

Economia Regional e Agrícola

Aplicação do modelo de análise de política pública no município de Caruaru com ênfase nas doenças cardiovasculares

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 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 Getulio 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. 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.

Aplicação do modelo de análise de política pública no município de Caruaru com ênfase nas doenças cardiovasculares

Resumo

As doenças cardiovasculares são as que promovem o maior número de óbitos no mundo, e o Brasil segue esta trajetória. O estado de Pernambuco bem como a capital e o município de Caruaru apresentam na última década uma tendência crescente e convergente do número de óbitos. Isto sinaliza para a ineficiência política da saúde diante das crescentes e evidentes necessidades da população. Neste sentido, este artigo trata da aplicação do modelo de análise de política pública no município de Caruaru- PE dando ênfase nas doenças cardiovasculares. Observa-se que o Sistema Único de Saúde – SUS, tem como principal objetivo organizar e dar assistência aos referidos pacientes em serviços hierarquizados e regionalizados. Em conclusão, após entrevista realizada com os principais gestores do município envolvidos direta e indiretamente com as políticas, foi possível identificar que a mesma não está sendo desenvolvida de forma eficiente no município de Caruaru-PE. Bem como também levantou-se o fato da Política não despertar interesse na comunidade científica em geral.

Palavras-chave: Política Pública; Doenças cardiovasculares; Caruaru-PE

ABSTRACT

Cardiovascular diseases are those which promote the highest number of deaths worldwide, and Brazil follows this trajectory. The state of Pernambuco and the capital and municipality of Caruaru present in the last decade a growing and converging trend in the number of deaths. This signals to the inefficiency of health policy in the face of obvious and growing needs of the population. Thus, this paper presents an application of the analysis of public policy model in the municipality of Caruaru- PE giving emphasis on cardiovascular diseases. It is observed that the Unified Health System - SUS, aims to organize and assist these patients in hierarchical and regional services. In conclusion, after an interview conducted with key managers of the municipality involved directly and indirectly with the policies, we found that the same is not being developed efficiently in Caruaru-PE. And also the fact rose Policy does not arouse interest in the scientific community in general.

Keywords: Public Policy; Cardiovascular Disease; Caruaru-PE

1 - Introdução

Este artigo trata da aplicação do modelo de análise de política pública no município de Caruaru com ênfase nas doenças cardiovasculares, a partir de uma perspectiva crítica do atual sistema de saúde, com ênfase nas instituições que dele participam. Caruaru é o segundo subsistema de saúde do estado de Pernambuco, localizado no Agreste Central.

Desse modo, a partir do modelo, optou-se por analisar uma política pública específica das unidades de atendimento de alta complexidade, especialmente àquelas voltadas para as doenças cardiovasculares. A Política Nacional de Atenção Cardiovascular foi escolhida, considerando que, atualmente doenças cardiovasculares são responsáveis pelo maior número de óbitos em Caruaru, Pernambuco, no Brasil e no resto do mundo.

A escolha do tema do presente trabalho se encontra na justificativa e nos dados dos relatórios da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 1997, onde se evidencia que essas 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 resultados ao destacar que a maioria dos óbitos, cerca de nove milhões, é procedente dos países em desenvolvimento, como exemplo o Brasil.

Em Pernambuco, a situação é bem semelhante ao Brasil, fato que fortalece a escolha das doenças cardiovasculares como objeto de estudo desta pesquisa. Trata-se de uma população que cresce a cada dia, principalmente por causa da intensa industrialização e urbanização, as quais levam a graves mudanças e transformações no quadro da saúde do brasileiro, através do impacto que causam ao meio ambiente.

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 para tentar transformar este modelo de saúde. 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). Para esse estudo, será dada ênfase na atenção de alta complexidade, ou seja, o terceiro nível do sistema, neste 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).

2 - Referencial Teórico

Para estudar políticas públicas, o campo de análise é o que focaliza as 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 metodológicas de investigação econômica e social, as quais são aplicadas às atividades das autoridades públicas.

Nesse contexto, a escolha da metodologia do campo de análise torna-se crucial, à medida que, permite a compreensão e o ajuste das políticas públicas, em geral inseridas nos âmbitos federais, estaduais e municipais. Ao focar no comportamento dos atores e no processo de formulação da política, sua análise busca entender o porquê e para quem, aquela política foi elaborada, e não apenas observar o conteúdo da política pública em si.

Encontra-se na literatura vários conceitos de políticas públicas, os quais foram sintetizados por SOUZA, 2006, como segue:

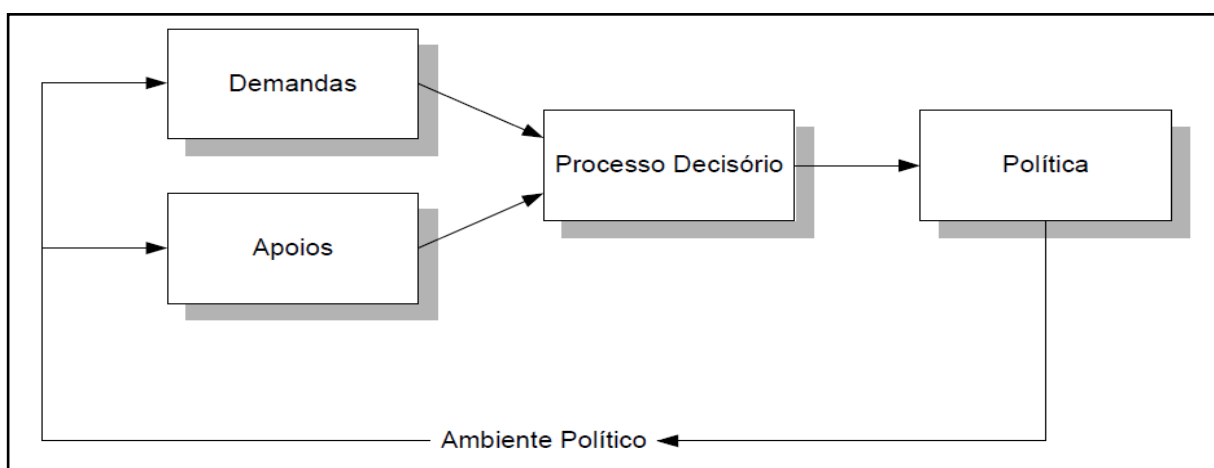
Não existe uma única, nem melhor, definição sobre o que seja política pública. Mead (1995) define como um campo dentro do estudo da política que analisa o governo à luz de grandes questões públicas e Lynn (1980), como um conjunto de ações do governo que irão produzir efeitos específicos. Peters (1986) 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.

Ao analisar as áreas de interesse das políticas públicas, a luz das questões levantadas como principais nas pesquisas conforme acima citadas, Martins (2003) apud Elkin (1974) classifica os trabalhos em quatro tipos distintos:

A maior parte dos trabalhos feitos por cientistas em assuntos relacionados a políticas públicas pode ser enquadrada em quatro tradições: (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 disto, MARTINS (2003), expõem um modelo sistêmico de análise de políticas públicas, o qual foi desenvolvido por Easton (1965) e é o foco de estudo deste artigo. Nesse modelo a visão sistêmica das políticas é entendida como resposta a problemas (outputs) e demandas (inputs), principalmente encontrados na literatura da ciência política.

Figura 1 – Modelo sistêmico de análise de políticas públicas

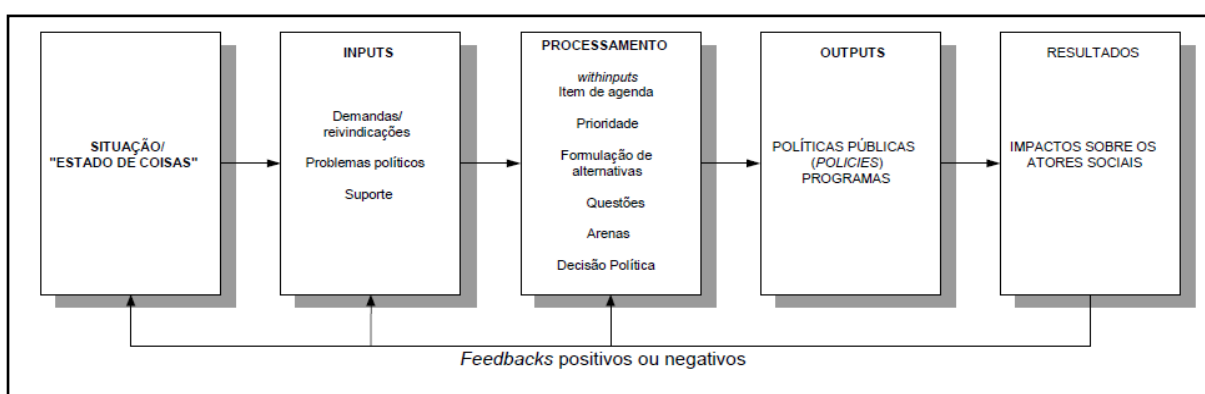


Fonte: Martins, 2003

O modelo encontrado em Martins (2003) e desenvolvido por Easton (1965) é um entendimento da vida política. Esses sistemas políticos são autorregulados, e, essenciais à continuidade da vida. Neste modelo rejeita-se o equilíbrio, e considera o sistema político como um fluxo contínuo de resposta ao ambiente externo. Com isso, é pertinente expor o conceito de sistemas políticos, como se segue: "um conjunto de interações abstraídas da totalidade do comportamento social, por meio das quais valores são alocados de forma autorizativa para uma sociedade".

A respeito desta visão sobre o sistema político, foi possível desenvolver, segundo MARTINS (2003), na visão de Easton, um modelo de análise de políticas públicas. O sistema político aparece nessa perspectiva, 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). Pode-se observar esta visão de modelo na figura dois abaixo.

Figura 2 – Modelo heurístico de análise de políticas públicas



Fonte: Martins, 2003

De acordo com o modelo acima, a apreciação de políticas públicas envolve 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). Porém, esse tem uma limitação, a abordagem dos elementos analíticos do processo de decisão política e sua implementação, segue fases restritas lineares pré-estabelecidas, além de restringirem-se à identificação de inputs, alternativas, atores e arenas (MARTINS, 2003).

2.1 Políticas Públicas para Saúde

Em relação às Políticas Públicas voltadas para a área de saúde, encontra-se na literatura a contribuição de Bravo (2006) *apud* Braga e Paula (1985, p.2), que atenta para o fato da Saúde começar a ser entendida como “questão social” no Brasil no início do Século XX. Na década de 1920, a saúde pública começa a sua extensão em todo o país, principalmente após a reforma Carlos Chagas, no ano de 1923, que almejou ampliar o atendimento à saúde pelo poder central, sendo esta uma tentativa de ampliação da União do poder nacional.

Desde os anos 1930 a Política Nacional de Saúde existira, porém, sua consolidação deu-se no período de 1945 a 1950. Durante a 2ª Guerra Mundial foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) o qual foi conveniado com órgãos do governo americano e sob o patrocínio da Fundação Rockefeller¹. No Plano SALTE, elaborado no Governo DUTRA no ano de 1948 a Saúde foi posta como uma de suas principais finalidades, além da Alimentação, Transporte e Energia. Porém, o plano não foi implementado por falta de recursos do governo (Bravo 2006 p. 5).

No governo militar (1964 – 1984), a Política Nacional de Saúde encarou permanente tensão entre o aumento dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, e os interesses originados das vinculações burocráticas entre os setores: estatal, empresarial médico e a incidência do movimento sanitário. As reformas realizadas na estrutura da organização não foram capazes de reverter à ênfase dada à política de saúde. O Ministério da Saúde retomou as medidas de saúde pública, que embora de forma limitada, aumentaram as dificuldades vividas pelo Sistema Nacional de Saúde na referida época.

Nesta direção se produziu a política de saúde do período militar, na qual foi coerente com a política econômica, onde a mesma preconizava um crescimento acelerado com uma elevada taxa de produtividade, combinada a baixos salários para a massa trabalhadora. A política de saúde da época desfavoreceu a maioria das categorias, mas beneficiou os trabalhadores especializados, os técnicos e os quadros superiores de empregados nos setores de ponta da economia (LUZ, 1988).

¹ A Fundação Rockefeller foi criada em 1913, no contexto da remodelação dos códigos sanitários internacionais, vivenciada no início do século XX. Chegou ao Brasil em 1916 e logo entrou em contato com importantes cientistas do país. No entanto, data de 1923 o estabelecimento do seu convênio com o governo brasileiro, que garantiu a cooperação médico-sanitária e educacional para programas de erradicação das endemias (FIOCRUZ, 2013).

A política de saúde na década de 1980 apresentou como aspectos centrais, a politização da questão saúde, a partir da alteração da norma constitucional, da mudança do arcabouço e das práticas institucionais. Destacou-se a politização da saúde, como uma das primeiras metas que foi implementada com o objetivo de enraizar o nível da consciência sanitária, e também alcançar visibilidade necessária para incluir suas demandas na agenda governamental. Com isso, garantir o apoio político na implementação das mudanças necessárias. A 8ª Conferência² foi o acontecimento mais importante neste contexto (BRAVO, 2006 *apud* TEIXEIRA, 1989, p. 11).

Os diversos grupos da sociedade, os quais estavam envolvidos no debate das políticas de saúde dos anos 80, estiveram de acordo, quanto ao papel do Estado como coordenador e gestor dos planos, programas e serviços de saúde. Os setores progressistas reivindicaram uma ampliação desse papel, fazendo desse ponto uma 'questão fechada' da reforma sanitária (LUZ, 1988).

Nos anos 1990, há um redirecionamento do papel do Estado, a proposta da Política de Saúde que foi erguida na década de 1980 foi sendo desconstruída nesse período, a Saúde foi vinculada ao mercado, enfatizando-se as parcerias com a sociedade civil, tendo essa responsabilidade de assumir os custos da crise.

Para redução destes custos, há uma manifestação na utilização de agentes comunitários e 'cuidadores', para realizarem atividades profissionais do tipo filantrópicas, ou seja, ajudar ao próximo sem fins lucrativos através de trabalho voluntário, apoiando instituições que têm o propósito específico de ajudar os cidadãos a melhorar de vida. Além disso, segundo Bravo (2006), houve uma omissão do governo federal na fiscalização e regulamentação das ações para a saúde em geral, e também um descumprimento constitucional e legal em relação ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Para o governo do ano de 2000, Bravo (2006 p. 18) ressaltou a relevância dos seguintes eventos em relação à inovação na política de saúde: o retorno da concepção da Reforma Sanitária que, nos anos 90, foi totalmente abandonada; a escolha de profissionais comprometidos com a luta pela Reforma Sanitária para ocupar o segundo escalão do Ministério; as alterações na estrutura organizativa do Ministério da Saúde, sendo criadas quatro secretarias e extintas três; a convocação extraordinária da 12ª Conferência Nacional de Saúde³ e a sua realização em dezembro de 2003; a participação do ministro da saúde nas reuniões do Conselho Nacional de Saúde e a escolha do representante da Central Única dos Trabalhadores (CUT) - para assumir a secretaria executiva do Conselho Nacional de Saúde, ainda no atual governo, BRAVO, 2006, resalta alguns aspectos pertinentes ao prosseguimento da política de saúde do ano de 1990, como seguem: a ênfase na focalização, precarização e terceirização dos recursos humanos, no desfinanciamento e na falta de vontade política para viabilizar a concepção da Seguridade Social.

Por outro lado, 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

² O fato marcante e fundamental para a discussão da questão Saúde no Brasil ocorreu na preparação e realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, em Brasília - Distrito Federal. O temário central versou sobre: I A Saúde como direito inerente a personalidade e à cidadania; II Reformulação do Sistema Nacional de Saúde, III Financiamento setorial (Bravo, 2006).

³ A 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) teve como objetivo definir orientações para o plano plurianual de saúde do governo e as principais diretrizes a serem incorporadas ao sistema de saúde.

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 29⁴ 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, elaboradas pelo governo, a próxima seção se centrará na análise da Política Nacional de Atenção Cardiovascular.

2.2 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://bvsmms.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

⁴ 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

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 referida 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.

3. Metodologia

Como procedimentos metodológicos para realizar este a aplicação do modelo de análise de política pública, foram utilizados pesquisa secundária e pesquisa de campo. No primeiro caso foram tomados por referência sites e documentos oficiais, particularmente aqueles relacionados ao Ministério da Saúde (MS), Banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS), Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Secretarias estadual e municipal de Saúde Pública entre outros pertinentes ao tema.

Sobre a pesquisa de campo junto ao ASPIL de Saúde relacionado à Cardiologia, vale ressaltar que foram realizadas entrevistas, junto aos principais atores. O modelo do instrumento (roteiro de entrevista) são utilizados e recomendados pela RedeSist.

As instituições entrevistadas em Caruaru foram divididas em:

- Organismos de Promoção, Representação e Apoio;
- Instituições de ensino e pesquisa;
- Fornecedores;
- Prestadores de serviços;
- Consumidores;
- Órgãos de Regulação, Fiscalização e Financiamento.

Os Organismos de Promoção, Representação e Apoio que atuam no ASPIL de saúde de Caruaru são: 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).

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 a distância. São encontrados 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).

Os fornecedores do Subsistema de Saúde foram identificados como a indústria farmacêutica em Caruaru, de equipamentos médicos e de materiais de consumo. Os prestadores de serviços são os hospitais e ambulatórios encontrados no subsistema, os consumidores, que fazem parte do mercado, são atendidos por esses prestadores de serviços.

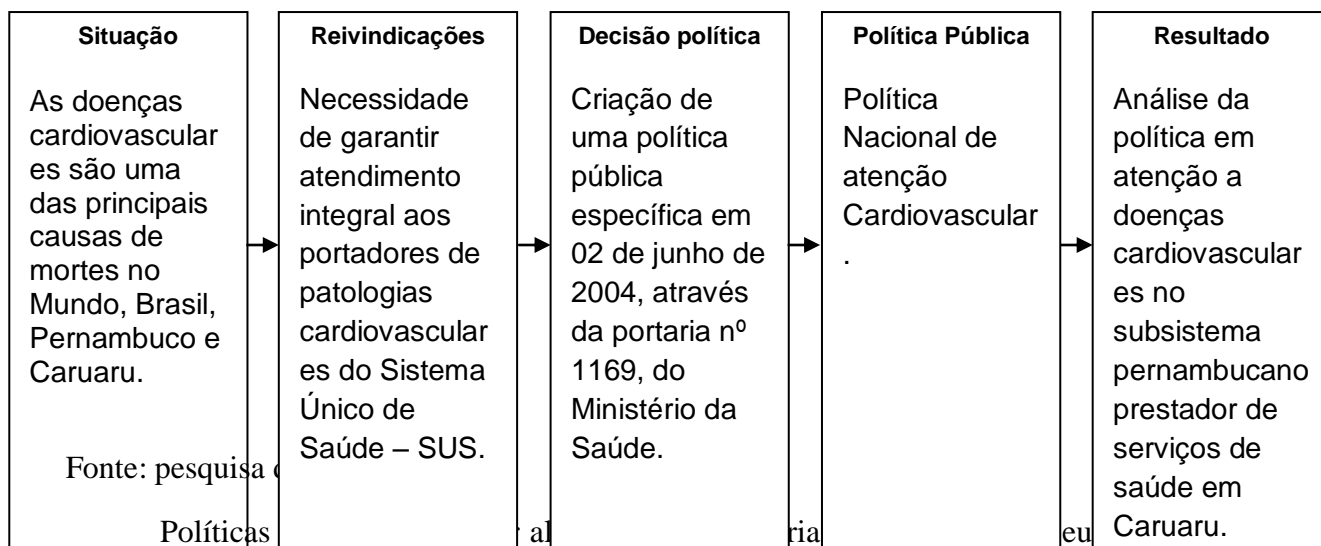
Os órgãos que atuam na regulação do Subsistema são: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); Vigilância Sanitária de Caruaru (VISA); Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e o Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial (INMETRO). Já os órgãos fiscalizadores são: 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 subsistema são: Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES); Banco do Nordeste (BNB); Banco do Brasil (BB) e a Caixa Econômica Federal (CEF).

4. Resultados

A partir do modelo de análise de políticas pública, analisam-se os resultados que a referida política alcançou nos segmentos de saúde, a partir das entrevistas realizadas com os atores do ASPIL, sendo eles produtores de serviços de saúde; infraestrutura de

conhecimento; componentes do arcabouço institucional e político. Quanto à pesquisa de campo, esta foi realizada nos meses de setembro e outubro de 2013, oportunidade em que foi realizada a coleta de dados primários, os quais são fundamentais para o entendimento e explicação do problema da pesquisa. Pode-se observar a aplicação do modelo abaixo:

Quadro 1 – Modelo de análise de política pública de saúde



vital diante das evidentes necessidades dessa população. Há um grande número de instituições relacionadas à saúde e isso requer que sua dinâmica seja entendida, para redirecioná-la de modo que os benefícios advindos da inovação, cooperação e do conhecimento sejam revertidos para a população alvo da política.

Organizar 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. Considerando este cenário, os gestores políticos decidiram regionalizar a assistência à saúde através de um processo de descentralização, conforme a seguir regulamentado.

A 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”.

Neste sentido, 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 Regionalização⁵ da atenção à saúde, onde 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.

Neste sentido, este trabalho identificou que, 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 é formada por 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).

Em relação aos resultados da pesquisa de campo direta, foi observado que Caruaru desenvolve visões e valores econômicos, sociais e culturais próprios que contribui para 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. No entanto, na área de saúde a detrimento da perspectiva do território, a dimensão geográfica é a considerada pelas instituições na construção de políticas. Neste sentido, o município é superado em termos de aglomeração de atendimento a saúde no estado por Recife, núcleo de saúde da I GERES, por ser uma cidade localizada na região interiorana, Agreste.

O recorte de análise e de ação da política estudada ao invés de ser o território gerador dos processos produtivos, inovativos e de cooperação com vistas aos serviços

⁵ 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. Ministério da Saúde

de saúde voltados para as doenças cardiovasculares, é a denominada IV GERES instituída pela política Ministerial e delegada pelo Governo do Estado aos municípios. Esta perspectiva vem sendo utilizada como parâmetro para avaliação da política pelas instituições.

Em Caruaru, há uma participação e interação no subsistema 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).

Verificando os processos de geração, compartilhamento e socialização de conhecimentos no subsistema 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 é de Caruaru e 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 sobrepõem à política nacional de atenção cardiovascular.

Em Caruaru, a 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, são formais e informais. 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 contribui para ampliação da capacidade produtiva e inovativas 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 do subsistema de saúde 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. 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 subsistema analisado é de responsabilidade da IV GERES.

O grau de enraizamento corresponde geralmente às articulações e ao envolvimento dos diferentes atores dos ASPILs, 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 subsistema estudadas são articuladas no sentido, de que elas formam mãos de obra local e especializada para os hospitais e clínicas do ASPIL.

Por exemplo: i) o SENAC capacita a mão de obra que é absorvida pelas instituições de atendimento à saúde do ASPIL; 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 dos atores do ASPIL ligados diretamente ao tratamento de pacientes com diversas doenças entre elas as cardiovasculares. Outro tipo de articulação importante, que revela o grau de enraizamento no ASPIL, refere-se 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.

De acordo com o levantamento de informações através de pesquisas diretas e indiretas, as características do ASPIL acima resumidas são detalhadas a seguir por instituições entrevistadas e atores do subsistema de saúde estudado, os quais já foram citados na metodologia deste trabalho. A partir da ilustração do ASPIL a seguir, foi possível caracterizar de forma mais detalhada o ASPIL estudado, observando, as interações interinstitucionais e as falhas de execução das políticas de saúde voltadas para as doenças cardiovasculares.

Conclusão

O foco da Política Ministerial delegada pelo Governo do Estado é executada pelos municípios. 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.

Neste sentido, destaca-se o problema do aspecto da atualidade do acesso a saúde, este problema é grave, e atinge não só os serviços públicos, mas também 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 usuários e transfere este problema para o atendimento público da saúde. Nesse aspecto, a gravidade se aguça quando se refere aos casos de emergências cardiovasculares, por serem fatais e necessitarem de atendimento de alta complexidade.

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 sistema de saúde do município, ampliando 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.

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>. 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> 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