio das quais valores são alocados de forma autorizativa para uma sociedade" (Martins, 2003).

Através desta perspectiva do sistema político, foi possível desenvolver um modelo de análise de políticas públicas, seguindo Easton, 1965. O sistema político aparece nessa ótica, como um conjunto de elementos inter-relacionados entre padrões de comportamento e ações. Seu propósito é converter inputs (demandas e apoios) em outputs (decisões). Os principais elementos do sistema são ações políticas (decisões, demandas, apoios, ações de implementação, etc.). Este sistema determina na sua fronteira, o que é sua parte e o que não é,

ou quais ações são consideradas políticas (endógenas) ou não (exógenas, ações e condições do ambiente), conforme ilustrado a seguir.

**Figura 1 – Modelo heurístico de análise de políticas públicas**



Fonte: Martins, 2003

Seguindo o modelo acima, é possível apreciar as políticas públicas envolvendo a análise dos principais elementos do processo de decisão política (dos inputs aos resultados, passando pelo modelo de decisão política e pelo modelo de comportamento dos atores envolvidos).

Algumas limitações do modelo quando confrontado a realidade empírica foram percebidas e oportunamente vencidas por ocasião da utilização de informações geradas a partir de uma pesquisa de campo, realizada no período de setembro a outubro de 2013 com os principais gestores e responsáveis pela aplicação da política no Município e calcada na linha teórico-conceitual da Rede de Arranjos e Sistemas Produtivos Locais - RedeSist, que fornece elementos que antecedem a análise da política que se quer analisar tendo em vista que permite o obter o desenho do sistema que é agrupado em: Organismos de Promoção Representação e Apoio; Instituições de ensino e pesquisa; Fornecedores; Prestadores de serviços; Consumidores; Órgãos de Regulação, Fiscalização e Financiamento.

O sistema é observado a partir das relações de cooperação, inovação e aprendizado entre estes componentes que são analisados a partir da seguinte proposição analítica que o caracteriza.

**Quadro 1 – Caracterização do ASPIL segundo a RedeSist**

Eixo	Característica
<b>Dimensão territorial</b>	Constitui um recorte específico de análise e de ação política, definindo o espaço onde processos produtivos, inovativos e cooperativos têm lugar. Observando a proximidade geográfica, o que leva ao compartilhamento de visões e valores econômicos, sociais e culturais - constitui fonte de dinamismo local, bem como de diversidade e de vantagens competitivas em relação a outras regiões.
<b>Diversidade de atividades e atores econômicos, políticos e sociais.</b>	Envolve a participação, a interação não apenas de empresas e suas variadas formas de representação e associação, como também de diversas outras organizações públicas e privadas voltadas para: formação e capacitação de recursos humanos; pesquisa, desenvolvimento e engenharia; política, promoção e financiamento. Incluindo universidades, organizações de pesquisa, empresas de consultoria e de assistência técnica, órgãos públicos, organizações privadas e

	não governamentais, entre outros.
<b>Conhecimento tácito</b>	Verificam-se processos de geração, compartilhamento e socialização de <u>conhecimentos</u> , por parte de empresas, organizações e indivíduos. Particularmente de <u>conhecimentos tácitos</u> , ou seja, aqueles que não estão codificados, mas que estão implícitos e incorporados em indivíduos, organizações e até regiões. O conhecimento tácito apresenta forte especificidade local, decorrendo da proximidade territorial e/ou de identidades culturais, sociais e empresariais. Isto facilita sua circulação em organizações ou contextos geográficos específicos, mas dificulta ou mesmo impede seu acesso por atores externos a tais contextos, tornando-se, portanto, elemento de vantagem competitiva de quem o detém.
<b>Inovação e aprendizado interativos</b>	O aprendizado constitui fonte fundamental para a transmissão de conhecimentos e a ampliação da capacitação produtiva e inovativa das empresas e outras organizações. A capacitação inovativa possibilita a introdução de novos produtos, processos, métodos e formatos organizacionais, sendo essencial para garantir a competitividade sustentada dos diferentes atores locais, tanto individual como coletivamente.
<b>Governança</b>	Refere-se aos diferentes modos de coordenação entre os atores e atividades, que envolvem da produção à distribuição de bens e serviços, assim como o processo de geração, uso e disseminação de conhecimentos e de inovações. Existem diferentes formas de governança e hierarquias nos sistemas produtivos, representando formas diferenciadas de poder na tomada de decisão (centralizada e descentralizada; mais ou menos formalizada).
<b>Grau de enraizamento</b>	Corresponde geralmente às articulações e ao envolvimento dos diferentes atores dos ASPIs com as capacitações e os recursos humanos, naturais, técnico-científicos, empresariais e financeiros, assim como com outras organizações e com o mercado consumidor local. Elementos determinantes do grau de enraizamento incluem: o nível de agregação de valor, a origem e o controle (local, nacional e estrangeiro) das organizações e o destino da produção, tecnologia e demais insumos.

Fonte: adaptado de Lastres e Cassiolato (2005).

### 3. Resultados

Administrar um sistema de saúde sempre foi um dos maiores desafios encontrados pelos gestores dos serviços de atendimento à população em geral. Isto ganha maiores proporções quando se confronta a espacialidade da oferta desses serviços nos municípios e estados brasileiros, com a grande heterogeneidade das doenças, portanto, da distribuição das necessidades de tratamentos demandados no território. Atentando ainda para o fato da insuficiência de equipamentos e mão de obra qualificada diante das crescentes necessidades.

Assim motivados, os gestores públicos decidiram regionalizar a assistência à saúde através de um processo de descentralização, que foi regulamentado através da Portaria 95/GM de 26/01/2001 pg. 02, normatiza essa dinâmica, tendo sido aprovada na forma de Norma Operacional de Assistência a Saúde – NOAS, que diz: “Para o aprofundamento do processo

de descentralização, deve-se ampliar a ênfase na regionalização e no aumento da equidade, buscando a organização de sistemas de saúde funcionais com todos os níveis de Atenção, não necessariamente confinados aos territórios municipais e, portanto sob responsabilidade coordenadora das Secretarias Estaduais”.

Cada Secretaria Estadual de Saúde ficou responsável pela elaboração de um Plano Diretor de Regionalização. Em Pernambuco, a Diretoria de Planejamento em Saúde (DPS), constituiu um Grupo Técnico de trabalho que assumiu a responsabilidade da elaboração do plano.

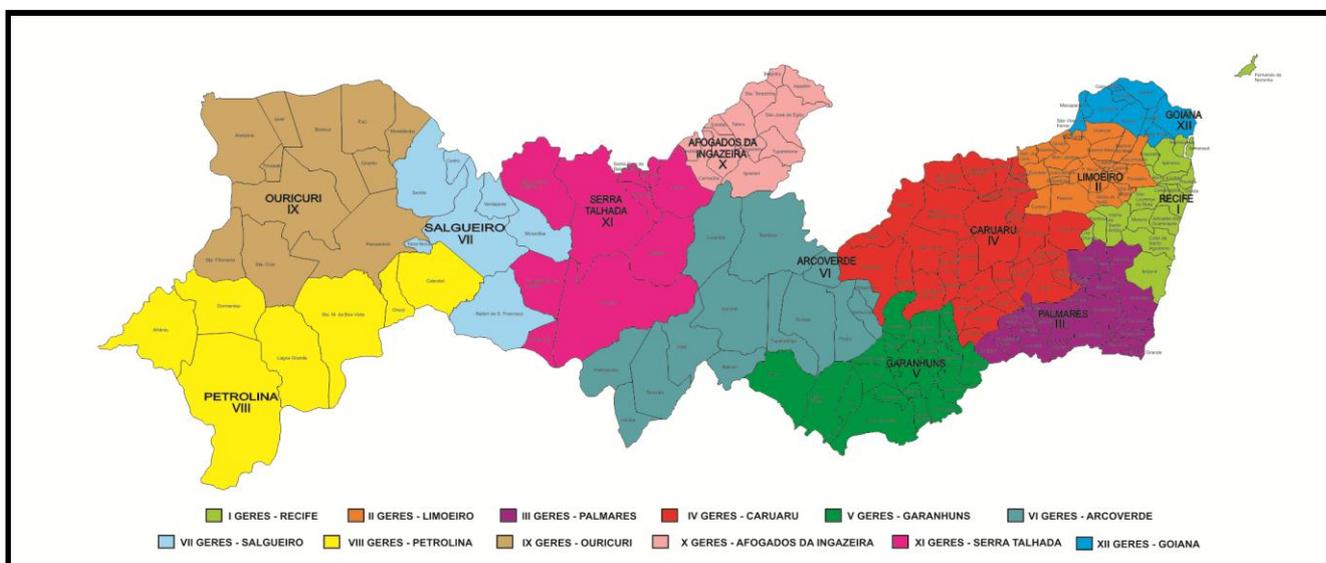
Entre fevereiro e outubro de 2001, foi elaborado o referido planejamento, através de um processo dinâmico e metodologicamente participativo, envolvendo: os secretários municipais, os representantes dos 184 municípios e o representante do distrito de Fernando de Noronha.

O seu principal objetivo foi reordenar a Regionalização, este é um princípio organizacional do SUS e ao mesmo tempo a diretriz que orienta o processo de descentralização das ações e serviços de saúde no Pacto pela Saúde 2006, é o eixo estruturante de uma de suas três dimensões - o Pacto de Gestão do SUS - devendo, portanto, orientar o processo de identificação e construção de Regiões de Saúde, nas quais as ações e serviços devem ser organizados de forma a garantir o direito da população à saúde e a potencializar os processos de planejamento, negociação e pactuação entre os gestores.

Com isso ficaram estabelecidas as funções próprias de cada Região, a construção coletiva, com a definição dos municípios sede, aos módulos assistenciais e as referências intermunicipais. Para cada Regional de Saúde criada, foi acertado que o acesso aos serviços não disponíveis no município seria realizado no estabelecimento de referência regional (hospitais regionais), para média e alta complexidade. Portanto, cada Regional da Saúde tem que possuir hospitais de média e alta complexidade.

Nesta perspectiva da distribuição espacial da política de atenção a saúde no estado de Pernambuco, observa-se o agrupamento dos municípios em doze Gerências Regionais de Saúde (GERES), conforme apresentado e mapeado no Portal da Saúde do Estado de Pernambuco, reproduzido a seguir:

**Figura 2 – Distribuição espacial das Gerências Regionais de Saúde – GERES/PE**



Fonte: <http://portal.saude.pe.gov.br/institucional/rede-estadual-de-saude/gerencias-regionais-de-saude/attachment/mapa-site-1-4/>

Caruaru faz parte da IV Gerência Regional de Saúde, a espacialidade do sistema de saúde é compreendida de forma detalhada, observando-se os 32 municípios que integram a IV Gerência Regional, conforme segue: Alagoinha, Altinho, Barra de Guabiraba, Belo Jardim, Bezerros, Bonito, Brejo da Madre de Deus, Cachoeirinha, Camocim de São Félix, Caruaru, Cupira, Frei Miguelinho, Gravatá, Ibirajuba, Jataúba, Jurema, Panelas, Pesqueira, Poção, Riacho das Almas, Sairé, Sanharó, Santa Cruz do Capibaribe, Santa Maria do Cambucá, São Bento do Una, São Caetano, São Joaquim do Monte, Tacaimbó, Taquaritinga do Norte, Toritama, Vertentes.

O objetivo desta divisão em GERES é direcionar a oferta dos serviços e a demanda da população, uma vez que, foi definido no planejamento de cada Regional, os seguintes hospitais estão localizados na sede da IV GERES, Hospital Regional do Agreste, Hospital Jesus Nazareno e atendem preferencialmente os habitantes dos municípios a ela vinculados.

De acordo com o IBGE, em 2013, Pernambuco alcançou uma população de 9.208.551 milhões de habitantes, os quais podem contar com 7.644 estabelecimentos de saúde, estes realizam procedimentos de atendimento simples até cirurgias de alta complexidade, na rede privada são 3.648 e na rede pública 3.671. (DATASUS, 2012). Em relação aos leitos, Pernambuco dispõe de 22.818, sendo que 81,75% são oferecidos pelo SUS.

A capital do estado oferece atendimento médico através de 2.095 hospitais, clínicas, laboratórios e centros de diagnósticos de imagens, que representa 27,4% do total de estabelecimentos do estado. Recife é considerado o primeiro Polo médico de todo o Norte/Nordeste e o segundo do Brasil em: qualidade, modernidade e avanço tecnológico. Oferece um total de 9.706 mil leitos, o que representa 42,5% do total de leitos disponíveis no estado, atendendo a uma clientela de cerca de 20 mil pessoas/dia, a maioria usuários dos planos de saúde (CNES, DATASUS, 2013).

Já o município de Caruaru, localizado a 136 km do Recife, é composto por 378 estabelecimentos de saúde, o que representa aproximadamente 5% do total de estabelecimentos do estado. Estes dispõem de 672 leitos, ou seja, 2,95% do total de leitos do estado, os quais são utilizados pelos 32 municípios que integram a IV Gerência Regional da Saúde, gerando cerca de 500 empregos diretos e indiretos (CNES, DATASUS, 2013).

Caruaru desenvolve visões e valores econômicos, sociais e culturais próprios que contribuem para o forte dinamismo local, tais como: título de maior centro de arte figurativa das Américas; maior festa popular do Brasil em termos de dias consecutivos, a Festa do São João de Caruaru dura 30 dias; a maior feira livre do mundo.

Apesar desta infra-estrutura e do avanço que a regionalização da política pública da saúde proporcionou, é necessário melhorar ainda mais. Políticas de saúde de maior alcance são necessárias considerando o seu aspecto vital diante das evidentes necessidades da população interiorana do estado. Há um grande número de instituições relacionadas à saúde em Caruaru. Isto requer que sua dinâmica seja entendida, para redirecioná-la através de políticas cujos benefícios delas advindos sejam absorvidos pelo local.

### **3.1 O Sistema Produtivo e Inovativo de Saúde de Caruaru**

O entendimento da dinâmica do Sistema Produtivo e Inovativo de Saúde de Caruaru (ASPILC) considerando as especificidades locais deve preceder a concepção, implementação e a análise dos resultados da política. Outro ponto importante é considerar que há heterogeneidade entre os locais para os quais a política é pensada, necessário se faz atentar para o fato de que, cada local apresenta suas especificidades e estas afetam os resultados da política.

Sob esta ótica e de forma resumida são apresentados a seguir os atores do ASPILC baseado nos resultados da pesquisa de campo, a partir da qual foram identificados: Organismos de Promoção, Representação e Apoio; Instituições de Ensino e Pesquisa; Organizações Públicas e Privadas voltadas para: Formação e Capacitação de Mão de Obra; Pesquisa, Desenvolvimento; Política, Promoção e Financiamento; e, Órgãos de Regulação, Órgãos Fiscalizadores e Financiadores.

#### Organismos de Promoção, Representação e Apoio

Foram identificados os seguintes Organismos de Promoção, Representação e Apoio do sistema de saúde de Caruaru: Câmara Setorial de Saúde / Associação Comercial e Industrial de Caruaru (CSS/ACIC); Sindicato dos Médicos de Pernambuco / Diretoria Regional de Caruaru (SIMEPE) e o Conselho Regional de Medicina de Pernambuco/Delegacia Regional de Caruaru (CREMEPE).

#### Instituições de Ensino e Pesquisa

As instituições de ensino e pesquisa identificadas foram: Associação Caruaruense de Ensino Superior (ASCES) e Faculdade do Vale do Ipojuca (FAVIP) que atuam no ensino superior na modalidade presencial e na modalidade à distância. São encontrados no município o Instituto Unificado Europeu do Brasil (IUNEBRASIL) e a Universidade Anhanguera (UNIDERP). Em relação às Instituições de Ensino Técnico foi identificado o Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC) e na modalidade de Hospital-Ensino, o Hospital Regional do Agreste Dr. Waldemiro Ferreira (HRA). Estes prestadores de serviços fazem parte do sistema de saúde local, que atende à população de Caruaru, que alcança aproximadamente 200.000 pessoas. Este número mais do que duplica quando se considera que também atendem a população de trinta e um municípios do seu entorno, contemplados pela política de saúde das três esferas de governo.

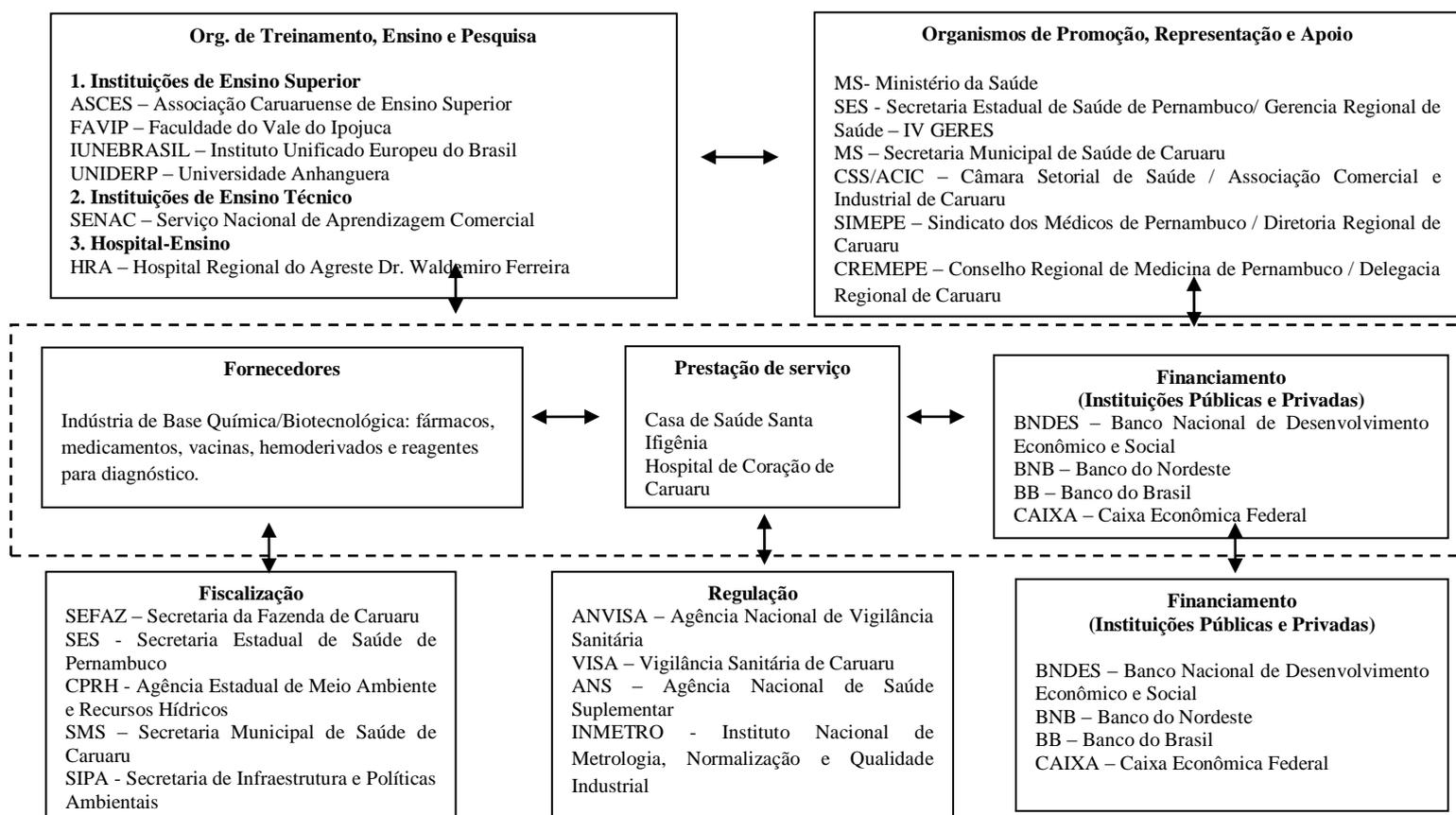
#### Organizações Públicas e Privadas Voltadas Para: Formação e Capacitação de Mão de Obra; Pesquisa, Desenvolvimento; Política, Promoção e Financiamento

Em Caruaru, há uma participação e interação no sistema de saúde de organizações públicas e privadas voltadas para: formação e capacitação de mão de obra; pesquisa, desenvolvimento; política, promoção e financiamento para melhorar a saúde do município. Incluindo escolas técnicas (SENAC), faculdades (ASCES), organizações de pesquisa (ASCES), câmara setorial (CSS/ACIC), sindicato (SIMEPE), órgãos públicos (SECRETARIA ESTADUAL e MUNICIPAL), organizações privadas (CSS/ACIC) e não governamentais (HCC). Em atendimento às referidas instituições e à mencionada população, localiza-se em Caruaru uma indústria farmacêutica que fornece equipamentos médicos e materiais de consumo, tais como: equipamentos mecânicos, equipamentos eletrônicos, próteses, órteses e materiais, fármacos, medicamentos, vacinas, hemoderivados e reagentes para diagnóstico das doenças.

#### Órgãos de Regulação, Órgãos Fiscalizadores e Financiadores

Compõe ainda o sistema de saúde em foco, os órgãos de regulação, os órgãos fiscalizadores e financiadores. Atuam na regulação, as seguintes instituições: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); Vigilância Sanitária de Caruaru (VISA); Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e o Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial (INMETRO). Já os órgãos fiscalizadores são: Secretaria da Fazenda de Caruaru (SEFAZ); Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES); Agência Estadual de Meio Ambiente e Recursos Hídricos (CPRH); Secretaria Municipal de Saúde de Caruaru (SMS) e a Secretaria de Infraestrutura e Políticas Ambientais (SIPA). Alguns Financiadores do sistema identificados pela pesquisa foram: o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES); Banco do Nordeste (BNB); Banco do Brasil (BB) e a Caixa Econômica Federal (CEF).

## Quadro – 2 Caracterização do ASPIL de saúde de Caruaru-PE



### 3.2 Elementos analíticos para a avaliação sistêmica da política

Em relação aos resultados da pesquisa de campo, foi observado que No entanto, na área de saúde em detrimento da perspectiva do território, a dimensão geográfica é a considerada pelas instituições na construção de políticas. O município é superado em termos de aglomeração de atendimento a saúde no estado somente pela cidade de Recife.

Verificando no funcionamento do sistema, a pesquisa de campo informa que: os processos de geração, compartilhamento e socialização de conhecimentos no sistema de saúde de Caruaru, por parte das organizações e indivíduos, observou-se que, a origem do conhecimento formal dos médicos e de enfermeiros de nível superior foi adquirida, fora do município de Caruaru, em Recife e, em outros estados do nordeste, tais como: Alagoas, Paraíba e Rio Grande do Norte. Em contra partida, o pessoal de nível técnico tem formação no local.

A geração de conhecimento tácito acontece de fato no “fazer” diário nas instituições de saúde, e, seu compartilhamento, bem como a sua socialização mesclam-se com o

conhecimento formal. Um dos mecanismos mais comum é observado na transmissão do conhecimento da mão de obra mais especializada e prática para os indivíduos menos experientes, no caso do Hospital de Coração de Caruaru. Entretanto, em termos de política, o conhecimento tácito interinstitucional apresenta características mais fortes vinculadas ao local, considerando que há uma escolha muito vinculada à cultura local, do tipo de política de saúde adotada, a modo que em Caruaru, a política preventiva se sobrepõe à política nacional de atenção cardiovascular. Relativamente à produção de conhecimento e a ampliação da capacidade produtiva e inovativa das prestadoras de serviços locais, no caso desse estudo os hospitais, clínicas, entre outros, apresentam-se de modo formal e informal.

O aprendizado formal é ofertado no território por várias instituições de ensino e pesquisa, tais como: SENAC, ASCES, FAVIP, FAFICA, UNIBRAER, UFPE. Entre esses elementos do conjunto de atores institucionais, aproximadamente 50% deles, oferecem formação e pesquisa na área de saúde, como: SENAC, ASCES e FAVIP. No entanto, o **aprendizado interativo** acontece informalmente no interior dos hospitais e clínicas, onde se observa a transmissão de novos procedimentos e métodos, que contribuem para ampliação da capacidade produtiva e inovativas nas instituições existentes. A experiência dos profissionais da área de saúde flui informalmente e cotidianamente nos mesmos espaços, valendo salientar que, a origem da formação de alguns profissionais em algumas capitais do nordeste, portanto, fora de Caruaru, alimenta esse fluxo do conhecimento adquirido em Recife, João Pessoa, Maceió e Natal.

A IV GERES representa um papel importante no subsistema de saúde aqui estudado, já que o mesmo é responsável pela adaptação da Política Nacional de Atenção Cardiovascular, ao cenário local, suas necessidades e demandas locais. Isso acontece através de um processo participativo com vistas a transformar os princípios e diretrizes da política nacional, mais acessíveis aos atores “chaves” através de uma linguagem mais adequada ao local. Por exemplo, a IV GERES realiza reuniões periódicas com os secretários municipais dos 32 municípios participantes da mesma. Entretanto, cada município tem autonomia para implantar as diretrizes da política de acordo com a sua necessidade. Neste sentido, a governança do sistema analisado é de responsabilidade da IV GERES.

O grau de enraizamento corresponde geralmente às articulações e ao envolvimento das diferentes instituições, com as capacitações, os recursos humanos, naturais, técnico-científicos, empresariais e financeiros, assim como, com outras organizações e com o mercado consumidor local. Elementos determinantes do grau de enraizamento incluem: o nível de agregação de valor, a origem e o controle (local, nacional e estrangeiro) das organizações, do destino da produção, tecnologia e demais insumos. As instituições participantes do sistema estudadas são articuladas no sentido, de que elas formam mãos de obra local e especializada para os hospitais e clínicas. Por exemplo: i) o SENAC capacita a mão de obra que é absorvida pelas instituições de atendimento à saúde. ii) a Câmara setorial de saúde disponibiliza periodicamente cursos para formação do corpo técnico administrativo das instituições de saúde; iii) o Sindicato dos médicos oferece treinamento especializado para os profissionais da área médica local; iv) a ASCES contribui para a formação daqueles ligados diretamente ao tratamento de pacientes com diversas doenças entre elas as cardiovasculares. Outro tipo de articulação importante se refere aos serviços cardiovasculares oferecidos pelo município, quando o Hospital do Coração de Caruaru não tem capacidade de realizá-los, através do sistema público, o paciente é transferido para um hospital privado, localizado no município ou na capital, e o serviço é concluído. Os custos destes serviços são pagos pelo SUS.

### 3.3 Política Nacional de Atenção Cardiovascular

Na perspectiva do Ministério da Saúde, Barros et al. (1996), aponta, na década de 1990, as funções e a estrutura da saúde ainda não haviam sido inteiramente adaptadas aos novos papéis da esfera federal, que estava prevista na legislação do SUS. Em relação à articulação entre os governos, essa ainda, era insuficiente ou inadequada, quando se referiam ao planejamento e ao sistema de informações. Sem articulação, as ações foram prejudicadas, pois não existia um planejamento estratégico, e com isso os três níveis de governo executavam funções próprias, o que não é aconselhável para o sistema.

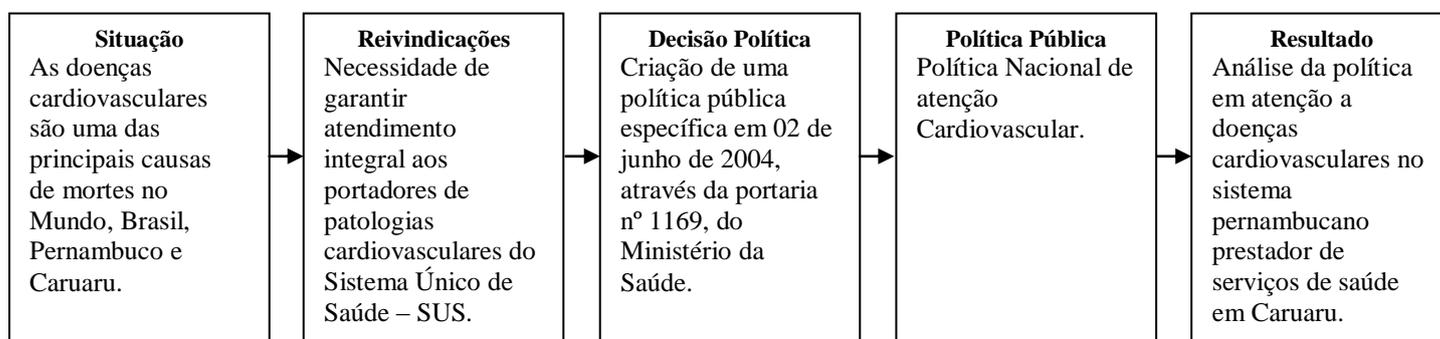
Neste sentido, em 13 de setembro de 2000, foi promulgada a Emenda Constitucional 29<sup>1</sup> que tinha como objetivo definir o formato de financiamento da política pública de saúde da época, de maneira vinculada à receita tributária. Com isso, o financiamento do SUS passou a ser garantido constitucionalmente. A base de cálculo é composta pelos impostos pagos, deduzidas as transferências entre governos (JÚNIOR & JÚNIOR, 2006).

Atualmente, existem várias políticas públicas voltadas para a saúde, que segundo CONASS, 2006 possuem recortes em um grau bastante elevado, e geralmente são baseadas no tipo de problema de saúde (doença renal, doença neurológica, câncer, doenças cardiovasculares etc.); no tipo específico de serviço de atenção, (urgência/emergência, procedimentos eletivos de média complexidade, traumatologia-ortopedia, pequenos hospitais) em áreas de atenção (Saúde bucal, saúde do portador de deficiência etc.); em determinados segmentos populacionais (idosos, mulheres, etc.). A partir de um levantamento feito no site do Ministério da Saúde, através de informações disponibilizadas na biblioteca virtual em saúde, foram identificadas quarenta e cinco (45) políticas públicas, e, entre elas, Política Nacional de Atenção Cardiovascular, elaborada pelo governo.

Cada política apresenta seus princípios e/ ou diretrizes. Após uma década de sua criação, requer que se analisem os resultados obtidos a partir de uma perspectiva crítica, identificando-se os principais obstáculos em relação à realização dos objetivos pretendidos.

A política pública de saúde, de acordo com o modelo de análise adotado, segue cinco etapas: situação, reivindicações, decisão política, política pública e resultado, conforme o quadro abaixo.

**Quadro 3 – Modelo de análise de política pública de saúde**



Fonte: pesquisa de campo

<sup>1</sup> Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/CCIVIL\\_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm](http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm)

A situação precária da saúde dos portadores de patologias cardiovasculares gerou reivindicações de políticas que culminou com a decisão política de criação de uma política pública específica pelo Ministério da Saúde, a Política Nacional de Atenção Cardiovascular.

A criação da Política Nacional de Atenção Cardiovascular no Brasil é recente, remonta de 02 de junho de 2004, através da portaria nº 1169, do Ministério da Saúde, na qual foi instituída para atendimento a pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os estímulos a criação da referida política são resumidas pelo Ministério da Saúde em seu site <http://bvsms.saude.gov.br>, e repetidas a seguir:

[...] garantir o atendimento integral aos portadores de patologias cardiovasculares do Sistema Único de Saúde – SUS; organizar a assistência aos referidos pacientes, em serviços hierarquizados e regionalizados, e com base nos princípios da universalidade e integralidade das ações de saúde; garantir a esses pacientes a assistência nos vários níveis de complexidade, por intermédio de equipes multiprofissionais, utilizando-se de técnicas e métodos terapêuticos específicos; uma nova conformação das Redes Estaduais e/ou Regionais de Atenção em Alta Complexidade Cardiovascular, bem como a de determinar o seu papel na atenção à saúde e as qualidades técnicas necessárias ao bom desempenho de suas funções; atualizar o sistema de credenciamento e adequá-lo à prestação dos procedimentos de Alta Complexidade, Alta Tecnologia e Alto Custo; aperfeiçoar o sistema de informação, referente à Assistência Cardiovascular; estabelecimento de mecanismos de regulação, fiscalização, controle e avaliação da assistência prestada a esses pacientes; Considerar que a assistência a pacientes portadores de patologias cardiovasculares exige uma estrutura hospitalar de alta complexidade, com área física adequada, profissionais qualificados e suporte de serviços auxiliares de diagnóstico e terapia.

A partir destas necessidades, foram elaborados os princípios e diretrizes da política, como segue:

Determinar que as Secretarias de Estado da Saúde estabelecessem um planejamento regional hierarquizado para formar a Rede Estadual e/ou Regional de Atenção em Alta Complexidade Cardiovascular, com a finalidade de prestar assistência aos portadores de doenças do sistema cardiovascular, que necessitem ser submetidos aos procedimentos classificados como de Alta Complexidade; Determinar que as Unidades de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular e os Centros de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular devem oferecer condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada a portadores de patologias cardiovasculares e desenvolver forte articulação e integração com o sistema local e regional de atenção à saúde, incluindo, na sua solicitação de credenciamento, os critérios da Política Nacional de Humanização.

Apesar dos itens acima citado, a Política de Atenção Cardiovascular é pouco estudada, sua legislação, implantação, formas complementares de programas e ações preventivas a acidentes cardiovasculares, tais como: educação alimentar, diabetes, controle da pressão arterial, exercícios físicos, entre outros, contidas nas demais políticas de saúde do Governo Federal.

Várias falhas da política foram enumeradas, até mesmo no Programa Saúde da Família - PSF, que é uma política preventiva, porém, ainda deficiente. Esta deficiência transparece no momento que sua capacidade somente atinge cerca de 50% da população. No âmbito do PSF, o Programa Municipal HIPERDIA, que desenvolve ações voltadas para a prevenção de diabetes e da hipertensão (que são caminho para desencadear doenças cardiovasculares) prevê campanhas para aferição da pressão arterial e a medição da glicose do sangue, pois a hipertensão e a diabetes são doenças silenciosas e de difícil percepção.

Nesta direção, o Programa Municipal é complementado por Programas Federais, a exemplo do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). Trata-se de uma política educativa que objetiva a busca por uma alimentação saudável, a prática de exercícios físicos, o controle do tabagismo e do alcoolismo, o combate à violência, e a preservação do meio ambiente, para elevar a qualidade de vida do cidadão através de um processo de longo prazo.

Apesar dos obstáculos em termos da percepção dos gestores e das políticas, com ausência de perspectiva de longo prazo, onde as metas sejam definidas responsabilidades e respectivos atores sejam apontados. Algumas tendências em curso assinalam para o crescimento do ASPILC, que amplia o número de atores institucionais voltados para enfermidades em doenças cardiovasculares no local, a exemplo da UPA-E, Hospital Mestre Vitalino e Hospital São Sebastião, ampliando o número de leitos para atendimentos de média e alta complexidade no local, além da oferta de serviço de urgência e emergência, de acordo com os dados da Secretaria de Saúde de Pernambuco.

Em 2014, com a inauguração da Unidade Pernambucana de Atendimento Especializado (UPAE), 1,2 milhão de pessoas residentes nos 32 municípios da IV GERES serão beneficiadas. Nessa unidade, a capacidade para atendimento mensal será de 10.500 consultas e 560 cirurgias. Serão realizadas cirurgias ambulatoriais de baixa complexidade, nas quais o paciente é liberado no mesmo dia, a unidade terá atendimento em 20 especialidades, incluindo cardiologia, dermatologia, endocrinologia, gastroenterologia, neurologia, oftalmologia, urologia, além de oferecer serviços em áreas como fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, nutrição, farmácia, enfermagem e serviço social.

Na definição das especialidades, foram levadas em consideração as maiores demandas reprimidas e necessidades da população. Ao todo, R\$ 24 milhões serão investidos na nova unidade, somando obra e aquisição de equipamentos. A UPAE Caruaru terá, em sua estrutura, 20 consultórios médicos, 21 salas de exames, três salas de cirurgias, duas salas de procedimentos, quatro leitos de recuperação pós-anestésica, 34 leitos de observação e poltronas.

O ASPILC será ampliado com a inauguração do Hospital Mestre Vitalino que disponibilizará 250 leitos. Sua capacidade de atendimento para as especialidades de cirurgia geral, urologia, clínica médica, pediatria (clínica e cirúrgica), oncologia e cardiologia contará com 20 leitos de UTI, sendo 10 para adultos e 10 destinados a crianças. No setor de emergência, terá capacidade para realizar 6,3 mil atendimentos por mês. Funcionando 24 horas por dia, o hospital será uma referência para 32 municípios que compõem a IV GERES com sede em Caruaru. O investimento total será de R\$ 74 milhões.

Também será reinaugurado o Hospital São Sebastião, que é de responsabilidade do município, este foi fechado em 2004, após fortes chuvas que causaram infiltrações em sua estrutura. Ele é uma das mais importantes unidades de saúde de Caruaru, que passa por reforma e ampliação. Neste sentido, contará com ambulatório de clínica médica; enfermaria; setor de imagem e diagnóstico; e salas para pequenos procedimentos cirúrgicos de caráter ambulatorial, referenciados pelo Hospital Regional do Agreste.

A unidade terá 60 leitos para pacientes de clínica médica e contará com uma Unidade de Cuidados Paliativos, com 20 leitos. Na enfermaria clínica, serão tratados pacientes com problemas cardiovasculares, renais, respiratórios, com diabetes e hipertensão, com sequelas de Acidente Vascular Cerebral, entre outros. A unidade também será equipada com aparelhos de última geração. Ao todo, os investimentos somarão cerca de R\$ 5,4 milhões.

#### 4. Considerações finais

São numerosos os pontos explicativos da ineficiência da política em Caruaru-PE. Como visto anteriormente, as GERES são o foco da Política Ministerial delegada pelo Governo do Estado a ser executada pelos municípios. O governo definiu o espaço geográfico como fronteira das GERES quando o correto seria o território. Este engano de perspectiva das instituições não permite que os benefícios advindos do conhecimento tácito se somem aos conquistados pelo conhecimento formal em benefício da alavancagem do desenvolvimento pelo processo inovativo naturalmente incorporado ao território ao longo de seu processo de formação.

Deste modo há um comprometimento, da percepção pelas instituições do potencial de cooperação no ASPILC, que inibe as políticas de estímulo à transmissão do conhecimento de novas iniciativas, através das atividades e experiências bem sucedidas e desenvolvidas entre atores do ASPILC. Neste caso, o principal desafio das instituições e de suas políticas é a evolução do ASPILC direcionando-o a um ambiente propício à indução da troca de informações, e a inovação presentes no local. O conhecimento tácito e o estímulo à cooperação ainda é desconsiderado pelas instituições ao desprezar a visão do território na elaboração de políticas.

Por outro lado, embora tenham conhecimento da importância do estímulo à transmissão do conhecimento formal através do elo de cooperação e inovação que ocorre entre o núcleo produtor de serviços (hospitais e clínicas) e o subsistema produtor de conhecimento (instituições de ensino e pesquisa) do ASPILC, a Secretaria não desenvolve esforços nesta direção.

Outro elemento inibidor dos referidos processos origina-se da natureza hierárquica em que os atores institucionais envolvidos estão organizados e são orquestrados na execução da política, de modo a prejudicar a relação de confiança e cooperação existente, enfraquecendo-a. A concentração de atividades e competências que ofereçam características semelhantes, baseadas em: conhecimento formal e/ou informal torna atraente a concentração das atividades em um respectivo território, porém, instiga os conflitos ali encontrados, através da caracterização e domínio dos segmentos do ASPILC.

Se por um lado no “Polo Médico do Recife” tanto os mecanismos de regulação e coordenação encontrados são desenvolvidos através de geração espontânea, ou seja, entendido como fator para a ausência de coordenação, o que causa certa resistência a estes mecanismos. Por outro lado, no ASPILC ocorre o contrário. Este fato se explica pela composição público/privado em cada caso. No primeiro caso, há predomínio de atores privados e no segundo, de atores públicos. É natural que a governança do ASPILC, como dito anteriormente, seja exercida pela Secretaria de Saúde do Município.

É importante a caracterização dos atores do ASPILC, principalmente aqueles que estão distantes de seu núcleo de coordenação para fins de política, considerando que, cabe à coordenação promover melhorias no sentido de estimular as relações de cooperação entre os atores do sistema, como seguem: permuta de conhecimento, inovação na “rede”, diminuição dos pontos de conflito, estímulo ao aprendizado e melhoria das estruturas governamentais. A atividade da coordenação deve ser flexível e eficiente.

A melhoria do subsistema de inovação do ASPILC deve ser prioritária nas políticas de renovação e criação de infraestrutura de formação de recursos humanos. Considerando que as principais carências se estendem para além da estrutura física, construção de hospitais e aquisições de equipamentos, a formação de mão de obra especializada no local não alcança o

nível superior, estabelecendo desse modo, uma relação de dependência com outros sistemas de conhecimento melhor estruturados tanto no estado como externamente.

As soluções até o momento têm sido paliativas no sentido de minimizar tais carências, a exemplo da oferta de treinamento em serviço, capacitações e cursos específicos, a fim de obter soluções no curto prazo, porém, a ausência de instituições capacitadoras de nível superior torna este processo ainda mais lento. Ressalte-se que o problema do município é idêntico ao quadro nacional, pois é notável a dificuldade do acesso e da qualidade do serviço de saúde quando o usuário o procura.

Neste sentido, destaca-se o problema do aspecto da atualidade do próprio acesso, este problema é grave, e atinge não só os serviços públicos, mas inclusive os privados. Vale destacar que, os planos de saúde estão com um número de usuários muito maior para a rede disponível, e não conseguem atender em sua totalidade seus clientes, e, transfere este problema para o atendimento público da saúde. Nesse aspecto, a gravidade se aguçava quando se refere aos casos de emergências cardiovasculares, por serem fatais e necessitarem de atendimento de alta complexidade (ofertados em número muito reduzido em relação às necessidades no ASPILC). Ganham importância na política atual efetuada no ASPILC as soluções de caráter preventivo por envolverem menor custo em sua execução bem como impeditivas do crescimento do número de óbitos.

Em conclusão, algumas sugestões de políticas e ações são elencadas a seguir:

- Promover políticas que estimulem a articulação entre os atores de coordenação do ASPIL com os prestadores de serviços médicos, ou seja, hospitais e clínicas públicos e privados;
- Melhoria na formação de profissionais tanto de nível técnico quanto de nível superior com a ampliação dos cursos na área de saúde nas escolas técnicas e universidades locais, voltados para as doenças cardiovasculares;
- Aumento e reforço da infraestrutura de ensino superior específica para formação de profissionais da área médica do ASPIL com especializações em tratamentos preventivos, bem como os de média e alta complexidade;
- Intensificação das relações de compra e venda dentro do ASPIL entre o governo e os fornecedores locais, com vistas a prover o abastecimento de insumos e equipamentos, inclusive estimular a produção especializada local;
- Uma intervenção de maior amplitude e com maior dinamismo em relação às doenças cardiovasculares a partir das instituições governamentais das esferas de governo Federal, Estadual e Local;
- Incluir na análise que precede a elaboração da política a noção de território com vistas ao aproveitamento do conhecimento tácito e de seus canais de transmissão que realimentam a cooperação e a disseminação da inovação, tão importantes para a redução de custos das ações e maior aproximação com os receptores da política, a população beneficiada;
- Estimular financeiramente as pesquisas sobre o ASPIL nas universidades, para que se tenha maior clareza dos objetivos da política e caminhos para alcançá-los de forma mais eficiente.

### **Referências Bibliográficas**

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta

Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007

BARROS, Maria Elizabeth, Sérgio Francisco Piola e Solon Magalhães Vianna. **Política de saúde no Brasil: diagnóstico e perspectivas**. Texto para Discussão, 401. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, 1996.

BRANDÃO, A.P. **Tratando a hipertensão arterial, reduzindo o risco de doenças cardiovasculares**-Adalat INSIGHT Study. Rev. Bras. Cardiol., v.2, n.5,p. 181-183, 2000.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. *in*: MOTA, Ana Elizabete. Serviço Social e Saúde. 3º Ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2005/2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.200 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z** : garantindo saúde nos municípios. Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Políticas Nacionais - Biblioteca Virtual em Saúde –. Disponível em:

<<http://bvsmms.saude.gov.br/php/level.php?lang=pt&component=44&item=104>> Acesso em: 02/10/2013

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Disponível: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em: 10/10/2013.

JÚNIOR, P. A., JÚNIOR C.L. **Políticas Públicas de Saúde no Brasil** - Revista Espaço para a Saúde, Londrina, v.8, n.1, 2006, p.13-19, dez.

MARTINS, H. F. **Uma Teoria da Fragmentação de Políticas Públicas**: Desenvolvimento e Aplicação na Análise de Três Casos de Políticas de Gestão Pública 254P. Tese (Doutorado em Administração) Fundação Getulio Vargas - Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, São Paulo, 2003.

MENEZES, A.M.B. **Noções básicas de epidemiologia**. In: SILVA, L.C.C. Epidemiologia das doenças respiratórias. Rio de Janeiro: Revinter, 2001. Cap. 1, p.01-23.

MOURA, F.M., SILVA, M.C.G., CARNUT, L. **Política de atenção cardiovascular no âmbito do Sistema Único de Saúde**: breves comentários sobre a literatura científica nacional indexada disponível. J Manag Prim Health Care. 2011; 2:30-3.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco.**Plano Diretor de Regionalização** – PDR/SUS/PE/ Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pdr\\_completo\\_pe.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pdr_completo_pe.pdf)>. Acesso em: 03/11/2013

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **Histórias das Políticas de Saúde no Brasil**: Uma Pequena Revisão. Cadernos do Internato Rural - Faculdade de Medicina/UFMG, 2001.

PORTARIA GM/MS N° 95, de 26 de janeiro de 2001 – Disponível em:  
<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis./gm/2002/prt0373\\_27\\_02\\_2002.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis./gm/2002/prt0373_27_02_2002.html).> Acesso em  
11/11/2013

SERAFIM, M.P., DIAS, R.B., **Análise de Política**: Uma Revisão da Literatura  
Policy analysis: a review. Cadernos de Gestão Social. Vol.3, N° 1, jan/ jun - 2012

SICSÚ, A. B. & et al. **Serviços de Saúde no Nordeste e em Pernambuco**: Aspectos da  
Inovação e dos Desafios em Curso. Revista Econômica do Nordeste, Fortaleza, v. 37, n° 2,  
abr-jun. 2006

SOUZA, Celina; **Políticas Públicas**: uma revisão da literatura. Sociologias, Porto Alegre, ano  
8, n° 16, jul/dez 2006, p. 20-45