

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO – UFRPE

RAFAELA RODRIGUES LINS

**ESTUDO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE EM CARUARU COM ÊNFASE
EM DOENÇAS CARDIOVASCULARES**

**RECIFE
2013**

RAFAELA RODRIGUES LINS

**ESTUDO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE EM CARUARU COM ÊNFASE
EM DOENÇAS CARDIOVASCULARES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração e Desenvolvimento Rural da Universidade Federal Rural de Pernambuco, como requisito para obtenção do título de Mestre em Administração e Desenvolvimento Rural.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Lúcia Maria Góes Moutinho

**RECIFE
2013**

RAFAELA RODRIGUES LINS

**ESTUDO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE EM CARUARU COM ÊNFASE
EM DOENÇAS CARDIOVASCULARES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração e Desenvolvimento Rural da Universidade Federal Rural de Pernambuco, como requisito para obtenção do título de Mestre em Administração e Desenvolvimento Rural.

Aprovado em: 20/12/2014.

Banca examinadora:

Prof. Dra. Lúcia Maria Góes Moutinho
PADR /UFRPE (Orientadora)

Prof. Dr. Luiz Rodrigues Kehrlé
PADR /UFRPE (Examinador interno)

Prof. Dr. Luís Henrique Romani Campos
FUNDAJ (Examinador Externo)

Prof. Dr. Lautemyr Xavier Cavalcanti Canel
SUDENE (Examinador Externo)

Dedico este trabalho primeiramente a minha mãe Ivonize, ao meu irmão Rafael, meu namorado Rívson, a todos os meus familiares e amigos que tanto torceram por mim.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a minha mãe Ivonize, ao meu irmão Rafael, meu namorado Rívson, pelo carinho, atenção, apoio e principalmente pela paciência, entendendo as minhas ausências, pois sem vocês este trabalho teria sido muito mais difícil. E a toda família por acreditar sempre no meu potencial.

A minha querida orientadora, professora doutora Lúcia Maria Góes Moutinho, por todo esforço, ensinamento, apoio e dedicação durante todas as fases de elaboração dessa dissertação.

A todos os professores do quadro PADR/UFRPE, que ao longo do curso demonstraram dedicação, ensinamentos e dinâmicas que contribuíram para conclusão deste trabalho. Aos professores Dr. André Melo, Dr. José Ferreira Irmão, Dr. Romilson Cabral, Dr. Horst Moller, Dr^a Vicentina Ramires, Dr^a Gisléia Benini, Dr^a M^a Gilca Xavier, Dr^a Emília Moreira, Dr. Tales Vital, Dr. Almir Menelau, Dr. Rodolfo Araújo. Ao amigo e professor José de Lima Albuquerque, por todas as mensagens de estímulos e motivação, onde me serviram de apoio.

Aos membros da banca prof. Dr. Luiz Rodrigues Kehrle, prof. Dr. Luís Henrique Romani e o prof. Dr. Lautemyr Canel, por aceitar o convite de integra-se a banca examinadora.

Aos amigos e colegas de mestrado pelos momentos de descontração, pela troca de conhecimentos, amizades e solidariedade. Em especial aos amigos Adherbal Lins e Andresa Lydia por todos os momentos que passamos juntos. Aos amigos Vilane, Élide, Tarcísio, Pollyana, João Paulo, Joabson, Priscila, Lia, pela palavras de força e carinho durante esses longos 22 meses. A Lindinalva e Lorena, funcionárias da secretaria do PADR/UFRPE. Aos funcionários da SOLL, em especial a minha querida amiga Eliane, por todos os momentos felizes que passamos juntas, ao grande amigo Mário, por todos os galhos quebrados.

A Comissão para o Aperfeiçoamento do Pessoal de Nível Superior - CAPES por seu apoio financeiro durante o curso de mestrado.

A Prefeitura Municipal de Caruaru, Secretária Municipal de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde (IV GERES), Associação Comercial e Industrial de Caruaru - ACIC, Câmara Setorial da Saúde, Serviço Brasileiro de Aprendizagem Comercial - Unidade Caruaru, Sindicato dos Médicos de Caruaru – SIMEPE, Hospital do Coração de Caruaru – HCC.

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 apresentaram 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. Por outro lado, pesquisas que subsidiem os *policy makers* na configuração das políticas são praticamente inexistentes no interior do Estado. Neste sentido, a partir de uma perspectiva crítica da atuação das instituições do atual sistema de saúde, a presente dissertação contribui a partir da metodologia de arranjos, sistemas produtivos e inovativos de locais com um estudo sobre as políticas públicas de atenção cardiovascular. Em Caruaru no Agreste Central de Pernambuco, segundo o subsistema de saúde do Estado, em dimensão do público alvo assistido e da infraestrutura ofertada em conclusão, destacam-se: a) Há no ASPIL um grande número de instituições local, relacionadas à saúde que requerem uma dinâmica direcionada à ampliação dos benefícios advindos de um melhor funcionamento do ASPIL, baseado na inovação, cooperação e conhecimento que se traduza em benefício da população alvo da política; b) Há um comprometimento da percepção e do potencial, pelas instituições de cooperação no ASPIL que inibe as políticas de estímulo à transmissão do conhecimento de novas iniciativas, através das atividades e experiências bem sucedidas já desenvolvidas entre atores do ASPIL. Com base nestas observações, são apresentadas as seguintes sugestões de ações e de políticas: i) 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 privadas; ii) melhorar a 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; iii) aumentar e reforçar a 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; iv) intensificar as 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; v) incluir na análise do local 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, que são importantes para a redução de custos das ações que permite a maior aproximação com os receptores da política, e da população beneficiada; vi) estimular financeiramente as pesquisas sobre o ASPIL nas universidades, para que se tenha maior clareza dos caminhos que possibilitem alcançar de forma mais eficiente os objetivos da política.

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

ABSTRACT

The cardiovascular diseases are those which promote the highest number of deaths in the world and Brazil follows this trajectory. The state of Pernambuco as well as the capital and Caruaru have 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 increasing and obvious needs of the population. On the other hand, studies that support the policy maker in policy are virtually nonexistent in the State hinterland. In this regard, from a critical perspective on the role of institutions in the current health system, this dissertation contributes from the methodology of arrangements and local production and innovation systems with a study on public policies in cardiovascular care in Central Caruaru Agreste region of Pernambuco, according to state health subsystem in dimension of target audience watched and infrastructure offered. In conclusion, attention is drawn to: a) there is in ASPIL a large number of local health-related institutions that require a dynamic directed to the extension of the benefits of a better functioning of ASPIL, based on innovation, cooperation and knowledge that translates into benefits for the target population policy, b) there is a commitment by the institutions of the perception of the potential for cooperation in ASPIL that inhibits policies to stimulate knowledge transfer of new initiatives, and through the activities already carried out between actors of ASPIL. Based on these observations, it is present the following suggestions for policy action: i) promote policies that encourage coordination between actors coordinating ASPIL with medical providers, ie, hospitals and public and private clinics; ii) improve the training of professionals both technical and higher level with the expansion of courses in health techniques in local schools and universities, focused on cardiovascular diseases; iii) increase and strengthen the infrastructure of higher education for specific training of medical professionals with specializations in the ASPIL preventive treatments, as well as medium and high complexity; iv) intensifying relations of buying and selling within the ASPIL between the government and local suppliers with a view to provide the supply of inputs and equipment, including specialized stimulate local production; v) include in the local analysis that precedes the development of the notion of political territory for the utilization of tacit knowledge and its transmission channels that feed back into cooperation and dissemination of innovation, as important for cost reduction actions and a closer relationship with the recipients of policy, population served, and, vi) financially stimulate research on ASPIL in universities, in order to have greater clarity of policy goals and ways to achieve them more efficiently.

Keywords: Public Policy. National Policy for Cardiovascular Care. Arrangement Production System and Innovative Health Care of Caruaru-PE.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACIC	Associação Comercial e Industrial de Caruaru
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ASCES	Associação Caruaruense de Ensino Superior
ASPIL	Arranjo e Sistema Produtivo Inovativo Local
CEF	Caixa Econômica Federal
CEIS	Complexo Econômico e Industrial da Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CREMEPE	Conselho Regional de Medicina de Pernambuco
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CSS	Câmara Setorial de Saúde
DATASUS	Banco de Dados do Sistema Único de Saúde
DCV	Doenças Cardiovasculares
FAVIP	Faculdade Vale do Ipojuca
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GERES	Gerência Regional de Saúde
HRA	Hospital Regional do Agreste
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IUNEBRASIL	Instituto Unificado Europeu do Brasil
INMETRO	Instituto Nacional de metrologia, Normalização e Qualidade Industrial
MS	Ministério da Saúde
OEA	Organização dos Estados Americanos
PADR	Programa de Pós-Graduação em Administração e Desenvolvimento Rural
PDR	Plano Diretor de Regionalização
P&D	Pesquisa e Desenvolvimento

PIB	Produto Interno Bruto
REDESIST	Rede de Pesquisa em Sistemas Produtivos e Inovativos Locais
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SENAC	Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial
SES/PE	Secretaria estadual de saúde de Pernambuco
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SIMEPE	Sindicato dos Médicos de Pernambuco
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SPIL	Sistema Produtivo Inovativo Local
SPS	Subsistema Pernambucano de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UFRPE	Universidade Federal Rural de Pernambuco
UNIDERP	Universidade Anhanguera

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Complexo Econômico-Industrial da Saúde - CEIS	27
Figura 2 – Modelo sistêmico de análise de políticas públicas	31
Figura 3 – Modelo heurístico de análise de políticas públicas	32
Figura 4 – Macrorregionalização da Saúde de Pernambuco	40
Figura 5 – Distribuição espacial das Gerências Regionais de Saúde – GERES/PE	40

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Número de óbitos no Brasil - Causa da morte segundo a	
Classificação Internacional de Doenças – CID 10	45
Tabela 2 – Número de óbitos em Pernambuco - Causa da morte segundo a	
Classificação Internacional de Doenças – CID 10	46
Tabela 3 – Número de óbitos em Recife - Causa da morte segundo a	
Classificação Internacional de Doenças – CID 10	47
Tabela 4 – Número de óbitos em Caruaru - Causa da morte segundo a	
Classificação Internacional de Doenças – CID 10	48
Tabela 5 – Percentual de mortes causadas por doenças cardiovasculares	49
Tabela 6 – Estabelecimentos de saúde no município de Caruaru	72

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Aspectos comuns das abordagens de aglomerados locais	21
Quadro 2 – Principais ênfases das abordagens usuais de aglomerados	21
Quadro 3 – Caracterização do ASPIL segundo a RedeSist	25
Quadro 4 – Modelo de ERSON	36
Quadro 5 – Relação dos municípios e principais hospitais das XII GERES/PE	41
Quadro 6 – Políticas, Programas, Projetos e ações preventivas a doenças cardiovasculares no Brasil em 2013.....	55
Quadro 7 - Caracterização do ASPIL de saúde de Caruaru-PE Erro! Indicador não definido.	
Quadro 8 – Grupos Industriais do ASPIL.....	71

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO-METODOLÓGICA.....	18
2.1	Aglomeraciones Produtivas e Territorialidade	18
2.1.1	Arranjo e Sistema Produtivo e Inovativo Local.....	22
2.1.2	Adaptação do modelo teórico de ASPIL ao sistema de saúde.....	26
2.2	Políticas Públicas	30
2.3	Metodologia	32
3	ESPACIALIZAÇÃO DOS SUBSISTEMAS DE SAÚDE	38
3.1	Espacialização e Dinâmica dos Subsistemas de Saúde em Pernambuco com Ênfase no Município de Caruaru.....	38
3.2	Espacialização das Doenças Cardiovasculares	44
4	ANÁLISE DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE	51
4.1	Políticas Públicas para Saúde.....	51
4.2	Política Nacional de Atenção Cardiovascular	54
5	INTERAÇÕES INTERINSTITUCIONAIS E SUAS FALHAS NA EXECUÇÃO DA POLÍTICA	59
5.1	Caracterização do ASPIL de saúde de Caruaru.....	59
5.2	Organismos de Promoção, Representação e Apoio	64
5.2.1	Câmara Setorial de Saúde (CSS).....	64
5.2.2	Sindicato dos Médicos de Pernambuco – SIMEPE.....	66
5.3	Instituições de ensino e pesquisa.....	69
5.3.1	Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC).....	69
5.4	Fornecedores	70
5.5	Prestadores de serviços	73
5.5.1	Hospital do Coração de Caruaru (HCC).....	73
5.6	Consumidores.....	75
5.7	Órgãos de Regulação, Fiscalização e Financiamento.....	76
5.7.1	Secretaria Municipal de Saúde de Caruaru	76
5.7.2	Secretaria Estadual de Saúde – IV GERES.....	78

6 CONCLUSÃO.....	81
REFERÊNCIAS.....	87
ANEXO A – POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - PRINCÍPIOS E/OU DIRETRIZES 93	
ANEXO B – ROTEIRO PARA ENTREVISTAS COM AS INSTITUIÇÕES DE ENSINO E PESQUISA (ESCOLAS TÉCNICAS, UNIVERSIDADES, CENTROS TECNOLÓGICOS, ETC):.....	101
ANEXO C – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM ENTIDADES DE REPRESENTAÇÃO.....	102
ANEXO D – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM ORGANISMOS DE PROMOÇÃO 103	
ANEXO E – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM REPRESENTANTES PÚBLICOS 104	
ANEXO F – IDENTIFICAÇÃO DOS PRINCIPAIS ATORES DO ASPIL DE CARUARU E OS MÉTODOS DE PESQUISA UTILIZADOS PARA ACESSA-LOS. 106	
ANEXO G – 7 LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990.	108
ANEXO H – DECRETO Nº 7.508, DE 28 DE JUNHO DE 2011.	121

1 INTRODUÇÃO

A presente dissertação trata-se do estudo das políticas públicas a partir de uma perspectiva crítica do atual sistema de saúde, com ênfase nas instituições que dele participam. Especificamente, trata das doenças cardiovasculares em Caruaru, por ser o segundo subsistema de saúde do estado de Pernambuco, localizado no Agreste Central.

Desse modo, 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).

Observa-se que é constitucional o direito a saúde para todos os brasileiros e dever do estado garantir, como descrito no artigo 196 da Constituição de 1988:

A saúde é direito de todos e dever do estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas visando à redução do risco de doenças e de outros agravos ao acesso universal e igualitário, às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Mediante isto, o artigo 198 define o SUS do seguinte modo:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III. Participação da comunidade Parágrafo único - o sistema único de saúde será financiado, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

Ao ser idealizado, o SUS foi definido como um conjunto de serviços e ações de saúde que são prestados por órgãos e instituições públicas de âmbito federal, estadual e municipal, bem como, poderia contar com a iniciativa privada, só que de forma complementar.

Abaixo são apresentados os princípios doutrinários para o SUS:

UNIVERSALIDADE - o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais;

EQUIDADE - é um princípio de justiça social que garante a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. A rede de serviços deve estar atenta às necessidades reais da população a ser atendida;

INTEGRALIDADE - significa considerar a pessoa como um todo, devendo as ações de saúde procurar atender a todas as suas necessidades.

Sendo estes suficientes para a promoção das transformações e para a construção de um modelo de prestação de serviços básicos e de atenção à saúde da população. O SUS é subdividido em três níveis: Atenção básica à saúde, que é o primeiro nível do sistema; O nível intermediário que é referente à atenção de média complexidade; E o de atenção de alta complexidade que é caracterizado como terceiro nível.

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).

A escolha do foco de estudo desta dissertação enquadra-se na linha de pesquisa do Programa de Pós-Graduação em Administração e Desenvolvimento Rural (PADR) da universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE), “Políticas Públicas e Desenvolvimento Rural” e atende a um dos principais objetivos pretendidos neste curso de pós-graduação ao contribuir com estudo direcionado ao desenvolvimento do interior do estado e conseqüentemente do Nordeste Brasileiro. Portanto, baseia-se nos seguintes pontos:

- i) No fato dos estudos sobre os subsistemas de saúde no interior do estado a serem escassos, deixando um vazio de pesquisas e análises que subsidiem as políticas de desenvolvimento local;
- ii) No desafio de um grande número de instituições de saúde em manter uma dinâmica de funcionamento que traduza os benefícios da inovação, cooperação e do conhecimento para o atendimento da população interiorana do estado através de políticas, além de se observar que tanto no Brasil como no resto do mundo têm-se presenciado um aumento significativo destas doenças, as quais representam uma das causas mais frequentes da mortalidade, impondo no Brasil, em especial ao SUS, o consecutivo aumento de procedimentos de alta complexidade em cardiologia;

iii) Na importância das políticas públicas voltadas para a saúde, entre outros vetores do desenvolvimento, sendo um dos objetivos prioritários dos governos federal, estadual e municipal, alcançarem a população que se encontra abaixo da linha da pobreza considerada “invisível” e, concentrada no interior do estado sendo inatingíveis por essas políticas.

Essa importância se traduz no montante de recursos que o governo disponibiliza para o segmento da saúde pública, como pode ser verificado nos dados publicados pelo Ministério da Saúde para o ano de 2013, oportunidade em que foi orçado cerca de 99,2 bilhões de reais, equivalente a 4,58% do Produto Interno Bruto (PIB), contando Estados e Municípios.

Outro dado importante que sinaliza a necessidade desses recursos refere-se à insuficiência de leitos e de estabelecimentos de saúde. Ocorre que a população demandante dessa infraestrutura e dos serviços médicos é crescente em todo o país, fato que provoca uma demanda maior do que a oferta disponível pelas redes pública e privada.

A importância da interiorização do atendimento à saúde no estado de Pernambuco, ressalta a necessidade de estudar neste cenário com maior profundidade, considerando que Caruaru é o segundo maior subsistema de saúde do estado. Ele contribui com a diminuição da migração para a capital do estado, acomodando a população atendida em seus municípios. No que se refere às doenças que requerem atendimento de alta complexidade e, entre elas as doenças cardiovasculares, Caruaru oferece à população, exames tais como: tomografia computadorizada, ultra-sonografia, eletrocardiograma, ecocardiograma.

Sendo assim, levanta-se a seguinte questão de pesquisa deste trabalho de dissertação: Quais são as falhas das interações interinstitucionais que dificultam a formulação e a execução de políticas públicas eficientes voltadas para doenças cardiovasculares no Arranjo e Sistema Produtivo e Inovativo Local (ASPIL) da cidade de Caruaru?

A resposta a esta questão foi pesquisada neste trabalho com o objetivo geral de avaliar as Políticas Públicas implementadas no ASPIL de Caruaru-PE, numa perspectiva das interações entre as instituições envolvidas com ênfase nas doenças cardiovasculares. Diante deste objetivo geral, surgem três objetivos específicos, os

quais foram elucidados ao longo do trabalho, que são: apresentar a espacialização do Sistema de Saúde no Estado, na Capital e no Município de Caruaru-PE. As doenças cardiovasculares; analisar a Política Nacional de Saúde com ênfase em doenças cardiovasculares em Caruaru; Identificar as interações interinstitucionais e suas falhas na execução das políticas de saúde voltadas para as doenças cardiovasculares no ASPIL de saúde de Caruaru-PE.

O presente trabalho encontra-se organizado em quatro capítulos além desta introdução e das conclusões. O segundo capítulo apresenta a fundamentação teórico-metodológica usada na pesquisa. Visando o melhor entendimento. No terceiro capítulo é apresentada a contextualização do problema da pesquisa bem como a espacialização e dinâmica dos Subsistemas de Saúde em Pernambuco e no município de Caruaru com ênfase em doenças cardiovasculares. No quarto capítulo discuti-se a Política Nacional de Saúde, em especial aquela voltada para tais doenças. As interações interinstitucionais e suas falhas na execução das políticas de saúde no município de Caruaru são vistas no quinto capítulo. A conclusão deste trabalho mostra as falhas interinstitucionais com vistas à aplicação e análise da política pública, bem como, a visão futura dos atores do ASPIL.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO-METODOLÓGICA

Apresentar alguns aspectos teórico-conceituais que ofereceram suporte à elaboração desta pesquisa dissertativa, como objetivo do presente capítulo. Dentre os conceitos necessários implementadas ao desenvolvimento da análise das Políticas Públicas no ASPIL de Caruaru, numa perspectiva das interações entre as instituições envolvidas, com ênfase nas doenças cardiovasculares, destacou-se os de: aglomeração produtiva; arranjo e sistema produtivo e inovativo local ASPIL; Políticas Públicas; bem como outros conceitos complementares.

2.1 Aglomerações Produtivas e Territorialidade

Para situar a trajetória teórico-conceitual da dissertação, o ponto de partida é o conceito de aglomeração produtiva, uma vez que, Caruaru abriga uma significativa aglomeração de estabelecimentos prestadores de serviços de saúde e ocupa a

segunda posição no ranking desses serviços no Estado de Pernambuco. Para tanto, percorrendo as bibliografias disponíveis sobre o tema, encontram-se na literatura diversas abordagens que mostram a evolução deste conceito, desde sua aplicação a economias desenvolvidas até as adaptações necessárias a sua utilização para economias em desenvolvimento.

Vale salientar que não existe consenso entre as nomenclaturas dos referidos conceitos utilizados, a exemplo de MARSHALL (1982) e PORTER (1989). O primeiro destaca a concentração de indústrias como ilustração da divisão de trabalho, o que aumenta a eficácia produtiva das empresas, e com isso, pode gerar ganhos de escala, como externalidades positivas, os quais são pontos cruciais para o desenvolvimento econômico de uma região.

Por outro lado, Porter (1989) denominou de cluster as aglomerações produtivas e as definiu como “Concentrações geográficas de empresas e instituições interconectadas em um campo particular”. Segundo ele, a competição nos clusters é afetada de três maneiras: estimulando a formação de novos negócios que os expandam e os fortificam, aumentando assim a produtividade das empresas localizadas na mesma área, direcionando e dando ritmo para que as inovações contribuam para o crescimento da mesma.

As experiências de aglomerações produtivas em países desenvolvidos são responsáveis pelo maior número de literatura acerca do assunto, porém, cada vez mais é crescente o interesse de estudos nos países em desenvolvimento, incluindo o Brasil, observando-se a importância deste conceito de aglomerado de empresas competitivas nesses países Schmitz e Nadvi, (1999, p. 03).

Isto se reflete, como percebido por Cassiolato & Szapiro (2003, p. 03), no uso do referido conceito em algumas organizações como centros de pesquisas, organismos governamentais e consultorias, que estão realizando diversos estudos sobre aglomerações, onde a especialização e a competitividade econômica são estudadas em um contexto de perspectiva de interações. Nesta direção, o próprio conceito de aglomeração tornou-se mais articulado, pois um importante passo foi a ligação da ideia de aglomeração com a ideia de “redes”, principalmente quando se trata do contexto de cadeias de fornecimento ao redor de empresas “âncoras”.

Apesar de distintos, as abordagens e conceitos sobre aglomerados produtivos, apresentam fortes similaridades, no que se refere à estrutura, operação e os atores envolvidos, em relação às diferenças, estas são apresentadas e relacionadas às especificidades dos casos empíricos analisados e ao peso dado a determinadas características ou vantagens dos aglomerados (Cassiolato & Szapiro, 2003).

Assim apresentam-se a seguir (nos quadros 1 e 2) a síntese de autoria de Lemos (1997) destacando os pontos comuns referentes às principais características das diversas abordagens de aglomerações produtivas na literatura. Considerando que o estado tem papel importante no pensar e executar políticas, para estes aglomerados, vale destacar no segundo quadro a relação entre estas abordagens e o papel que assume o estado em cada uma delas.

Quadro 1 – Aspectos comuns das abordagens de aglomerados locais

Localização	Proximidade ou concentração geográfica
Atores	Grupos de pequenas empresas; Pequenas empresas nucleadas por grande empresa; Associações, instituições de suporte, serviços, ensino e pesquisa, Fomento, financeiras, etc.
Características	Intensa divisão de trabalho entre as firmas; Flexibilidade de produção e de organização; Especialização; Mão de obra qualificada; Competição entre firmas baseadas em inovação; Estreita colaboração entre as firmas e os demais agentes; Fluxo intenso de informações; Identidade cultural entre os agentes; Relações de confiança entre os agentes; Complementaridades e sinergias.

Fonte: Lemos (1997).

Quadro 2 – Principais ênfases das abordagens usuais de aglomerados

Abordagens	Ênfase	Papel do Estado
Distritos Industriais	Alto grau de economias externas Redução de custos de transação	Neutro
Distritos Industriais Recentes	Eficiência coletiva – baseada em economias externas e em ação conjunta	Promotor e, eventualmente, estruturador
Manufatura Flexível	Tradições artesanais e especialização Economias externas de escala e escopo Redução de custos de transação Redução de incertezas	Indutor e promotor
Milieu inovativo	Capacidade inovativa local Aprendizado coletivo e sinergia Identidade social, cultura psicológica Redução de incertezas	Promotor
Parques científicos e tecnológicos	Property-based Setores de tecnologia avançada Intensa relação instituições de ensino, pesquisa/empresas Hospedagem e incubação de empresas Fomento à transferência de tecnologia	Indutor, promotor e, eventualmente estruturador
Redes locais	Sistema intensivo em informação Complementaridade tecnológica Identidade social e cultural Redução de incertezas	Promotor

Fonte: Lemos (1997).

Destacado anteriormente, baseado nos dois quadros expostos, percebe-se que a literatura de aglomerações produtivas possui várias abordagens, que além de

diversificadas não proporcionam limites precisos para os conceitos apresentados, observa-se a existência de diferentes classificações, as quais, estão relacionadas aos diferentes programas de pesquisa, conforme observado em COSTA (2011).

Neste sentido, pode-se relacionar um ponto de contato entre os conceitos de aglomeração produtiva, o de arranjo, o de sistema produtivo e inovativo local, este último desenvolvido pela Rede de Pesquisa em Sistemas Produtivos e Inovativos Locais (REDESIST) em parceria com o SEBRAE Nacional. Visto que, ambos sugerem que a territorialização atual é fundada em interdependências específicas da vida econômica de cunho local, e que trabalho e tecnologia possuem significados especiais (Cassiolato & Szapiro, 2003).

Nesta perspectiva, vale destacar as questões relativas à territorialização. Ela não pode ser definida apenas como localização da atividade econômica, pois, ela está ligada as interdependências específicas da vida econômica. Ou seja, no sentido que a dependência econômica está ligada aos recursos territoriais específicos, as relações de proximidade geográfica são constituídas em agentes valiosos, gerando externalidades positivas para esse sistema econômico. Uma atividade totalmente territorializada, pode ser observada quando sua viabilidade econômica está enraizada em ativos que não estão disponíveis em outros lugares e que não podem ser facilmente, ou rapidamente criadas, ou limitadas em lugares que não se pode encontrá-las conforme Storper (1997) *apud* Cassiolato & Szapiro (2003).

2.1.1 Arranjo e Sistema Produtivo e Inovativo Local

Esta dissertação parte de uma visão ampla do objeto de estudo, baseada em avaliar a realidade local, observando os canais de conexões por onde fluem o conhecimento, as atividades cooperativas para o aprendizado e a inovação. Permitindo captar no local, a exemplo de Caruaru, as dinâmicas do desenvolvimento do seu aglomerado de saúde, dando ênfase para as doenças cardiovasculares, receptor das políticas públicas, ora estudadas.

De acordo com Ferreira (2008), no Brasil, numerosos e intensos trabalhos de identificação de arranjos, sistemas produtivos e inovativos locais, desenvolvidos pelos pesquisadores associados à Rede de Pesquisa em Arranjos, Sistemas Produtivos e Inovativos Locais (RedeSist), tem consubstanciado o conhecimento das

dinâmicas territoriais. A Rede foi formalizada em 1997, com o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e da Organização dos Estados Americanos (OEA). Atualmente tem uma variedade de trabalhos de investigação de arranjos e sistemas produtivos inovativos locais, em todas as regiões brasileiras, que comprovam as especificidades das realidades locais, portanto, a “negação da globalização como inexorável característica do capitalismo atual” FERREIRA (2008, p. 99).

A abordagem de Arranjos e Sistemas Produtivos Inovativos Locais, desenvolvida pela RedeSist apresenta-se como uma das mais adequadas à análise das políticas públicas em relação àquelas que utilizam os conceitos de setores econômicos, aglomerações e cadeias produtivas ou mesmo empresas individuais, que estão subjacentes à noção de “local” e que são classificados em quatro linhas de trabalho por CASSIOLATO E LASTRES (2001, p. 17) como seguem:

- a. Economia neoclássica tradicional: economistas como Paul Krugman (1995), têm recolocado os retornos crescentes externos de escala na agenda da teoria econômica tradicional;
- b. Economia e gestão de empresas: Enfatiza a importância de fatores locais e da proximidade no processo de articulação de fornecedores, clientes e empresas rivais, que possibilitam vantagens competitivas na economia global;
- c. Economia política regional: o interesse da geografia econômica e da ciência regional na aglomeração industrial, tem contribuído para uma nova ênfase na região como umnexo de interdependências que não são comercializáveis;
- d. Economia neo-schumpeteriana: esta escola demonstra uma preocupação com o desenvolvimento tecnológico, observando uma ênfase significativa na importância do aprendizado por interação (entre produtor e usuário), numa forte associação entre inovação e difusão, no caráter localizado do processo inovativo associado a processos de aprendizado específicos e na importância do conhecimento tácito – não transferível – em tal processo.

Seguindo a linha de pesquisa neo-schumpeteriana, Campos e Alves (2004, p.

1) argumentam que:

A teoria evolucionista neo-schumpeteriana destaca a não-linearidade e a instabilidade das mudanças tecnológicas como fontes da variedade e complexidade da dinâmica econômica, em vez de entendê-las como fenômenos transitórios e perturbadores, como o faz o *mainstream* da teoria econômica. O enfoque evolucionário trata a mudança econômica como um processo irreversível, em que o tempo e a dinâmica complexa desempenham um papel essencial na compreensão da mesma. A abordagem dinâmica neo-schumpeteriana permite elaborar o conceito de sistemas de inovação como uma construção institucional que impulsiona o

progresso técnico. Além disso, partindo-se do ponto de vista que a economia é um sistema evolutivo que se encontra submetido sempre a mudanças devido a forças internas (derivadas em graus variados das mudanças técnicas) e externas, torna-se relativamente fácil mostrar que a análise da dinâmica econômica pode ser expressa por meio da matemática dos sistemas complexos cinegéticos.

Adotando-se a teoria Neo-Schumpeteriana, que se identifica através da abordagem evolucionista ou evolucionária, como uma das mais adequadas e completas para subsidiar este trabalho de dissertação, observa-se a introdução das noções básicas de busca de inovações, derivadas das empresas a partir da utilização de estratégias, e a seleção dos resultados econômicos dessas inovações, os quais, são desenvolvidos pelo mercado e outras instituições como centro de pesquisas e universidades, conforme observado em POSSAS, (2002).

Nesta direção, pode-se observar que a concepção de arranjos e sistemas produtivos inovativos locais, está na maioria das vezes, associada a movimentos históricos de construção, de identidades, de formação e de vínculos territoriais (regionais e locais), partindo de uma base social, cultural, política e econômica em comum. A compreensão de sistemas é mais adequada a desenvolver-se em ambientes propícios à interação, cooperação e confiança entre os atores. A ação de políticas, tanto públicas como privadas, pode contribuir para promover e instigar, ou até mesmo destroçar tais processos históricos de longo prazo LASTRES e CASSIOLATO (2005a).

Sendo assim, focalizam-se grupos de diferentes agentes do aglomerado produtivo de saúde de Caruaru e atividades conexas que usualmente caracterizam um Arranjo e Sistema Produtivo e Inovativo Local (ASPIL). Dessa forma, seguindo a linha teórico-conceitual da RedeSist, observa-se a caracterização dada ao conceito de ASPIL pela referida Rede, em seis eixos distintos, conforme observado no quadro 3, adiante:

Quadro 3 – Caracterização do ASPIL segundo a RedeSist

Eixo	Característica
Dimensão territorial	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.
Diversidade de atividades e atores econômicos, políticos e sociais.	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.
Conhecimento tácito	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.
Inovação e aprendizado interativos	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.
Governança	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).
Grau de enraizamento	Corresponde geralmente às articulações e ao envolvimento dos diferentes atores dos ASPILs 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).

A escolha do conceito de ASPIL elaborado pela RedeSist, em relação a outras metodologias, é justificável em vista da consonância observada entre a

referida abordagem e o tema desta dissertação. Isto é observado na citação a seguir:

(i) representa uma unidade de análise que vai além da visão baseada na organização individual (empresa), setor ou cadeia produtiva, permitindo estabelecer uma ponte entre o território e as atividades econômicas; (ii) focaliza grupos de atores (empresas e organizações de P&D, educação, treinamento, promoção, financiamento, etc.) e atividades conexas que caracterizam qualquer sistema produtivo e inovativo; (iii) cobre o espaço, onde ocorre o aprendizado, são criadas as capacitações produtivas e inovativas e fluem os conhecimentos tácitos; (iv) representa o nível no qual as políticas de promoção do aprendizado, inovação e criação de capacitações podem ser mais efetivas, LASTRES E CASSIOLATO, 2005b.

Destaca-se na literatura brasileira, o reconhecimento dessa abordagem por um grande número de autores¹, os quais reforçam e utilizam o conceito de ASPIL, como segue:

Arranjo e Sistemas Produtivos e Inovativos Locais (ASPILs) refere-se a conjuntos de atores econômicos, políticos e sociais, que partilham um mesmo território, articulando-se formal ou informalmente em busca de ganhos econômicos, através de atividades produtivas e inovativas e são identificados a partir de uma atividade produtiva central ou um conjunto de atividades correlacionadas, em torno da qual demais atores se articulam RedeSist, 2005.

A análise do espaço onde ocorrem os processos de interação, aprendizado, capacitação e inovação de saúde na cidade de Caruaru, bem como por onde fluem os conhecimentos tácitos, são imprescindíveis para identificar os níveis nos quais podem ser mais efetivas as políticas direcionadas ao sistema de saúde com foco nas doenças cardiovasculares. Para tanto, recorre-se a adaptação do modelo de ASPIL ao sistema de saúde desenvolvido por Gadelha (2002; 2003, 2006).

2.1.2 Adaptação do modelo teórico de ASPIL ao sistema de saúde

As questões relativas à produção e serviços de saúde podem ser abrangidas em uma abordagem de sistemas de base produtiva e inovativa, no qual o Estado assume papel de agente de desenvolvimento segundo a adaptação do modelo de ASPIL da RedeSist como mencionado anteriormente.

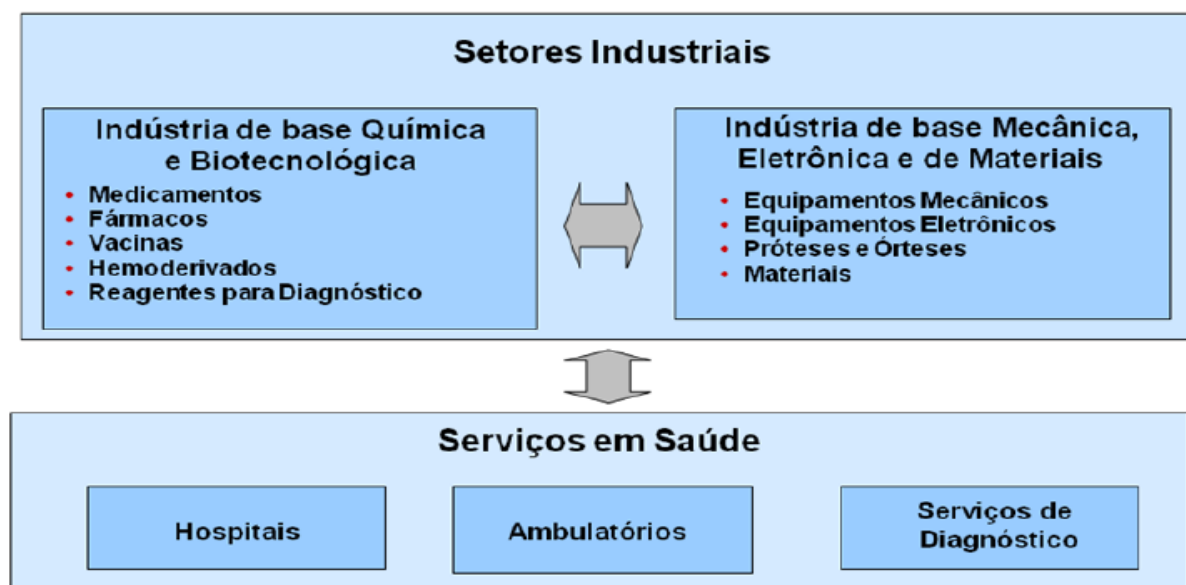
O sistema de saúde representa uma das áreas de maior dinamismo da economia nacional, pois desenvolve atividades de alta intensidade de inovação para

¹ Entre outros, Moutinho e Campos (2007), Moutinho *et al* (2010), Guimarães (2005), Ferreira (2008), Peixoto (2005), Apolinário e Silva (2010), Costa (2011), Lima (2013).

os novos paradigmas tecnológicos e pela existência de uma base produtiva de bens e serviços acentuados e, dentro de uma concepção ampliada do referido sistema, é que GADELHA (2002; 2003, 2006) concebe o modelo do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS).

Este modelo segue envolvendo um conjunto de indústrias que produzem bens de consumo, equipamentos especializados para a área de saúde e um conjunto de organizações prestadoras de serviços, que são as consumidoras dos produtos manufaturados pelo primeiro grupo, ou seja, organizam a cadeia de suprimento dos produtos industriais em saúde, articulando o consumo por parte dos cidadãos no espaço público e privado, caracterizando uma clara relação de interdependência, conforme podemos observar na figura abaixo (GADELHA, 2002; 2003, 2006).

Figura 1 – Complexo Econômico-Industrial da Saúde - CEIS



Fonte: Gadelha, 2010

A análise do Complexo Econômico Industrial da Saúde - CEIS encontra-se mais avançada em relação aos estudos de dinâmicas locais, de tal modo que nesse contexto, a abordagem do ASPIL torna-se mais relevante no sentido de compreender o sistema produtivo e inovativo local da saúde com base no território e de maneira sistêmica.

Em relação ao principal objeto de estudo desta dissertação, setor da saúde, apresenta um subsistema de serviços, o qual é o principal responsável pela dinamização dos subsistemas industriais do CEIS, pois observa um forte impacto

sobre a demanda dos produtos industriais. Além do que, o subsistema dos serviços, não somente recebe as inovações dos setores industriais, mas também possui capacidade endógena de inovação, apresenta interação (não linear) com fornecedores e clientes, é o principal subsistema em termos de geração de emprego e renda. Assim, ele é um lócus estratégico para o processo sistêmico de inovação, tornando-se o núcleo central de análise dos ASPILs da saúde (Gadelha, 2010).

Como observado, essa perspectiva de sistemas em saúde é relativamente nova, pois boa parte dos estudos tem como foco setores específicos da área, como por exemplo, biotecnologia e farmacêutica. Neste contorno, o entendimento das questões relativas à inovação, produção e serviços da saúde dentro do contexto de sistemas de inovação, mais especificamente, a partir da perspectiva do ASPIL da saúde, permite abrir uma alternativa para diminuir o “gap” entre as políticas sociais e as políticas industriais e de inovação (CASSIOLATO, 2012). É na direção das políticas sociais de saúde que esta dissertação centra esforços e apresenta sua contribuição.

Como resultado dos processos de aprendizagem e capacitação, a abordagem do sistema de inovação reforça o foco dispensado ao desenvolvimento, utilização e a difusão da inovação. Observa-se que a capacidade de inovação de um país ou região é resultado das relações entre os atores econômicos e não econômicos, em uma perspectiva histórico-cultural própria. Adota-se a perspectiva da formação do complexo produtivo da saúde como um dos elementos estruturantes da sociedade, visto que, a complexidade da relação entre os atores diversos influenciam e sofrem influência da saúde (CASSIOLATO e GADELHA, 2010).

Sendo assim, em atendimento aos objetivos deste estudo, justifica-se o uso da interpretação dos serviços de saúde através do referencial analítico e metodológico de ASPILs desenvolvido pela RedeSist e adaptado por Gadelha, pois este permite o mapeamento das infraestruturas institucionais, produtivas, tecnológicas no território, o conhecimento instalado e as potencialidades locais.

Alguns conceitos do referencial teórico da RedeSist subsidiam o trabalho de GADELHA e, conseqüentemente, apoiam o desenvolvimento do tema aqui explanado e são resumidos no quadro 4 abaixo.

QUADRO 4 – Base teórico-conceitual desenvolvida pela RedeSist

Capital Social	Conjunto de instituições formais, informais e normas sociais, que afetam os níveis de confiança, interação e aprendizado em um sistema social. A emergência do tema do capital social vincula-se ao reconhecimento da importância de se considerarem a estrutura e as relações sociais como fundamentais para se compreender e intervir sobre a dinâmica econômica do Sistema Produtivo a ser estudado. Um elevado nível de capital social propicia relações de cooperação, que favorecem o aprendizado interativo, bem como a construção e transmissão do conhecimento tácito. Facilita, portanto, ações coletivas geradoras de sistemas produtivos articulados. Esse termo foi <u>cunhado</u> a partir dos trabalhos dos sociólogos Pierre Bourdieu, James Coleman e Robert Putnam.
Conhecimento	Codificado: é formalizado e estruturado, que pode ser manipulado como informação. Inclui o conjunto de conhecimentos que podem ser transmitidos através da comunicação formal entre os atores, mas cuja decodificação requer conhecimentos tácitos prévios. Tácito: residem em crenças, valores, saberes e habilidades do indivíduo, grupos ou organizações. Incluem-se aí: i) saberes sobre o processo produtivo que não estão disponíveis em manuais; ii) saberes gerais e comportamentais; iii) capacidade para resolução de problemas não codificados; iv) capacidade para estabelecer vínculos entre situações e interagir com outros recursos humanos. Ele geralmente encontra-se associado a contextos organizacionais ou geográficos específicos, como é o caso de sistemas produtivos locais. Tal característica contribui para sua circulação localizada e dificulta ou mesmo impede sua transmissão, acesso e uso por atores externos a tais contextos. O aprendizado interativo é a principal forma de transmissão de conhecimento tácito.
Cooperação	Trabalhar em comum, porém, envolvendo relações de confiança mútua e de coordenação, em níveis diferenciados, entre os atores. Em sistemas produtivos locais, se identificam diferentes tipos de cooperação, incluindo a cooperação produtiva visando a obtenção de economias de escala e de escopo, a melhoria dos índices de qualidade e produtividade; e a cooperação inovativa, que resulta na diminuição de riscos, custos, tempo e, principalmente, no aprendizado interativo, dinamizando o potencial de criação de capacitações produtivas e inovativas.
Governança	Significam diferentes modos de coordenação, intervenção e participação, nos processos de decisão, dos diferentes atores e o Estado em seus vários níveis, empresas, cidadãos e trabalhadores, organizações não governamentais etc.; e das diversas atividades que envolvem a organização dos fluxos de produção e comercialização, assim como o processo de geração, disseminação e uso de conhecimentos. Verificam-se duas formas principais de governança em sistemas produtivos locais, as hierárquicas são aquelas em que a autoridade é geralmente internalizada dentro de grandes corporações, com real ou potencial capacidade de coordenar as relações produtivas, mercadológicas e tecnológicas. A governança não hierárquica geralmente caracteriza-se pela existência de sistemas de micro, pequenas e médias empresas e outros atores, onde nenhum deles é dominante. Estes dois tipos de governança representam duas formas de poder na tomada de decisão - centralizada e descentralizada.
Inovação	Processo pelo qual as organizações incorporam conhecimentos na produção de bens e serviços que lhes são novos, independentemente de serem novos, ou não, para os seus competidores domésticos ou estrangeiros. Na economia da inovação o foco principal de análise recai sobre as mudanças técnicas, e outras correlatas, tidas como fundamentais para o entendimento dos fatores que levam organizações, setores regiões e países a desenvolverem-se de forma mais rápida e amplamente do que outros.

Fonte: Adaptado RedeSist (2005)

O propósito desta dissertação, é analisar as políticas públicas voltadas para as doenças cardiovasculares no ASPIL de saúde de Caruaru, conforme o modelo desenvolvido por GADELHA, como mencionado anteriormente, envolve a necessidade de tratar o comportamento do governo em busca do desenvolvimento local.

2.2 Políticas Públicas

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:

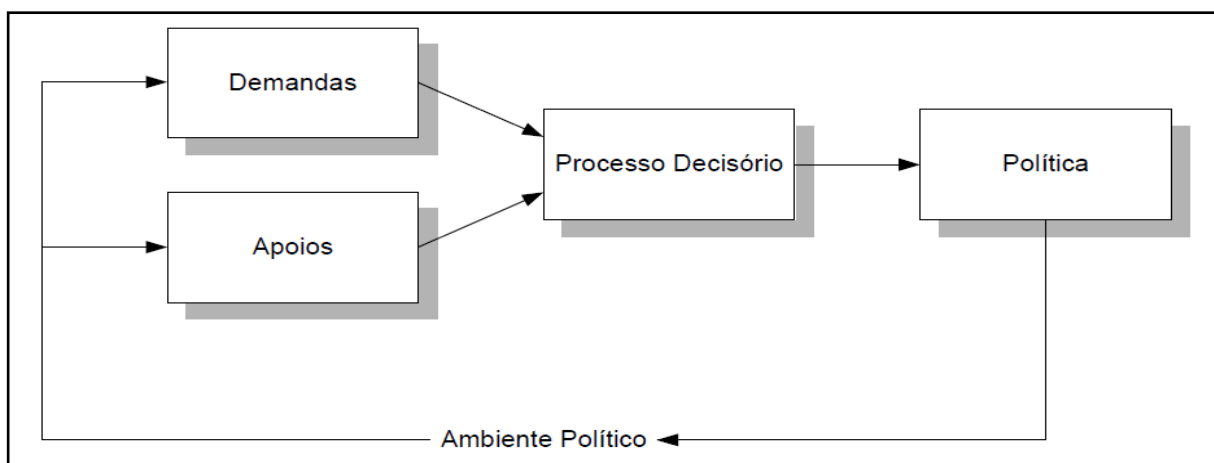
Não existe uma única, nem melhor, definição sobre o que seja política pública. Mead (1995) define como um campo dentro do estudo da política que analisa o governo à luz de grandes questões públicas e Lynn (1980), como um conjunto de ações do governo que irão produzir efeitos específicos. Peters (1986) 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). 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 2 – Modelo sistêmico de análise de políticas públicas



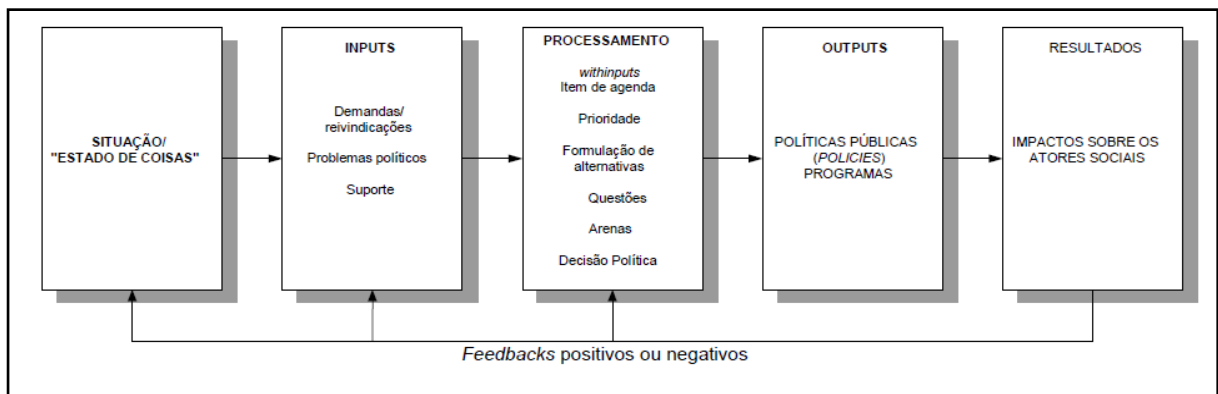
Fonte: Martins, 2003

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 três abaixo.

Figura 3 – 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). A partir disto, o modelo apresentado será adaptado ao tema desta dissertação no capítulo metodológico.

2.3 Metodologia

A pesquisa foi fundamentada no enfoque teórico, conceitual e metodológico desenvolvido pela RedeSist, o qual é centrado no conceito de arranjos e sistemas produtivos e inovativos locais. O estudo contemplou o panorama do sistema de saúde do município de Caruaru, localizado no Agreste Central de Pernambuco, caracterizando-o inicialmente no contexto em que o ASPIL selecionado se insere.

Além disso, o município de Caruaru é um importante centro médico e encontra-se como o segundo maior de Pernambuco. Por localizar no interior do Estado, pode ser estudado dentro das linhas de pesquisa do Programa de Pós-Graduação em Administração e Desenvolvimento Rural (PADR- UFRPE).

Como procedimentos metodológicos 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. Os mesmos encontram-se nos ANEXOS B,C,D e E deste trabalho de dissertação.

Os atores do Subsistema de Saúde de Caruaru são encontrados em diversas áreas do ASPIL, tais como:

- 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).

O primeiro roteiro de entrevistas é direcionado aos atores que fazem parte das instituições de ensino e pesquisa, ou seja, voltados especificamente para universidades, escolas técnicas e centros tecnológicos que ofereçam cursos na área de saúde e que possuam sede física em Caruaru. No referido roteiro encontram-se questões relativas à identificação, estrutura e organização da instituição.

Este bloco de perguntas abordou questões específicas voltadas para estas instituições como: número de funcionários e o percentual de estudantes atuantes nas áreas de ensino e pesquisa, quais são suas principais fontes de financiamento, atividades desenvolvidas por estas instituições, as linhas de pesquisas oferecidas, qual a oferta dos cursos da área de saúde, quais os seus principais projetos de pesquisas em andamento. Também fez parte do roteiro questões relacionadas ao conhecimento e a cooperação com os outros agentes do Subsistema de saúde do município, bem como a identificação dos principais parceiros.

O segundo roteiro de entrevista tem como foco as entidades de representação no ASPIL, no qual foram abordadas questões sobre o funcionamento da entidade, o esforço da associação/sindicato para estimular o desenvolvimento e a capacidade tecnológica dos seus associados, como a participação em ações para o desenvolvimento local e regional do Subsistema de Saúde, as interações realizadas com os órgãos governamentais, as sugestões para políticas públicas que aumentam a capacidade produtiva do ASPIL no município.

O terceiro roteiro de entrevista tem como foco os organismos de promoção, nos quais, são destacadas suas principais funções, como se articulam entre si, quais os tipos de apoio do programa, qual o seu público alvo, sua motivação para apoiar o ASPIL, origens e pretensões relativas aos recursos do programa, suas dificuldades, e a identificação de relações estabelecidas entre as sedes do município com os de outros níveis de governo.

As informações relativas aos hospitais que atendem a pacientes com doenças de alta complexidade, no caso deste trabalho doenças cardiovasculares, foram obtidas seguindo o quarto roteiro de entrevista. Nele foram abordadas questões sobre a operação da organização através dos tipos de serviços prestados com foco em cardiologia e o número de procedimentos na área. Também foram observadas questões sobre a inovação, cooperação, aprendizado que envolve a organização, uma descrição do corpo profissional do estabelecimento, sua estrutura, coordenação e ambientação local, as políticas públicas adotadas e as suas formas de financiamento.

Adicionalmente vale mencionar que as informações sobre a atuação desses agentes institucionais do ASPIL de Saúde, além de serem abordadas com pesquisa direta, através da realização das mencionadas entrevistas seguindo os roteiros acima descritos, também foi utilizadas o método de pesquisa indireta, através de consultas bibliográficas, acessos a sites especializados, conforme resumidos no ANEXO F.

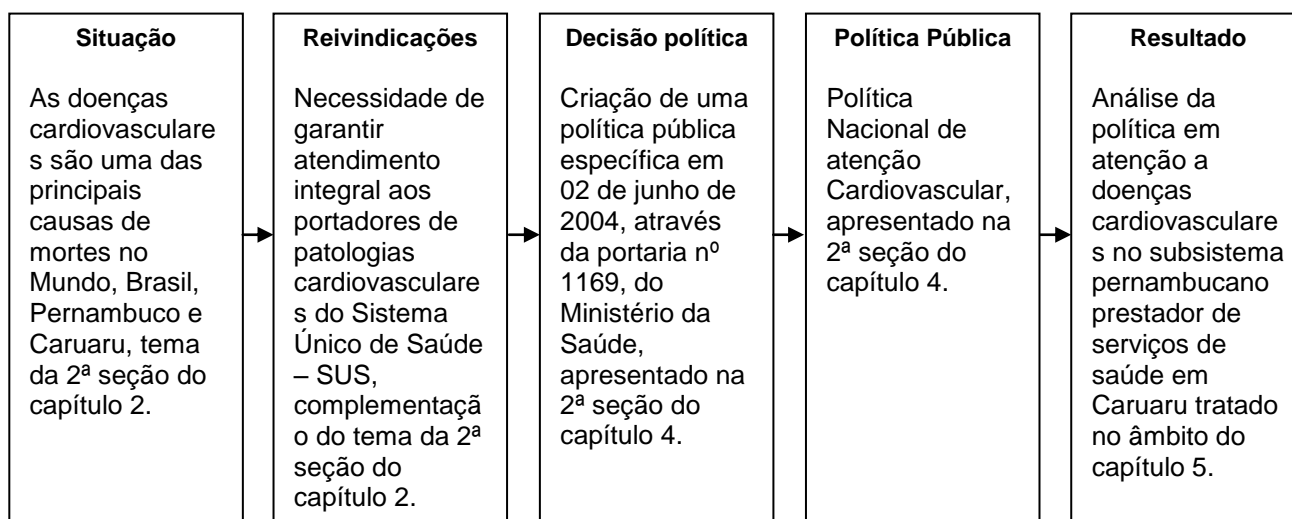
Além disso, também foi utilizado o relatório “Potencialidades e Perspectivas para o Desenvolvimento do Complexo Econômico Industrial da Saúde no Estado do Ceará”. Nota Técnica FIOCRUZ/CEARÁ, Fortaleza/CE – Rio de Janeiro/RJ, 2010.

O presente estudo fez uso da metodologia qualitativa de natureza exploratório-explicativa que apoiam análises e interpretações de aspectos mais profundos do tema aqui estudado e do comportamento dos atores envolvidos no objeto da pesquisa (MARCONI E LAKATOS, 2008).

A pesquisa exploratória tem se mostrado mais interessante, pois permite proporcionar familiaridade com o problema, ou seja, é bastante flexível, e permite considerar vários aspectos relativos ao objeto de estudo. Nesta, apresenta frequentemente levantamento bibliográfico e entrevistas (GIL, 2008). Sendo este método mais pertinente às questões levantadas neste trabalho de dissertação, relativas às Políticas Públicas de Saúde, como segue: quais são as falhas das interações interinstitucionais que dificultam a formulação e a execução de políticas públicas eficientes voltadas para as doenças cardiovasculares no ASPIL de Caruaru?

Nesta fase recorre-se ao modelo de Erson adaptado a esse estudo como segue:

Quadro 4 – Modelo de análise de política pública de saúde



Fonte: Martins (2003)

A partir deste modelo, 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.

3 ESPACIALIZAÇÃO DOS SUBSISTEMAS DE SAÚDE

Como mencionado inicialmente neste trabalho, um dos objetivos prioritários da política dos governos Federal, Estadual e Municipal é alcançar a população que se encontra abaixo da linha da pobreza e são inatingíveis pelas políticas públicas das áreas de educação, saúde, saneamento básico etc.

Políticas de saúde de maior alcance são necessárias considerando o seu aspecto 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.

Com vistas ao atendimento dos objetivos do presente capítulo, apresenta-se segmentado em duas subseções. A primeira delas, visa entender a espacialização e dinâmica dos subsistemas de saúde em Pernambuco com ênfase no município de Caruaru, e a segunda refere-se especialmente ao caso das Doenças Cardiovasculares.

3.1 Espacialização e Dinâmica dos Subsistemas de Saúde em Pernambuco com Ênfase no Município de Caruaru

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.

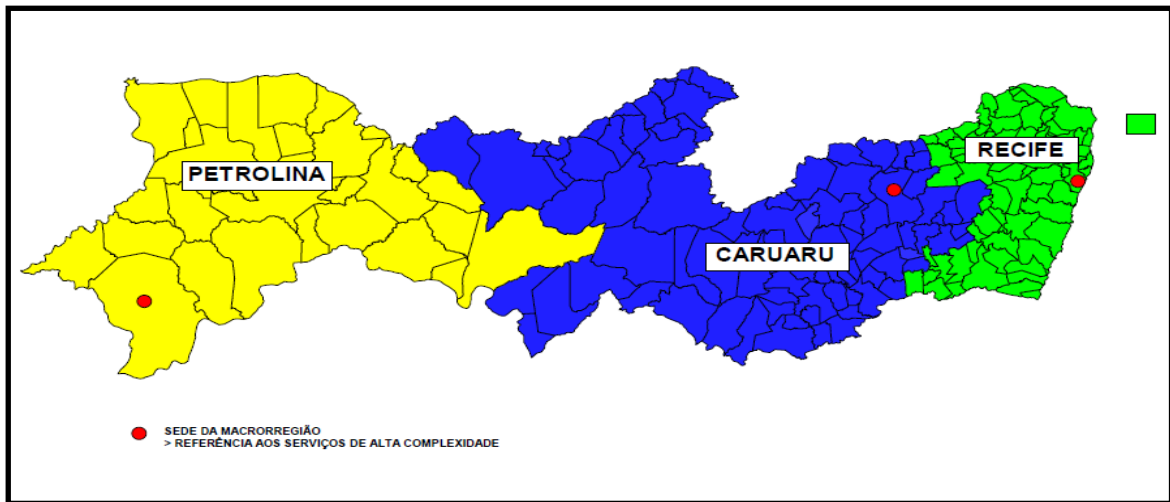
Entre fevereiro e outubro de 2001, foi elaborado o referido planejamento, através de um processo dinâmico e metodologicamente participativo, envolvendo: os secretários municipais, os representantes dos 184 municípios e o representante do distrito de Fernando de Noronha.

O seu principal objetivo foi reordenar a Regionalização² 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.

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

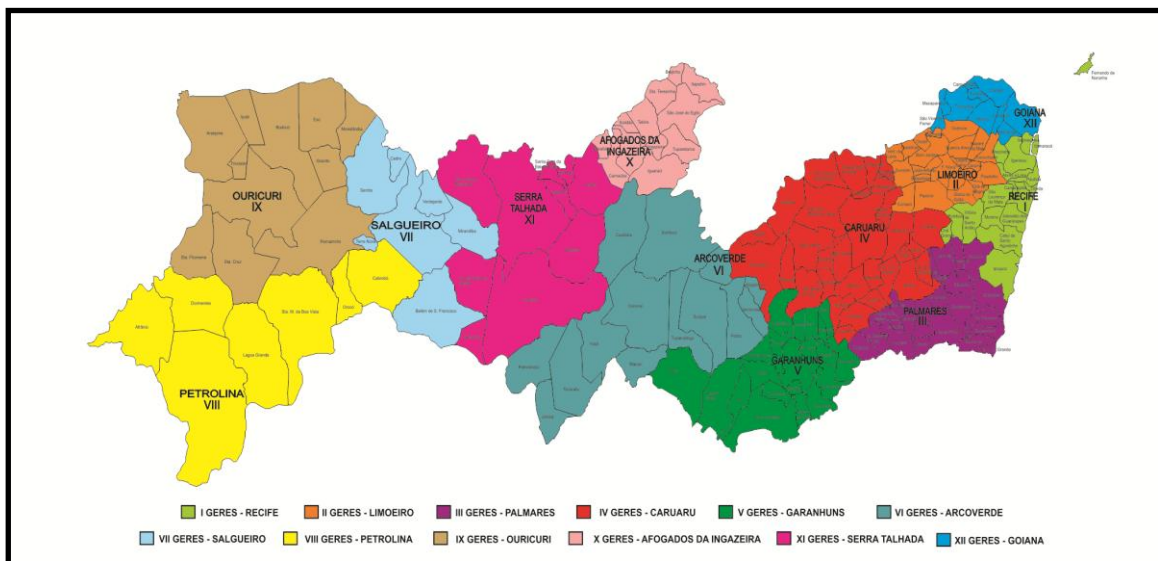
² É um princípio organizacional do SUS e ao mesmo tempo a diretriz que orienta o processo de descentralização das ações e serviços de saúde no Pacto pela Saúde 2006, é o eixo estruturante de uma de suas três dimensões - o Pacto de Gestão do SUS - devendo, portanto, orientar o processo de identificação 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

Figura 4 – Macrorregionalização da Saúde de Pernambuco



Fonte: Plano Diretor de Regionalização – PDR SUS/PE

Figura 5 – 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/>

A espacialidade do sistema de saúde é compreendida de forma detalhada, a partir do quadro abaixo, onde se observa a capacidade de atendimento de cada Gerência Regional, através dos hospitais regionais e os municípios por eles atendidos. 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 que os hospitais localizados nas sedes das GERES, deverão atender preferencialmente os habitantes dos municípios a ela vinculados.

Quadro 5 – Relação dos municípios e principais hospitais das XII GERES/PE

GERES	SEDE	Municípios	Principais Hospitais
I	RECIFE	Abreu e Lima, Araçoiaba, Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe, Chã Grande, Chã de Alegria, Glória de Goitá, Fernando de Noronha, Igarassu, Ipojuca, Itamaracá, Itapissuma, Jaboatão dos Guararapes, Moreno, Olinda, Paulista, Pombos, Recife, São Lourenço da Mata, Vitória de Santo Antão.	Hospital Barão de Lucena, Hospital Agamenon Magalhães, Hospital da Restauração, Hospital Otávio de Freitas, Hospital Getúlio Vargas, Hospital Geral de Areias, Hospital Jaboatão Prazeres, Hospital Ulysses Pernambucano (Hospital da Tamarineira), Hospital Alcides Codeceira, Hospital da Mirueira (Sanatório Padre Antônio Manuel), Hospital João Murilo de Oliveira, Hospital São Lucas.
II	LIMOEIRO	Bom Jardim, Buenos Aires, Carpina, Casinhas, Cumaru, Feira Nova, João Alfredo, Lagoa de Itaenga, Lagoa do Carro, Limoeiro, Machados, Nazaré da Mata, Orobó, Passira, Paudalho, Salgadinho, Surubim, Tracunhaém, Vertente do Lério, Vicência.	Hospital Regional José Fernandes Salsa e o Hospital Ermírio Coutinho
III	PALMARES	Água Preta, Amaraji, Barreiros, Belém de Maria, Catende, Cortês, Escada, Gameleira, Jaqueira, Joaquim Nabuco, Lagoa dos Gatos, Maraial, Palmares, Primavera, Quipapá, Ribeirão, Rio Formoso, São Benedito do Sul, São José da Coroa Grande, Sirinhaém, Tamandaré, Xexéu.	Hospital Regional Dr. Silvio Magalhães e Hospital Colônia de Barreiros
IV	CARUARU	Agrestina, 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, Pannels, 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.	Hospital Regional do Agreste, Hospital Jesus Nazareno
V	GARANHUS	Águas Belas, Angelim, Bom Conselho, Brejão, Caetés, Calçado, Canhotinho, Capoeiras, Correntes, Garanhuns, Iati, Itaíba, Jucati, Jupi, Lagoa do Ouro, Lajedo,	Hospital Regional Dom Moura.

		Palmerina, Paranatama, Saloá, São João, Terezinha.	
VI	ARCOVERDE	Arcoverde, Buíque, Custódia, Ibimirim, Inajá, Jatobá, Manari, Pedra, Petrolândia, Sertânia, Tacaratu, Tupanatinga, Venturosa	Hospital Regional Ruy de Barros Correia e Hospital Regional de Itaparica (Jatobá)
VII	SALGUEIRO	Belém do São Francisco, Cedro, Mirandiba, Salgueiro, Serrita, Terra Nova, Verdejante.	Hospital Regional Inácio de Sá
VIII	PETROLINA	Afrânio, Cabrobó, Dormentes, Lagoa Grande, Orocó, Petrolina, Santa Maria da Boa Vista.	Hospital Dom Malan (Imip Hospitalar)
IX	OURICURI	Araripina, Bodocó, Exu, Granito, Ipubi, Moreilândia, Ouricuri, Parnamirim, Santa Cruz, Santa Filomena, Trindade.	Hospital Regional Fernando Bezerra
X	AFOGADOS DA INGAZEIRA	Afogados da Ingazeira, Brejinho, Carnaíba, Iguaraci, Ingazeira, Itapetim, Quixaba, Santa Terezinha, São José do Egito, Solidão, Tabira, Tuparetama.	Hospital Regional Emília Câmara
XI	SERRA TALHADA	Betânia, Calumbi, Carnaubeira da Penha, Flores, Floresta, Itacuruba, Santa Cruz da Baixa Verde, São José do Belmonte, Serra Talhada, Triunfo	Hospital Professor Agamenon Magalhães
XII	GOIANA	Goiana, Aliança, Camutanga, Condado, Ferreiros, Itambé, Itaquitinga, Macaparana, São Vicente Férrer, Timbaúba.	Hospital Belarmino Correia

Fonte: Elaborado pela autora a partir de informações disponibilizadas na SES/PE

Como se observa através dos dados mais recentes disponibilizados no site do Ministério da Saúde, em relação aos estabelecimentos de saúde, o Brasil conta com 258.236 estabelecimentos de saúde, 508.326 leitos e 2,1 milhões de profissionais da área. Já o estado de Pernambuco, localizado na região Nordeste, aparece com 7.644 estabelecimentos de saúde, 22.818 leitos disponíveis e cerca de 85.265 profissionais da área.

No Brasil, em média, a cada 395 habitantes estão disponibilizados um leito, já em Pernambuco este número é de 403 habitantes para um leito, o que mostra que o estado está um pouco abaixo da média nacional. Em relação aos profissionais de saúde, Pernambuco também está abaixo da média, pois a cada 108 habitantes estão disponíveis um profissional da área, já no Brasil esta relação é de 96 habitantes por cada profissional (IBGE, CNES, DATASUS 2013).

Neste sentido, este trabalho dá ênfase ao estado de Pernambuco, a sua Capital e ao município de Caruaru. 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).

3.2 Espacialização das Doenças Cardiovasculares

As doenças cardiovasculares são responsáveis pelas altas taxas de mortalidade e morbidade no Brasil, em Pernambuco e Caruaru. A morbidade, segundo Menezes, 2001 é um dos mais importantes indicadores de saúde, constituído como um conjunto de casos de uma dada afecção ou a soma de agravos à saúde que atingem um grupo de indivíduos. Medir morbidade nem sempre é uma tarefa fácil, pois são muitas as limitações que contribuem para essa dificuldade.

Vale salientar que morbidade e morbilidade (Rezende, 2012) são dois termos que têm sido utilizados com o mesmo significado e com duas definições: “1. Capacidade de produzir doença num indivíduo ou num grupo de indivíduos. 2. Relação entre o número de pessoas sãs, pessoas doentes, ou o número de doenças, num dado tempo e referente à determinada doença.” Na literatura médica, o termo mais usado é o de morbidade.

Devido à constante ocorrência dessas doenças e a precoce mortalidade e invalidez dos indivíduos da sociedade, os custos para o sistema de saúde são elevados, bem como para as famílias e as pessoas portadoras da doença. Em uma série de dados de dez anos referente às principais causas de óbitos registrados no Brasil, revela-se que, o maior destaque é apresentado pelas doenças cardiovasculares.

Nas tabelas abaixo, foram expostos os números de óbitos registrados, segundo o local de ocorrência, a partir de dados disponibilizados no site do Ministério da Saúde no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), do ano de 2001 até o ano de 2011. No Brasil, em Pernambuco, na Capital e no município de Caruaru, observa-se que as mortes por doenças provocadas pelo aparelho circulatório são as de maior ocorrência, cuja tendência é crescente na série de dados de 10 anos, considerada.

Tabela 1 – Número de óbitos no Brasil - Causa da morte segundo a Classificação Internacional de Doenças – CID 10

Causa do óbito	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	37.789	38.216	39.836	40.054	40.745	41.260	41.385	43.019	43.197	45.136	45.853
II. Neoplasias (tumores)	123.195	127.622	132.407	138.566	145.210	153.507	159.270	165.521	170.073	176.927	182.305
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	4.370	4.432	4.557	4.339	4.318	4.851	5.063	5.166	5.439	5.729	5.786
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	45.496	47.195	48.942	51.255	52.299	57.381	60.465	63.365	65.866	69.201	72.938
V. Transtornos mentais e comportamentais	6.594	6.962	7.283	8.095	8.875	10.172	10.863	11.749	11.781	12.675	13.662
VI. Doenças do sistema nervoso	10.007	10.726	11.532	12.897	14.226	16.764	18.179	19.288	20.748	23.117	24.886
VII. Doenças do olho e anexos	9	11	15	16	11	20	21	30	18	24	21
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	85	79	79	87	75	109	99	97	104	105	119
IX. Doenças do aparelho circulatório	261.462	265.837	272.460	283.969	282.345	301.244	306.812	316.227	318.548	324.878	333.710
X. Doenças do aparelho respiratório	83.121	88.179	91.095	96.120	91.740	97.466	99.798	100.503	109.889	115.130	122.557
XI. Doenças do aparelho digestivo	43.381	44.836	45.967	47.767	49.203	51.039	52.832	54.385	55.289	57.220	58.927
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1.715	1.792	1.878	1.806	1.940	2.375	2.402	2.555	2.892	3.145	3.321
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	2.472	2.758	2.874	2.900	2.993	3.482	3.683	3.982	4.118	4.433	4.386
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	13.947	14.775	15.476	16.751	18.045	17.089	17.972	19.439	22.112	24.217	25.983
XV. Gravidez parto e puerpério	1.573	1.633	1.578	1.654	1.644	1.619	1.597	1.680	1.866	1.702	1.664
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	4	10	12	47	20	57	61	47	67	7	42
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	929	946	986	1.049	1.010	1.272	1.275	1.281	1.375	1.388	1.440
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	125.884	125.419	125.105	120.313	99.345	81.205	76.534	75.449	75.529	76.338	75.283
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	110.869	116.0	116.825	117.979	118.436	119.368	122.142	127.015	129.912	134.850	137.434
TOTAL	872.902	897.457	918.907	945.664	932.480	960.280	980.453	1.010.798	1.038.823	1.076.222	1.110.317

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Tabela 2 – Número de óbitos em Pernambuco - Causa da morte segundo a Classificação Internacional de Doenças – CID 10

Causa do óbito	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1.820	1.942	1.965	2.141	2.081	2.116	2.138	2.207	2.202	2.222	2.382
II. Neoplasias (tumores)	4.411	4.931	5.129	5.462	6.008	6.618	6.559	6.829	7.016	7.096	7.481
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	236	237	290	234	266	248	269	267	288	264	262
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	2.900	3.060	3.279	3.688	3.822	4.042	4.096	4.311	4.253	4.390	4.759
V. Transtornos mentais e comportamentais	311	279	303	326	446	514	532	533	491	513	500
VI. Doenças do sistema nervoso	368	394	395	471	487	532	519	629	617	709	819
VII. Doenças do olho e anexos	-	-	1	1	-	-	1	3	3	1	-
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	6	3	6	7	2	7	7	4	7	10	7
IX. Doenças do aparelho circulatório	12.384	12.903	13.555	14.563	15.411	16.089	16.615	16.843	16.769	16.652	17.282
X. Doenças do aparelho respiratório	3.377	3.785	3.772	3.299	3.451	3.837	4.465	4.462	5.193	5.402	6.106
XI. Doenças do aparelho digestivo	2.414	2.486	2.461	2.540	2.643	2.622	2.879	2.919	2.877	2.941	3.044
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	89	60	79	51	65	61	83	95	118	121	146
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	98	69	96	105	96	103	111	152	124	136	120
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	599	651	682	789	918	853	878	931	960	935	1.042
XV. Gravidez parto e puerpério	76	66	83	74	66	89	93	98	88	69	81
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	-	-	-	3	-	-	2	1	3	-	2
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	51	56	52	39	40	49	57	50	55	56	59
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	9.707	9.033	8.576	8.154	4.889	2.916	2.655	2.633	2.676	2.856	2.886
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	7.086	7.015	6.993	6.926	7.118	7.355	7.704	7.694	7.555	7.237	7.354
TOTAL	45.933	46.970	47.717	48.873	47.809	48.051	49.663	50.661	51.295	51.610	54.332

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Tabela 3 – Número de óbitos no município do Recife - Causa da morte segundo a Classificação Internacional de Doenças – CID 10

Causa do óbito	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1.172	1.207	1.111	1.181	1.169	1.219	1.234	1.162	1.195	1.215	1.234
II. Neoplasias (tumores)	2.773	3.041	3.089	3.187	3.324	3.564	3.493	3.622	3.739	3.979	4.088
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	89	93	92	87	67	64	69	91	99	96	93
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	1.226	1.211	1.260	1.483	1.315	1.270	1.051	1.070	976	1.097	1.196
V. Transtornos mentais e comportamentais	104	78	68	86	100	107	121	100	56	61	65
VI. Doenças do sistema nervoso	222	233	226	286	290	266	224	288	297	354	374
VII. Doenças do olho e anexos	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	4	3	6	5	2	2	5	-	2	7	4
IX. Doenças do aparelho circulatório	5.736	5.735	5.962	6.564	6.365	6.218	6.075	6.013	5.982	6.032	5.875
X. Doenças do aparelho respiratório	1.890	1.965	1.925	1.028	1.181	1.430	1.923	1.928	2.386	2.297	2.412
XI. Doenças do aparelho digestivo	1.440	1.421	1.344	1.496	1.396	1.381	1.532	1.521	1.509	1.417	1.319
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	54	35	24	5	6	4	12	16	31	29	40
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	60	36	53	65	50	44	50	58	52	51	52
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	359	396	381	488	525	499	511	476	481	451	494
XV. Gravidez parto e puerpério	29	28	46	41	36	52	39	36	35	34	36
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	28	32	29	26	15	16	13	14	22	22	16
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	196	201	159	149	165	79	62	70	113	119	103
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	2.326	2.248	2.259	2.382	2.430	2.520	2.704	2.719	2.670	2.527	2.459
Total	17.708	17.963	18.035	18.560	18.436	18.735	19.118	19.184	19.647	19.788	19.860

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Tabela 4 – Número de óbitos no município de Caruaru - Causa da morte segundo a Classificação Internacional de Doenças – CID 10

Causa do óbito	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	73	90	120	90	95	99	86	75	76	92	85
II. Neoplasias (tumores)	206	226	248	263	263	306	302	381	349	329	364
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	20	11	8	12	13	17	23	22	16	19	17
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	162	196	177	151	183	249	249	275	273	256	224
V. Transtornos mentais e comportamentais	18	11	13	21	32	13	31	38	45	40	21
VI. Doenças do sistema nervoso	15	23	20	11	23	31	23	43	47	34	51
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	-	-	-	-	-	1	1	1	-	-	-
IX. Doenças do aparelho circulatório	484	567	587	572	577	652	738	766	722	638	742
X. Doenças do aparelho respiratório	136	176	210	222	202	210	207	195	223	212	279
XI. Doenças do aparelho digestivo	157	203	193	157	204	207	209	182	212	209	257
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	3	2	1	3	3	4	5	3	9	4	2
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	4	6	5	5	7	4	2	11	6	9	5
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	33	42	33	43	47	45	61	50	79	65	74
XV. Gravidez parto e puerpério	6	7	3	2	3	3	6	5	4	7	2
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	3	1	2	-	1	-	8	2	3	1	3
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	397	410	410	346	224	206	154	154	192	205	49
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	263	333	365	337	365	433	382	395	388	364	374
Total	1.980	2.304	2.395	2.235	2.242	2.480	2.487	2.598	2.644	2.484	2.549

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Uma tabela resumo, a partir dos dados acima, ajudará uma análise mais detalhada do caso das doenças cardiovasculares no Brasil, Pernambuco, Recife e Caruaru, como segue:

Tabela 5 – Percentual de mortes causadas por doenças cardiovasculares

LOCAL	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
BRASIL	29,95	29,62	29,65	30,03	30,28	31,37	31,29	31,28	30,66	30,19	30,06
PERNAMBUCO	26,96	27,47	28,41	29,80	32,23	33,48	33,46	33,25	32,69	32,27	31,81
RECIFE	32,39	31,93	33,06	35,37	34,52	33,19	31,78	31,34	30,45	30,48	29,58
CARUARU	24,44	24,61	24,51	25,59	25,74	26,29	29,67	29,48	27,31	25,68	29,11

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados disponibilizados no MS/SIM

Antecede ao estudo da evolução dos óbitos ao longo de 2001/2011 destacar que, neste período, houve significativas mudanças provenientes do processo de urbanização, apresentado nos municípios do interior do estado, como da adoção de novos hábitos alimentares, decorrentes de um menor desemprego e maior renda.

À medida que acontece esse processo de homogeneização, os resultados em termos das consequências sobre a saúde também seguem esta tendência. A título de ilustração e para uma melhor compreensão do problema, vale salientar que os percentuais de óbitos com base nos dados obtidos no Sistema de Informações de Mortalidade – SIM/MS são reveladores desse fenômeno, tendo em vista que, em 2001 a divergência dos percentuais do Brasil, Pernambuco, Recife e Caruaru, enquanto com o passar do tempo, e com o avanço do processo de urbanização observa-se ao final de uma década, portanto 2011, uma convergência destes valores.

Em relação ao total de óbitos no país, destaca-se que, cerca de 30% das mortes são causadas por tal enfermidade, este número variou pouco nos 10 anos da série estudada (2001/2011). Em Pernambuco este comportamento se repete no ano de 2001, aproximadamente 27% do total de óbitos do estado foi causado pelas doenças cardiovasculares, esse número chegou a 33,5% no ano de 2006, e, no ano de 2011, houve uma redução para aproximadamente 32%. Apesar desta redução, tal enfermidade ainda é a que mais mata no estado.

Quando analisados os números da capital, percebe-se que a situação é bem semelhante ao Brasil e a Estado como um todo, pois, tais doenças também são responsáveis pelo maior número de óbitos no município. Mas, nota-se uma pequena

redução no percentual de mortes causadas por tal enfermidade ao longo dos anos, em 2001 eram cerca de 32,4%, no ano de 2004 esse percentual chegou a 35,4%, e ao passar dos anos esse número foi diminuindo, chegando em 29,6% no ano de 2011.

Depois de Recife, Caruaru é o mais importante centro de saúde do estado de Pernambuco, localizado no Agreste, é caracterizado como o segundo Polo de saúde do estado. Os números referentes ao total de óbitos na tabela 5 compreende-se que, em Caruaru, o percentual de mortes causadas pelas doenças cardiovasculares é menor do que no Brasil, no Estado e na capital. Porém, este número vem aumentando gradativamente. No ano de 2001, cerca de 24,5% do total de óbitos do município eram causados por tal enfermidade, já no ano de 2011, este percentual aumentou para 29,1% aproximando-se das médias: nacional, estadual e da capital.

O número de internações por Morbidade Hospitalar, causadas por doenças do aparelho circulatório no Brasil representou 87.959 internações. Em Pernambuco, este número chegou a 4.077 internações, no período de janeiro até agosto de 2013. Em relação aos valores dos serviços hospitalares para morbidade das doenças cardiovasculares, o Brasil gastou cerca de R\$ 162.225.127,40 e o estado de Pernambuco gastou R\$ 7.153.044,47 no período de janeiro a agosto de 2013, segundo dados disponibilizados no Ministério da Saúde, através do Sistema de Informações Hospitalares do SUS.

Neste sentido, uma política específica para combate às doenças cardiovasculares, Política Nacional de Atenção Cardiovascular, foi criada pelo governo federal na tentativa de diminuir tais números.

4 ANÁLISE DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE

4.1 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 Rockefeller³. 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

³ 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).

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).

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 Conferência⁴ 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

⁴ 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).

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 Saúde⁵ 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, que 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 29⁶ que tinha como objetivo definir o formato de financiamento da política pública de saúde da época, de maneira vinculada à receita tributária. Com

⁵ 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.

⁶ 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

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, estas foram listadas com os seus princípios e/ ou diretrizes, e se encontram no anexo A desta dissertação, entretanto por razões já levantadas anteriormente, a análise da próxima seção se centrará na análise da Política Nacional de Atenção Cardiovascular.

4.2 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://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 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. Recorrendo ao ANEXO A, aos programas e projetos das políticas que complementam a atenção cardiovascular, sintetizou no quadro a seguir, as principais ações de prevenção das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT):

Políticas/Programas/Projetos	Ações
Programa Academia da Saúde	Aumentar o nível de atividade física da população; estimular hábitos alimentares saudáveis; ampliar a autonomia dos indivíduos sobre as escolhas de modos de vida mais saudáveis;
Política Nacional Promoção da Saúde	Implantação da Estratégia Global (alimentação saudável, atividade física e prevenção do tabagismo); prevenção das violências (acidentes e desarmamento), os ambientes saudáveis, reorientação dos serviços de saúde, construção dos planos diretores dos municípios e as ações pela cultura da solidariedade e da responsabilidade sociais.
Projeto Pratique Saúde	Estimular a adesão da população a modos de vidas saudáveis; financiamento para áreas que visem à prática de atividade física em diversas cidades; implantação de legislação federal de proibição de fumo em ambientes públicos, com a implementação de “áreas livres de tabaco”; desenvolvimento do Projeto de alimentação saudável em escolas.
Política de Alimentação e Nutrição	Garantia da qualidade dos alimentos colocados para consumo no país, a promoção de práticas alimentares saudáveis e a prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais, bem como o estímulo às ações inter-setoriais que propiciem o acesso universal aos alimentos.
Programa de prevenção e controle do tabagismo	Redução da aceitação social do tabagismo; redução dos estímulos para que os jovens comecem a fumar e os que dificultam os fumantes a deixarem de fumar; proteger a população dos riscos da exposição à poluição tabagística ambiental; aumento do acesso dos fumantes ao apoio para cessação de fumar; controle e monitoramento de todos os aspectos relacionados aos produtos de tabaco comercializados, desde seus conteúdos e emissões até as estratégias de comercialização e de divulgação de suas características para o consumidor.
Política Nacional de Atenção Integral a Hipertensão Arterial e ao Diabetes	Hipertensão: controle de condições de risco (obesidade, sedentarismo, tabagismo); prevenção de complicações, diagnóstico de casos, cadastramento de portadores, busca ativa de casos, tratamento dos doentes, diagnóstico precoce de complicações e primeiro atendimento de urgência. Diabetes: ações educativas sobre condições de risco da obesidade e sedentarismo; prevenção de complicações (cuidados com os pés; orientação nutricional; cessação do tabagismo e alcoolismo; controle de PA e das dilispidemias); ações para auto aplicação de insulina), diagnóstico de casos, cadastramento de Portadores, busca ativa de casos, tratamento dos doentes, monitorização dos níveis de glicose sanguínea e diagnóstico precoce de complicações, primeiro atendimento de urgência, encaminhamento de casos. Essas ações são desenvolvidas na rede de atenção básica do SUS.

Fonte: Elaboração da autora a partir de informações disponibilizadas no <http://bvsmms.saude.gov.br>

A Política de Atenção Cardiovascular tem despertado pouco interesse da comunidade científica como objeto de estudo, como pode ser observado no presente capítulo desta dissertação. Esta constatação é corroborada pela pesquisa desenvolvida por MOURA, *et al* 2011, que afirma ser encontrada em pouquíssimos estudos, e, quando o fazem, tratam-na de forma coadjuvante, não se prendendo a análise da política, bem como, não focando na adequação das questões organizacionais que a política propõem.

Neste sentido, após realização de pesquisa de campo no município de Caruaru, foi observado que, no que concernem as Políticas, Programas, Projetos e Ações referentes a tal enfermidade, o município segue as determinações do Governo Federal, através da tentativa de cumprimento das portarias publicadas pelo

mesmo. Porém, na prática o atendimento a essas portarias não é imediata, o que revela um retardo na implementação das políticas.

A Secretaria Estadual de Caruaru, IV GERES, reconhece que não há um direcionamento específico para a política de atendimento as doenças cardiovasculares. No entanto, os esforços para sua implementação são enormes, neste sentido, há um incentivo em programas de prevenção, pois o tratamento para as enfermidades de baixa e média complexidade é economicamente mais viável e eficaz do que um tratamento de alta complexidade.

Continuando, a referida secretaria informou que atualmente, o Ministério da Saúde disponibiliza diversos projetos para o município, dentre eles: Academia da saúde, Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), e a política de promoção da saúde. Esta última é uma política bem estruturada como pode ser observado no ANEXO A. Esta política busca proporcionar a população uma alimentação saudável, a proteção, a prevenção, e a violência, também trata de questões relacionadas ao meio ambiente.

Neste sentido, através de um processo educacional, visando à conscientização do problema, tem-se procurado mudar a realidade do município, mostrando ao cidadão que uma qualidade de vida, dependerá de uma alimentação saudável, da prática regular de exercícios, de incentivos contra os vícios: do fumo e do alcoolismo. Em contra partida, os benefícios se apresentam com a redução e/ou eliminação desta enfermidade. No entanto, esse processo acontece ao longo prazo.

Adicionalmente, observou-se que o município investe em prevenção, e que se acredita que é a melhor solução para minimização dos problemas advindos das doenças cardiovasculares. Existe uma persistência nessas colocações, com vistas a investir na prevenção, pois, com a continuidade destas medidas, o cenário de altas taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares será modificado, e progressivamente deixará de existir problemas de média complexidade e de alta complexidade. A dificuldade de contratação de médicos especialistas para tais problemas é um agravante que poderá ser minimizado com políticas de prevenção a referida doença.

Como a atenção primária ainda não está sendo resolutive, no sentido da promoção da saúde, o estado implantará a Unidade de Pronto Atendimento para

Especialidades (UPAE), que oferecerá à população diversas especialidades, dentre elas: cardiologia, nefrologia e endocrinologia. Segundo a Secretaria Estadual de Saúde em Caruaru, se a atenção primária for resolutiva, 80% dos problemas de saúde será sanado.

5 INTERAÇÕES INTERINSTITUCIONAIS E SUAS FALHAS NA EXECUÇÃO DA POLÍTICA

Em atendimento a um dos objetivos deste estudo, analisam-se as interações interinstitucionais e suas falhas na execução da política de assistência das doenças cardiovasculares, no subsistema pernambucano de saúde de Caruaru, aplicando o referencial analítico e metodológico de ASPILs desenvolvido pela RedeSist e adaptado por Gadelha, no que se refere aos serviços, este capítulo apresenta a caracterização do ASPIL de Caruaru, seguida da síntese das entrevistas realizadas com os atores do referido subsistema.

5.1 Caracterização do ASPIL de saúde de Caruaru

A análise do ASPIL requer uma atenção especial nos aspectos relativos à: i- dimensão territorial; ii- diversidade de atividades e atores econômicos, políticos e sociais; iii- conhecimento tácito; iv- inovação e aprendizado interativo; v- governança vi- grau de enraizamento, conforme referencial teórico anteriormente desenvolvido.

i- Dimensão territorial

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 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.

ii- Diversidade de atividades e atores econômicos, políticos e sociais.

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).

iii- Conhecimento tácito

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.

iv - Inovação e aprendizado interativo

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.

v - Governança

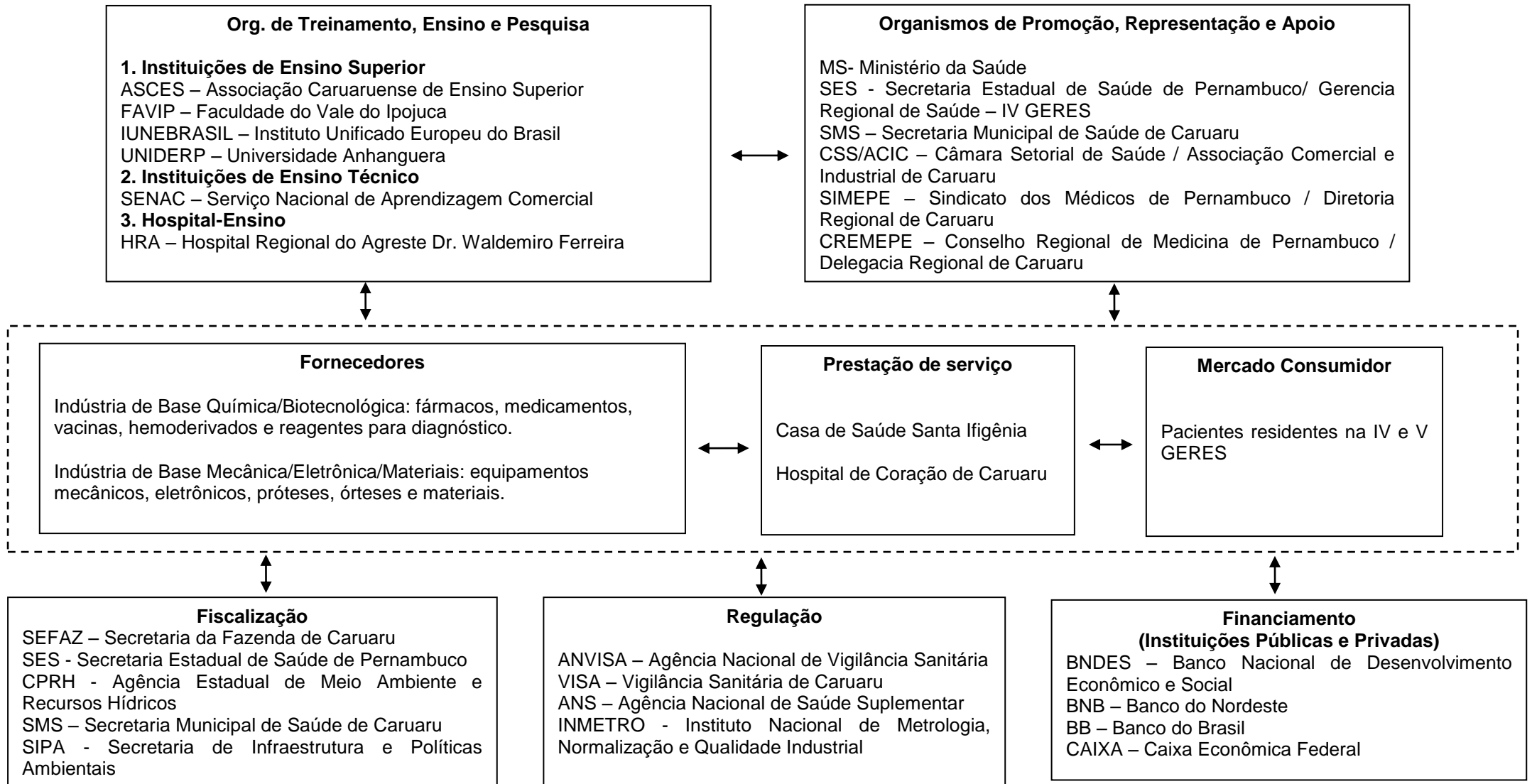
A IV GERES representa um papel importante no subsistema de saúde aqui estudado, já que o mesmo, é responsável pela adaptação da Política Nacional de Atenção Cardiovascular, ao cenário local, suas necessidades e demandas locais. Isso acontece através de um processo participativo com vistas a transformar 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.

vi - Grau de enraizamento

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, como objetivo final deste trabalho de dissertação.



5.2 Organismos de Promoção, Representação e Apoio.

São importantes os seguintes organismos de promoção, representação, apoio, anteriormente mencionados, e atuantes atores do ASPIL: 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)⁷, a exceção deste último, os demais foram entrevistados.

5.2.1 Câmara Setorial de Saúde (CSS)

A Câmara Setorial de Saúde (CSS) é atualmente administrada pela Associação Comercial e Industrial de Caruaru (ACIC), e destaca-se pela importante contribuição para o ASPIL⁸. Ela foi instalada no município de Caruaru, há mais de 90 anos, quando se denominava “Associação Industrial e Comercial de Caruaru”. Mas recentemente, passou a se chamar Associação Empresarial e Comercial de Caruaru. Originou-se no âmbito empresarial privado, sendo dividida em ações, através de Câmaras setoriais. A Câmara Setorial da Saúde trata dos aspectos empresariais do interesse da saúde privada e pública, pois, não há como dissociar esses dois componentes do sistema de saúde. Esta mudança retrata aspectos das transformações observadas no ASPIL, que passou a ser mais abrangente ao incluir os prestadores de serviços públicos.

Atualmente a ACIC tem mais de 1600 associados, já a Câmara de Saúde de Caruaru tem em torno de 50 associados. O principal objetivo dela é congregar em movimento associativista, todos os empresários da área de saúde do município de Caruaru.

Há um grande esforço da Câmara, em estimular o desenvolvimento da capacitação tecnológica dos associados, existe apoio de instituições como o SEBRAE, oferecendo consultorias, cursos de capacitação e treinamentos intensivos. Como exemplo, foi citado o EMPRETEC, que é um treinamento para gestores de

⁷ A instituição foi procurada, mas se omitiu a responder a entrevista.

⁸ As informações foram obtidas na entrevista com o coordenador da referida Câmara, que ressaltou o papel da ACIC.

saúde, feito em uma semana intensivamente, durante 8 horas por dia. Ainda de acordo com o coordenador, há vários momentos em que a Câmara consegue viabilizar encontros de formação continuada para os gestores. Ainda na pauta de atividades desenvolvida pela Câmara, se encontra ações voltadas para a promoção de debates de interesse social, com vistas ao desenvolvimento da assistência à saúde no local.

No segundo semestre de 2013, a Câmara desenvolveu programas sociais, uma ação na área de ginecológica, na prevenção do câncer de mama e a semana da saúde bucal, que foi realizada em outubro. Se por um lado, programas específicos tais como, os que foram mencionados anteriormente, são realizados pela Câmara, relativamente aos possíveis programas voltados para as doenças cardiovasculares, não foram identificados na pesquisa de campo. A Câmara é um canal aberto para discussão de políticas com gestores públicos, do qual se espera que sejam levantadas questões relevantes a serem consideradas na construção do plano diretor, as políticas específicas para as doenças cardiovasculares foram negligenciadas.

Em alguns casos a câmara participa como cidadão nas discussões, “no seminário municipal de saúde, as discussões são coletivas e a Câmara participa”. A ACIC como instituição ajuda a organizar os encontros e eventos, como por exemplo, os seminários municipais de saúde. Mas, não há uma participação política direta da Câmara de Saúde na Política Nacional de Atenção Cardiovascular. Esta, segundo o coordenador, é prioritariamente discutida e organizada pela gestão municipal de saúde.

Na opinião da Câmara, o modelo assistencial e a forma como se conduz a saúde, focado no curativismo, no tratamento da doença, na alta tecnologia e na tecnologia de ponta, de modo geral, alimenta o processo de degradação da saúde de uma população que já não é saudável.

Caruaru é uma cidade de migrantes, grande parte da mão de obra de serviços de saúde é das cidades circunvizinhas, pois o emprego nestas, é mais difícil e os profissionais que se capacitam, migram para trabalhar em Caruaru. Em relação ao ingresso no trabalho (primeiro emprego), a ACIC preocupa-se através do EMPREGACIC, que é um programa de estagiários que mantém em todas as câmaras, não exclusiva da Câmara de saúde, oferecendo possibilidade de oficializar

estágios em empregos, para estudantes de cursos técnicos e universitários. Este programa viabiliza o ingresso no novo emprego, não só nas empresas da Câmara de Saúde, mas, em todas as Câmaras existentes.

A Câmara, do ponto de vista institucional, não possui relação direta com o polo médico do Recife, mas de forma indireta sim, porque muitos serviços de saúde têm profissionais que trabalham na capital e aqui no município. Alguns profissionais oferecem seus serviços em uma matriz em Caruaru e, também em uma filial no Recife, ou vice-versa. Do ponto de vista logístico, existe uma relação indireta, mas diretamente não existe nenhuma relação organizacional que una os dois polos.

5.2.2 Sindicato dos Médicos de Pernambuco – SIMEPE

O Sindicato dos Médicos de Pernambuco é uma importante entidade de representação do Subsistema de Saúde de Caruaru, este representa a classe médica em várias regiões do estado. Uma delas localizada em Caruaru, no entanto, a Diretoria Executiva do sindicato é localizada em Recife⁹.

O Sindicato foi fundado há 82 anos, e a regional de Caruaru há 10 anos, contudo, durante alguns períodos, não era muito atuante. A partir de 2009 ele passou a ser um sindicato influente, considerando que, o número de diretores e o número de médicos associados no estado foram ampliados, alcançando cerca de 4.000 filiados, estes além do pagamento obrigatório, também pagam uma contribuição extra, para torna-se sócio e gozar os benefícios que o sindicato oferece.

O Sindicato tem relações com os órgãos governamentais, as secretarias estaduais e municipais de saúde. As questões estaduais são discutidas pela diretoria executiva em Recife, mas as questões municipais são discutidas pela diretoria de Caruaru. O Sindicato tem acesso à secretaria municipal de saúde, e no momento, encontram-se na etapa das negociações para analisar o processo de avaliação do desempenho dos servidores do município.

Uma das funções do sindicato é alimentar a discussão com o empregador, seja ele público ou privado, a fim de garantir os direitos trabalhistas, um plano de cargos e carreiras, principalmente quando se pensa na esfera pública, no servidor

⁹ A entrevista foi realizada com uma das diretoras regionais do Sindicato em Caruaru.

público, na garantia dos direitos de FGTS, INSS, insalubridade e adicional noturno, entre outras demandas da classe.

Para aumentar a capacidade em torno da competitividade no sistema de saúde de Caruaru, o Sindicato afirma estar em constante discussão com o município. A rede está em obras e o município se comprometeu a: construir unidades de saúde da família; oferecer uma cobertura maior para a população e ajudar a prevenção de doenças. Quanto maior o investimento em prevenção, menos pacientes são encontrados nos hospitais. Estes compromissos foram firmados na época da campanha salarial desse ano, porém, até o momento não foram cumpridos.

A atuação do sindicato relativamente às capacitações tecnológicas dos associados se restringe a informar através de e-mail, sites e redes sociais os cursos de capacitações que acontecem na cidade do Recife-PE, e que são abertos aos médicos de qualquer origem institucional, que estejam interessados em participar, uma vez que, em Caruaru, não houve na área clínica eventos ou encontros organizados pelo sindicato nos últimos dois anos. A última capacitação via sindicato, aconteceu na área de eletrocardiograma, onde foi dada uma palestra sobre aposentadoria e previdência privada.

Para um melhor funcionamento da rede de saúde, o Sindicato sugere que seja feito concurso público, para que a rede seja ampliada. Atualmente o município conta com 340 médicos. Geralmente, os médicos oriundos de concurso público na sua maior parte são da capital, e na maioria das vezes migram para Caruaru. Este fato ocorreu com os aprovados no último concurso. Esse fenômeno de migração acontece porque os médicos aprovados passam a residir em Caruaru, pois a cidade passou a oferecer opções de lazer para esse público, como: cinemas, teatros, bons restaurantes e educação básica de qualidade. Neste sentido o concurso público é um atrativo, e também demonstra um déficit na área privada, um médico originário da capital conseguirá montar seu consultório e fazer sua vida na área particular.

Uma preocupação do Sindicato é a questão da segurança no trabalho, pois diversos profissionais e funcionários das unidades de saúde, e os que não são, sentem-se inseguros, pela permanência de alguns indivíduos de má índole, como: acompanhantes, pacientes bêbados, usuários de drogas, que chegam a invadir os ambientes de repouso dos profissionais. No qual, muitos deles precisam ser

contidos e não há seguranças suficientes. A prefeitura disponibiliza um profissional no horário diurno, mas o horário noturno ainda está sem segurança. Este ponto está em constante discussão, Quando se promove segurança na unidade, o profissional sente-se mais seguro, sendo atraído a trabalhar naquele ambiente. Também há questões relativas a negociações salariais, pois o município de Caruaru, atualmente não paga insalubridade.

Organizar as demonstrações de reivindicações salariais, com campanhas de doação de sangue, aferição de pressão, medição de glicose, e outras orientações simples, onde se destaca, na atuação do Sindicato em Caruaru, que desta feita se converteu em benefício da população local.

Tratando especificamente sobre as doenças cardiovasculares, o Sindicato afirma não ter ação direcionada para a Política Nacional de Atenção Cardiovascular, pois, não há forças para fazer ações sociais direcionadas para tais enfermidades, um programa ou ação mais longa não é suportado pelo Sindicato. Isto acontece devido ao fato que, os profissionais que atuam nele dividem suas atribuições entre a profissão e as atividades do Sindicato.

Neste sentido, o Sindicato acredita que, se investindo em atenção básica, principalmente na ampliação da estratégia de saúde da família no município, através do fornecimento das medicações, nas farmácias das próprias unidades de saúde da família, o paciente dependente de drogas, como por exemplo: metiformina, glibencamida, usadas no tratamento para diabetes, captopril, losartana, usadas no tratamento da hipertensão. A população será mantida com uma boa qualidade de vida.

Tanto o Sindicato quanto os médicos em geral, acreditam que a atenção básica pode apresentar resolução, mas, para isso ela precisa ter instrumentos, não só o médico, um estetoscópio e um intensiômetro. O governo lança a política de atenção básica, com programas e ações, como a academia da cidade. Mas estes programas precisam ser executados, a atenção básica necessita de uma equipe completa, composta por: médicos; enfermeiros; dentistas e a medicação; neste sentido este paciente vai conseguir ser bem controlado e tentar evitar as sequelas da falta do tratamento, da não prevenção e a não promoção de saúde.

5.3 Instituições de ensino e pesquisa

A cidade de Caruaru oferece diversos cursos na área de saúde, tanto em nível técnico como superior. Neste sentido segue síntese da entrevista realizada com SENAC - Caruaru.

5.3.1 Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC)

A cidade de Caruaru oferece capacitação em nível técnico e superior em instituições de ensino voltadas para área de saúde, dentre elas, estão o Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial - SENAC que se destaca por oferecer diversos cursos técnicos, são eles: de agente comunitário, agente de endemias e o curso de enfermagem. Este último se destaca por ser o mais antigo da instituição, pois, é oferecido há mais de 30 anos. De acordo com a coordenadora do curso, atualmente, o total de matriculados é de aproximadamente 2000 alunos. A cada ano atende sete turmas com em média 40 alunos cada. A carga horária total do curso é de 1.800 horas, ~~que são~~ divididas entre teoria e prática, distribuída em 2 anos e 4 meses.

Diante dos numerosos alunos capacitados a exercer suas funções em Caruaru, o SENAC ainda se defronta com uma deficiente estrutura laboratorial. Entretanto, haverá uma adequação tecnológica ao atendimento das necessidades dos docentes e discentes no prazo de aproximadamente um ano, quando o SENAC – CARUARU se deslocará para novas instalações situadas em um novo endereço, o NORTE SHOPPING, onde contará com uma estrutura de excelência.

Além da unidade física, o SENAC atua com Unidades Móveis de educação profissional, tipo carretas, que atendem às localidades fora dos espaços dos Centros de Formação Profissional, neste caso, municípios distantes de Caruaru, mas no âmbito da IV GERES. O programa que o SENAC desenvolve em todas as GERES do estado, é na área de saúde, disponibilizando quatro carretas, onde são oferecidos os cursos de Técnico de Enfermagem, Higienização Hospitalar, Humanização e Cuidador do Idoso.

Os alunos do SENAC em sua maioria são oriundos de Caruaru, quando terminam o curso são absorvidos pelo município. Este número chega a 90%. A

pesquisa identificou uma forte cooperação entre o SENAC e a Prefeitura de Caruaru, que tem papel fundamental como receptora dos alunos concluintes, fase em que os estágios são obrigatórios. Esse tipo de cooperação também foi identificado entre o SENAC e as clínicas e hospitais locais.

A Política Nacional de Atenção Cardiovascular não é do conhecimento da coordenação do SENAC, que afirma não trabalhar com políticas nacionais específicas de saúde, à exceção do Programa Nacional de acesso ao Ensino Técnico e Emprego (PRONATEC)¹⁰.

5.4 Fornecedores

Seguindo o aporte teórico metodológico desta dissertação, exposto no Capítulo 1, segundo GADELHA (2003), os fornecedores interagem com atores do ASPIL de forma sistêmica, e se classificam em dois grandes grupos industriais: indústrias de base química e biotecnológica, indústrias de base mecânica, eletrônica e de materiais.

¹⁰O Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (Pronatec) foi criado pelo Governo Federal, em 2011, com o objetivo de ampliar a oferta de cursos de educação profissional e tecnológica. O Acordo de Gratuidade tem por objetivo ampliar, progressivamente, a aplicação dos recursos do SENAI, do SENAC, do SESC e do SESI, recebidos da contribuição compulsória, em cursos técnicos e de formação inicial e continuada ou de qualificação profissional, em vagas gratuitas destinadas a pessoas de baixa renda, com prioridade para estudantes e trabalhadores.

Quadro 7 – Grupos Industriais do ASPIL

Indústria de Base Química/Biotecnológica	Fármacos, Medicamentos, Vacinas, Hemoderivados e Reagentes para diagnóstico
Indústria de Base Mecânica/Eletrônica/Materiais	Equipamentos Mecânicos, Equipamentos Eletrônicos, Próteses, Órteses e materiais

Fonte: Gadelha, 2003

Acompanhando a metodologia de ASPIL, estas indústrias são atores do sistema, embora estejam em espaço geográfico externo ao município, em alguns casos fora do estado, considerando que mantém conexões de compras e vendas com atores locais, no caso da Prefeitura Municipal, que adquire os produtos dos referidos grupos industriais através de licitações, no entanto, o fator determinante na escolha dos fornecedores é o preço, que em muitos casos, compromete a qualidade dos itens adquiridos.

Esse tipo de interação acontece em virtude da indústria de base, material local ser incipiente, pois somente algumas matérias-primas básicas, como por exemplo, gases medicinais, alimentos, roupas, fardamentos, materiais de limpeza são adquiridos de produtores locais, embora menos frequentemente, haja compra desses insumos de fornecedores do Sudeste. Também são fornecidos no local, os serviços de coleta de lixo pela prefeitura, serviços de lavanderia, inclusive serviços de esterilização de equipamentos e instrumentos cirúrgicos.

No caso de insumos e equipamentos de tecnologia mais avançada, produzidos, tanto pela indústria química e de biotecnologia, como pela indústria mecânica, eletrônica e de materiais (medicamentos, matérias descartáveis e instrumentos cirúrgicos, filmes para ultrassonografia, mamografia e raio-x além dos contrastes e kits usados nas máquinas de exames laboratoriais de análises clínicas), em vista, das limitações da base produtiva local, predominam os fornecedores de fora do Município, onde, são adquiridos de São Paulo materiais médicos, de biotecnologia, sondas e soluções do exterior, Japão e EUA.

De acordo com os últimos dados disponibilizados no Ministério do Trabalho e Emprego (TEM), através da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) no de 2011 foi identificado no município de Caruaru o quantitativo de estabelecimentos atuante no ramo da saúde, como segue:

Tabela 6 – Estabelecimentos de saúde no município de Caruaru

Descrição	Quantidade
Fabricação de Aparelhos e Instrumentos para Usos Médico hospitalares, Odontológicos e de Laboratórios e Aparelhos Ortopédicos	1
Comércio Atacadista de Produtos Farmacêuticos, Médicos, Ortopédicos e Odontológicos.	8
Atividades de Atendimento Hospitalar	5
Atividades de Atendimento a Urgências e Emergências	6
Atividades de Atenção Ambulatorial	35

Fonte: MTE/RAIS (2013)

Em princípio deduz-se que a limitação da oferta local de produtos oriundos das indústrias de base: química; biotecnológica; mecânica; eletrônica e de materiais, conduz a menor capacidade inovativa e geração de renda em Caruaru. No entanto, ao considerar a existência da Hebron, um dos atores mais importantes do ASPIL, destaque da indústria fármaco-química nacional desde janeiro 1990, uma nova perspectiva se abre ao fortalecer os referidos vínculos sistêmicos aos níveis: local, estadual, regional, nacional e internacional. Seus produtos estão presentes em mais de 2.066 cidades do Brasil, ela também mantém relacionamento comercial, econômico e institucional com outros países, como segue: EUA, México, Cuba, Peru, Chile, Equador, Colômbia, Moçambique, Nigéria, África do Sul, Portugal e Áustria. Portanto, amplia os canais de cooperação por onde flui a inovação.

Ela desenvolve processos analíticos, pesquisas clínicas, biológicas, químicas, e fitoterápicas, produção de matérias primas, produtos farmacêuticos, cosméticos e alimentos funcionais. Sua linha de produção é responsável pela fabricação de 40 produtos que são destinados às especialidades de: Pediatria, Clínica Médica, Gastroenterologia, Ginecologia, Urologia e Cardiologia. Este último refere-se especificamente aos problemas cardiovasculares.

Ao passo que valoriza a pesquisa e preza pela biodiversidade nos processos produtivos que desenvolve, mantém laços de cooperação com Universidades no Brasil. Fora do Brasil, esta indústria mantém relação e desenvolve projetos com a Universidade de Farmácia de Porto (Portugal). Atualmente, no Hospital de Nova York, um de seus medicamentos está sendo submetido a testes preliminares.

5.5 Prestadores de serviços

Em relação aos prestadores de serviço de saúde de Caruaru, foi realizada entrevista com o Hospital do Coração da referida cidade, o qual é administrado pela prefeitura do Município. Na esfera privada, foi contatado o Hospital Santa Efigênia, porém, não houve possibilidade de realizar entrevista.

5.5.1 Hospital do Coração de Caruaru (HCC)

No início de suas atividades, o Hospital do Coração de Caruaru (HCC), fazia parte da rede privada de atenção à saúde do Município, chamava-se Pronto Socorro de Cardiologia de Caruaru (PRONTOCARD). Este último, não conseguindo continuar funcionando por problemas financeiros, foi arrendado pela prefeitura a partir de 2008.

O processo de inovação de maior destaque no ASPIL foi identificado no HCC, que será alimentado com a conclusão em 2014 do projeto de novas instalações, bem como, com a aquisição de novos equipamentos de alta tecnologia. A referida ampliação ocorrerá com a mudança para as instalações do antigo Hospital São Sebastião, após a conclusão do projeto de reforma, que disponibiliza 10 leitos na Unidade Coronária. Considerando que o HCC funciona atualmente em prédio alugado à prefeitura, um avanço será identificado pela população, que contará com uma infraestrutura adequada e de alta tecnologia.

Isto perpassa pela aderência da Política Municipal à Política Nacional de Atenção Cardiovascular através de sua adequação às portarias ministeriais. A Política Nacional pressupõem que a unidade hospitalar necessariamente terá que ser adequada às portarias que são divulgadas pelo Ministério. Relativamente ao HCC, passará à categoria de “hospital especializado de porte 1” dentro dessa política do Governo Federal.

O HCC oferece no momento, serviços de internamento, unidade coronariana¹¹, eco cardiograma, eletrocardiograma, exames laboratoriais e

¹¹ Unidade de terapia intensiva coronariana, ou simplesmente, unidade coronariana (uco), é a unidade de terapia intensiva dedicada ao cuidado a pacientes com síndrome coronariana aguda, devendo necessariamente dispor de infraestrutura típica de terapia intensiva, mas se localizar em instituição capacitada para fornecer apoio diagnóstico e terapêutico para os pacientes com

complementares. O atendimento aos pacientes no HCC é precedido obrigatoriamente pelo encaminhamento da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) ou de outra unidade de saúde do Município, à exceção dos casos de urgência recebidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU. Portanto, o processo de atendimento ao paciente com necessidades cardiovasculares segue a mesma direção das demais enfermidades, de acordo com a sintomatologia naquelas instituições, UPA e SAMU. Após o diagnóstico inicial, o paciente é encaminhado para a Unidade Específica, o HCC.

O atendimento específico para cardiologia no HCC inicia com o exame de eletrocardiograma e, de acordo com o diagnóstico, havendo disponibilidade de vagas, o paciente é encaminhado para a unidade coronária ou a enfermaria. Caso o HCC não disponha de vaga no momento do atendimento, o paciente é levado para a sua unidade de origem, a UPA ou outra unidade de saúde do Município, e, encaminhado para uma unidade de atendimento especializado em Recife. Vale salientar que o HCC oferece médico plantonista diariamente e atendimento cardiológico permanente.

Relativamente ao exame de cateterismo, foi identificado na pesquisa que a Prefeitura do Município mantém cooperação com o Hospital Santa Efigênia, que é da rede privada. Os pacientes que enfartam e precisam fazer este exame são encaminhados para o referido hospital sem custo algum, sendo pago pelo SUS.

Diariamente são realizados exames de eletrocardiograma, pois este faz parte da prescrição médica dos pacientes que estão internados no HCC. Além deste exame, estes pacientes têm o direito de fazer o ecocardiograma. Atualmente, o HCC conta com 18 leitos de enfermaria e 5 leitos para atendimento nos casos de doenças cardiovasculares na unidade de terapia intensiva coronariana.

Segundo a pesquisa de campo, os equipamentos são adquiridos pela Prefeitura de Caruaru e os medicamentos usados nos tratamentos desses pacientes são distribuídos pelo Município, através da central de abastecimento farmacêutica, que fornece para toda a rede. Cada unidade de atendimento tem sua farmácia de

apoio. Mensalmente é enviada a demanda de cada unidade e a central faz o abastecimento. Vale salientar que, ao ser prescrito uma medicação que não se encontre disponível na unidade, é feita uma solicitação pelo médico, para que a central de abastecimento atenda o pedido.

Por outro lado, os atendimentos não disponibilizados no ASPIL, estudado e alimentam o processo de cooperação em seu âmbito, também se estende ao denominado “Polo Médico do Recife”. Neste caso, considera-se que atores externos que se encontram geograficamente fora da IV GERES e do Município, são atores do ASPIL estudado que se relacionam através de um processo de cooperação formal intensa com o HCC. Neste sentido, quando os serviços prestados pelo HCC não atendem as necessidades cirúrgicas, o médico encaminha o paciente para a capital, Recife, onde a cirurgia é realizada através do SUS, no Hospital Agamenon Magalhães ou no Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco (PROCAPE).

Todos os médicos do HCC são dotados de algum tipo de especialização, em sua maioria eles são originários de fora do município (95%). O tipo de ingresso na instituição local é o concurso público. Relativamente ao total do quadro de funcionários com nível superior, médicos e enfermeiros, segundo entrevistas da pesquisa de campo, destaca-se que 70%, segue essa trajetória, são originários da capital, Recife, como também de outros estados, por exemplo: Alagoas, Paraíba e Rio Grande do Norte onde são ofertados cursos de medicina.

Em contra partida, o corpo de técnicos de enfermagem do HCC é local, minimamente encontra-se nesta categoria alguns profissionais de outros municípios próximos, a exemplo de Surubim. É relevante o número de técnicos oriundos das escolas técnicas do ASPIL, com destaque para o SENAC – Caruaru.

5.6 Consumidores

Um dos atores do ASPIL estudado nesta pesquisa é representados pela população residente no município de Caruaru e os demais 31 municípios que fazem parte da IV GERES e de modo menos sistemático os pacientes oriundos dos 21 municípios da V GERES.

População esta que necessita diariamente de atendimento nos níveis de baixa, média e alta complexidade. No entanto, foi diagnosticado em pesquisa de

campo que estas especialidades não são oferecidas em quantidade suficiente para suprir a necessidade da mesma, haja vista o baixíssimo número de leitos ofertados para o tratamento de média e alta complexidade em doenças cardiovasculares.

5.7 Órgãos de Regulação, Fiscalização e Financiamento.

Os seguintes organismos de regulação, fiscalização e financiamento foram entrevistados em Caruaru: Secretaria Municipal de Saúde e Secretaria Estadual de Saúde (IV GERES).

5.7.1 Secretaria Municipal de Saúde de Caruaru

A Secretaria Municipal de Saúde é responsável pela assistência da saúde, desde a atenção básica, até a média e alta complexidade, da população de Caruaru, que segundo o IBGE/2013 é de 315 mil habitantes. Para este fim, a Secretaria administra recursos do Ministério da Saúde e do Governo do Estado, bem como o aporte de recursos do Município, neste caso, considera-se o limite mínimo constitucional de 15% do orçamento de Caruaru. No entanto, esse percentual em 2012 alcançou 23% orçamento.

Normalmente, esses recursos vêm com uma destinação específica, pois se trabalha com programas fechados, do ponto de vista da organização e do planejamento do orçamento. Como ilustração, os recursos recebidos para manutenção do SAMU, que é o serviço de urgência, também recursos para a realização de cirurgias eletivas. Se há uma decisão de implantação de políticas públicas, como as mencionadas, o recurso já vem pré-destinado para a execução dessas políticas. No que tange as doenças cardiovasculares, estes são destinados ao HCC.

O HCC é um hospital público que foi implantado por decisão política do Município e não recebe recursos das esferas de Governo Estadual e Federal. A unidade que tem a função de suporte ao apoio do diagnóstico da rede complementar municipal é o Hospital Santa Efigênia, no entanto, não realiza intervenções cirúrgicas na área de cardiologia. Nesse caso, os pacientes são encaminhados para o “Polo Médico do Recife”, ficando a cargo do HCC apenas o acompanhamento do

paciente. Entretanto, encontra-se em negociação a implantação da Rede de Atenção Cardiovascular, que envolve todo o trabalho no nível da atenção básica, de prevenção, de promoção do controle de pacientes hipertensos, e que tenham possibilidade de vir a desenvolver problemas precisando de atendimento hospitalar.

Em atendimento à população, a Secretaria realiza uma política abrangente, em relação as enfermidades cardiovasculares tem uma atuação modesta, se comparada às políticas, programas, projetos ou ações para a assistência à saúde em geral. Nos últimos 2 anos, a Secretaria respondeu diariamente por diversos serviços, no âmbito das políticas do Ministério da Saúde. As duas áreas que mais avançaram em termos da aplicação de políticas públicas no território foram à implantação da linha de cuidados referentes à obstetrícia e à saúde mental.

Até então, relativamente ao primeiro caso, à maternidade municipal não tinha capacidade de realizar os partos da população de Caruaru, neste sentido, atualmente todas as mulheres tem condições de ter seu filho no território. No que tange ao atendimento à saúde mental, havia inicialmente assistência hospitalar privada. Posteriormente, o hospital psiquiátrico da rede privada foi desativado e o atendimento aos portadores de doenças mentais passou a ser realizado pelo município, através de uma linha de cuidados especiais na área de saúde mental, que se estende desde a atenção básica ao acompanhamento dos pacientes nos postos de saúde do PSF até a implantação de leitos no Hospital Geral do Agreste, do Governo do Estado, bem como pela CAPs 24 horas, por ambulatórios de psiquiatria, de modo a formar uma Rede de Saúde Mental no Município.

Neste sentido, questiona-se se no município existe alguma política ou programa voltado para as doenças cardiovasculares. O Hospital do Coração de Caruaru é uma espécie de retaguarda para os serviços de urgência que funciona com dificuldade, não sendo referência para pacientes com problemas cardiovasculares. Esses casos se defrontam com barreiras que se estendem desde a compra de serviços na rede privada (cateterismo) até casos cirúrgicos, considerando a necessidade de acompanhamento de alta complexidade.

A governança do ASPIL é exercida pela referida Secretaria que relativamente à hierarquia comanda e articula a relação com as outras instituições do Sistema. No âmbito do ASPIL, Caruaru é o centro dinâmico. Do ponto de vista geopolítico a Secretaria lidera a articulação da 2ª macro região de saúde do estado de

Pernambuco, atendendo a 53 municípios, que fazem parte da IV Região da Saúde, onde a sede fica em Caruaru, e a V Região de Saúde, a sede fica em Garanhuns. Perfazendo um total de 32 cidades em seu entorno e 21 cidades da V GERES de Garanhuns.

A importância dessa governança emerge do fato de ser o Município sede do território, onde estão localizados serviços, tanto de caráter municipal, quanto regional, a exemplo dos serviços de atenção básica, que são executados pelos hospitais e Unidades de Prontos Atendimentos municipais.

Vale salientar que, embora o território abrigue dois hospitais e uma Unidade de Pronto Atendimento (Hospital Regional do Agreste, Hospital Jesus Nazareno e UPA Estadual) todos sob a égide do Governo do Estado, a política de assistência às doenças cardiovasculares tem sido omitida. No entanto, há previsão para 2014 de correção desse descaso, com a conclusão dos projetos de construção e reforma de instalações dos seguintes hospitais: UPA Especialidades, Hospital Mestre Vitalino e o Hospital São Sebastião. Estes farão atendimentos especializados na referida enfermidade.

A previsão é de que os referidos hospitais ofereçam serviços de média e alta complexidade que, portanto, se adequem às necessidades de atendimento das doenças cardiovasculares. Até o momento, o ASPIL de Caruaru pouco oferece tais serviços, além do atendimento à demanda local, no que se refere a diagnósticos, através dos exames de ultrassom, endoscopia, nos tratamentos de enfermidades que requerem atendimentos na área de otorrinolaringologia e ortopedia.

5.7.2 Secretaria Estadual de Saúde – IV GERES

A coordenação da Secretaria Estadual de Saúde com centralidade em Caruaru, responsável pela gestão da IV GERES, embora não tenha conhecimento da Política Nacional de Atenção Cardiovascular, aplica a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 do Ministério da Saúde e o Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011 da Casa Civil, cujos conteúdos foram expostos e discutidos anteriormente nos capítulos 2 e 3 (ANEXOS G e H) desta dissertação, seguindo a mesma linha de política e cuidados traçados no Estado e no Brasil como um todo, a exemplo da organização de redes, tais como, a rede cegonha, a rede materno-infantil, a rede de

urgência e emergência, a rede de apoio Psicossocial (RAPs). Entretanto, durante a entrevista o referido coordenador, sinalizou o reforço dos tratamentos da diabetes e da hipertensão em 2012 por ocasião da descentralização dos Centros de Atenção Psicossocial (CAP's), principais causas das doenças cardiovasculares.

Um ponto relevante sobre as mencionadas redes, previstas nesta política, é o estímulo à articulação. Neste sentido, houve um avanço da forma de olhar os benefícios da cooperação entre os atores do ASPIL pelas instituições. Isto constitui uma inovação, do ponto de vista organizacional, que permitiu a ampliação dos canais de fluência do conhecimento e do aprendizado formal ou informal. Um exemplo destes canais é o da integração entre as redes de urgência e emergência, rede materno-infantil e a rede psicossocial.

Outra inovação observada na política do município refere-se ao Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), cujo funcionamento obrigatoriamente precede e condiciona o recebimento dos recursos federais destinados através do Ministério da Saúde ao Município. Esse sistema alimenta um banco de dados com informações dos pacientes diabéticos e hipertensos, visando o acompanhamento sistemático das referidas doenças. A alimentação do referido banco de dados é de responsabilidade dos postos municipais de saúde, através do Programa Federal "Saúde da Família".

Os dados coletados pelos postos de saúde (taxas de triglicérides, LDL – low density lipoprotein “colesterol ruim” e HDL - high density lipoprotein “colesterol bom”, fumantes e alcoólicos) referentes aos fatores de risco de doenças cardiovasculares, são repassados a coordenação da IV GERES que realiza a consolidação das informações recebidas, atendendo exclusivamente às consultas do Governo do Estado para acompanhamento e avaliação da execução da política, considerando que os dados são sigilosos. É interessante destacar a postura da Secretaria durante a entrevista, pois mesmo executando uma política preventiva de doenças cardiovasculares informa que desconhece a Política Nacional de Atenção Cardiovascular.

Embora o sistema de informações acima referido, apresente um bom funcionamento, ainda não é capaz de resolver o problema das doenças cardiovasculares entre outras, pois, a execução da política se defronta com a barreira do subfinanciamento e com a descontinuidade do processo político, que se

reflete na instabilidade dos vínculos de “trabalho comissionado” no município, inclusive do próprio coordenador da IV GERES.

A questão dos vínculos trabalhistas dos recursos humanos da área de saúde, em nível de gestão administrativa e operacionalização do sistema, ainda não são bem definidas dentro do município, a exemplo dos agentes comunitários de saúde ou agente de endemias, cujos vínculos de trabalho são precários. Neste caso, o Estado realiza treinamento e capacitação por 4 anos, deixando-os aptos ao exercício de suas funções e/ou cargos, e, no período das eleições estes são substituídos. Há uma descontinuidade do exercício das funções que vem executando. Isto representa uma ineficiência do ponto de vista financeiro, posto que, as demissões impedem que os recursos despendidos com treinamento e capacitação sejam revertidos em benefício da saúde da sociedade provocada pelas dimensões.

6 CONCLUSÃO

As falhas interinstitucionais ao nível das políticas públicas, percebidas nesta dissertação de mestrado, que dificultam a eficiência de políticas públicas de saúde aplicadas ao interior do estado, a exemplo do ASPIL de Caruaru localizado no Agreste Pernambucano, contribuem de forma significativa para que se percorram novos caminhos que levem ao desenvolvimento local. Entendendo-se que, a saúde é um dos mais importantes vetores deste último.

Neste aspecto, transparece a contribuição do presente trabalho para as políticas públicas destinadas aos casos específicos das doenças cardiovasculares, responsável pelo maior número de óbitos no interior do Estado, ressaltando a relevância da linha de pesquisa do PADR, Políticas Públicas e Desenvolvimento Rural. Adicionalmente, a escolha desse tema amplia a produção científica relativa às questões de políticas e de desenvolvimento no meio rural para além dos tradicionais trabalhos sobre a produção agropecuária, que em geral, se afasta das temáticas socialmente mais profundas do desenvolvimento, como são os casos de análise das Políticas Públicas de Saúde implementadas no ASPIL de Caruaru numa perspectiva das interações entre as instituições envolvidas.

Um pressuposto teórico-metodológico da dissertação para que se entenda a relação entre instituições criadoras e gestoras de política pública de saúde e desenvolvimento é o de adotar a perspectiva sistêmica dos processos de cooperação, conhecimento e inovação, como dinamizadores do desenvolvimento local.

No que se refere ao efetivo benefício da cooperação, é necessário que o recorte de análise e de ações da política seja, o território. No entanto, verificou-se na pesquisa que as instituições ao invés de adotar como unidade foco da política, o território como gerador dos processos produtivos, inovativos e de cooperação com vistas aos serviços de saúde voltados para as doenças cardiovasculares, elegeu como segmento alvo da política, os aglomerados de produtores e prestadores de serviços de saúde no espaço geográfico, denominando-os de GERES.

Como visto anteriormente, é o foco da Política Ministerial delegada pelo Governo do Estado a ser 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.

Há um comprometimento, da percepção pelas instituições do potencial de cooperação no ASPIL, 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 ASPIL. Neste caso, o principal desafio das instituições e de suas políticas é a evolução do ASPIL direcionando-o a um ambiente propício a induzir a troca de informações, e a inovação presente no local. O conhecimento tácito e o estímulo à cooperação ainda é desconsiderado pelas instituições ao desprezar e 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 ASPIL, 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, considerando deste modo que prejudica 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, também instiga os conflitos ali encontrados, através da caracterização e domínio dos segmentos do ASPIL.

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 ASPIL de Saúde de Caruaru 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 ASPIL de Saúde de Caruaru, como dito anteriormente, seja exercida pela Secretaria de Saúde do Município.

É importante a caracterização dos atores do ASPIL, 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, melhoria das estruturas governamentais. A atividade da coordenação deve ser flexível e eficiente.

A melhoria do subsistema de inovação do ASPIL deve ser prioritária nas políticas de renovação e criação de infraestrutura de formação de recursos humanos. Considerando 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 tem sido paliativas no sentido de minimizar tais carências, a exemplo da oferta de treinamento em serviço, capacitações e cursos específico, a fim de obter resolutividade 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 atingem 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 (ofertados em número muito reduzido em relação às necessidades no ASPIL). Ganham importância na política atual efetuada no ASPIL as soluções de caráter preventivo por envolverem menor custo em sua execução bem como impeditivas do crescimento do número de óbitos.

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 ASPIL, 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 ASPIL 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 Gerência Regional de Saúde (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.

Neste sentido, algumas sugestões de políticas e ações são elencadas nesta dissertação, como segue:

- 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

APOLINARIO, V.; SILVA, M. L. Análise das políticas para Arranjos Produtivos Locais no Norte, Nordeste e Mato Grosso. **Políticas para Arranjos Produtivos Locais: análise em estados do Nordeste e Amazônia Legal**. Natal, RN: EDUFRN, 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília : Série E. Legislação de Saúde. Ministério da Saúde, 2007. 68 p.

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

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.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES). Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>> Acesso em: 15 jan 2012.

CAMPOS, F.L.S; ALVES, C.D. **Taxa de Inovação Bruta e a Trajetória Tecnológica da Petrobras**: Uma Introdução à Abordagem Sistêmica, Neo-schumpeteriana e Complexa, 2004. *In*: 4º CONVIBRA – Congresso Virtual Brasileiro de Administração. Disponível em <<http://www.convibra.org/2004/pdf/89.pdf>>. Acesso em: 20/09/2013

CASSIOLATO, J. E.; GADELHA, C. A. G. (Coord). **Complexo Industrial da Saúde: a evolução e dinâmica de Arranjos e Sistemas Produtivos e Inovativos Locais no Brasil. Nota Técnica**. Rio de Janeiro, 2010.

CASSIOLATO, J. E. **Saúde e inovação: territorialização do complexo econômico-industrial da saúde. Nota técnica**. Rio de Janeiro, 2012.

CASSIOLATO, J. E. & LASTRES, H. M. M. Arranjos e Sistemas Produtivos Locais na Indústria brasileira. **Revista de Economia Contemporânea**. Rio de Janeiro: v.5, n. especial, p. 103-136, 2001.

CASSIOLATO, J. E.; LASTRES, H. M. M. O foco em arranjos e sistemas produtivos e inovativos locais. **Pequena empresa: cooperação e desenvolvimento local**, Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2003.

CASSIOLATO, J. E.; SZAPIRO, M. Uma caracterização de arranjos produtivos locais de micro e pequenas empresas. **Pequenas empresas: cooperação e desenvolvimento local**. Relume Dumará Editora, Capítulo 2, julho, 2003.

COSTA, O.M.E.; **ARRANJOS PRODUTIVOS LOCAIS APL's como Estratégia de Desenvolvimento**: Uma abordagem teórica. Fortaleza, Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará, 75p. 2011.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS – DATASUS. Site: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>. Acesso em: 11/09/2013

DECRETO Nº 7.508, DE 28 DE JUNHO DE 2011. Presidência da República Casa Civil. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm. Acesso em 11/11/2013.

FERREIRA, L. M. Estudo comparativo de arranjos e sistemas produtivos locais de *software* no nordeste do Brasil. *In*: Tese (Doutorado em Economia) Universidade Federal do Rio de Janeiro - Instituto de Economia, Rio de Janeiro. 2008. 207 p

FIOCRUZ/CEARÁ. **Potencialidades e Perspectivas para o Desenvolvimento do Complexo Econômico Industrial da Saúde no Estado do Ceará**. Nota Técnica FIOCRUZ/CEARÁ, Fortaleza/CE – Rio de Janeiro/RJ, 2010.

GADELHA, C. A. G.. Estudo da competitividade de cadeias integradas no Brasil: impactos das zonas livres de comércio **Nota Técnica Final** Cadeia: Complexo da Saúde. Campinas: IE/NEIT/Unicamp/MCT-Finep/MDIC, 2002.

GADELHA, C. A. G.; QUENTAL, C. & FIALHO, B.C. Saúde e Inovação: uma abordagem sistêmica das indústrias da saúde. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2003, jan-fev, 19 (1) p. 47 – 59,.

GADELHA, C. A. G.. Desenvolvimento, complexo industrial da saúde e política industrial. Revista de Saúde Pública, 40 (N Esp):11-23, 2006.

GADELHA, Carlos A. G., MALDONADO, José; VARGAS, Marco e BARBOSA, Pedro, Sistema Produtivo – Complexo Econômico-Industrial da Saúde, Projeto PIB: Perspectiva do Investimento no Brasil, Rio de Janeiro: IE-UFRJ/IE-Unicamp-BNDES, 2009.

GADELHA, C. **The Health Economic Complex** in Brazil: modes of coordination and implications for NIS in the health area. 8th Globelics International Conference. Kuala Lumpur, Malaysia, 2010.

GIL, A. C. **Como elaborar projeto de pesquisa**. 4ª Ed. São Paulo: Atlas, 2008. 175p.

GUIMARÃES, V. **Sistema de Inovação em Países Periféricos: O Arranjo Produtivo das Empresas de Software em Petrópolis**. 156p. Dissertação (Mestrado em Economia) Universidade Federal do Rio de Janeiro Instituto de Economia, Rio de Janeiro, 2005.

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.

LASTRES, H. M. M. e CASSIOLATO, J. E. **Innovation systems and local productive arrangements: new strategies to promote the generation, acquisition and diffusion of knowledge**. Innovation: Management, Policy and Practice, 2005. 7 (2), April (a).

LASTRES, H. M. M.; CASSIOLATO, J. E. (coord.) **Mobilizando Conhecimento para Desenvolver Arranjos e Sistemas Produtivos e Inovativos Locais de Micro e Pequenas Empresas no Brasil**. RedeSist, 2005. Disponível em: <<http://RedeSist.ie.ufrj.br/glossario.php> (b)> . Acesso em: 10/04/2013

LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. Presidência da República Casa Civil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm> Acesso em: 10/11/2013

LEMOS, C. “**Notas preliminares do Projeto Arranjos Locais e Capacidade Inovativa** em Contexto Crescentemente Globalizado”. IE/UFRJ, Rio de Janeiro, mimeo, 1997.

LIMA, T. A. S. O sistema produtivo e inovativo local de serviços médicos de caruaru. 2013. 99p. **Dissertação** (Mestrado em Administração) Universidade Federal Rural de Pernambuco – Programa de Pós-Graduação em Administração e Desenvolvimento Rural, Recife-PE.

LUZ, M.T., **Notes sur les politiques recentes de santé dans le Brésil la transition démocratique** (années 80). Universidade de Paris VIII, 1988.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. Metodologia científica. 5ª Ed. São Paulo: Atlas, 2008. 312p.

MARSHALL, A. **Princípios de Economia Política**. Editora Abril Cultural, v.1, 1982.

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.

MOUTINHO, L. M. G. et al. **Mapeamento, metodologia de identificação e critérios de seleção para políticas de apoio nos Arranjos Produtivos Locais** – Pernambuco. PROJETOS DE PESQUISA (BNDES/FUNPEC) – Análise do mapeamento e das políticas para Arranjos Produtivos Locais no Norte, Nordeste e Mato Grosso e dos impactos dos grandes projetos federais no Nordeste. Recife/PE, maio 2009. (NOTA TÉCNICA 2/PE).

MOUTINHO, L. M. G; CAMPOS, R. A co-evolução de empresas e instituições em Arranjos Produtivos Locais: políticas públicas e sustentabilidade. **Revista Econômica** do Nordeste, v. 38, n.2, abril-junho/2007. ISSN O100-4958.

MOUTINHO, L.M.G.; RAPOSO, I.P.A; CAMPOS,L.H.R; (2010) **Análise de política para APLs em Pernambuco**. In: Políticas para Arranjos Produtivos Locais: análise em estados do Nordeste e Amazônia Legal/organização Valdênia Apolinário, Maria Lussieu da Silva – Natal, RN: EDUFRN, 2010. 400 p.

PEIXOTO, F. J. M. **O local e os sistemas de inovações em países subdesenvolvidos**: o caso do arranjo produtivo de moda praia de Cabo Frio/RJ. Dissertação (Mestrado em Economia) Universidade Federal do Rio de Janeiro Instituto de Economia, Rio de Janeiro, 2005. 178p.

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://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis./gm/2002/prt0373_27_02_2002.html> Acesso em 11/11/2013

PORTER, M. “**Clusters and the new economics of competition**”. Harvard Business Review,1 998, p. 77-90.

POSSAS, M. L. **Concorrência schumpeteriana** in David Kupfer & Lia Hasenclever (orgs.) - Economia Industrial: Fundamentos Teóricos e Práticas no Brasil. Rio de Janeiro: Elsevier, 2002.

REDESIST. **Complexo Industrial da Saúde: a evolução e dinâmica de Arranjos e Sistemas Produtivos e Inovativos Locais no Brasil**. Rio de Janeiro, 2010. (nota técnica).

REZENDE, J. M. Morbidade, Morbilidade / Morbidity morbidity. **Revista. patol. trop**; Vol.41(2):247-248, abr.-jun. 2012.

SCHMITZ, H.; NADVI, K. **Clustering and Industrialization**: Introduction. World Development, Elsevier, v. 27, n. 9, p. 1503-1514, September, 1999.

SERAFIM, M.P., DIAS, R.B., **Análise de Política**: Uma Revisão da Literatura Policy analysis: a review. Cadernos de Gestão Social. Vol.3, Nº 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, nº 2, abr-jun. 2006

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

ANEXO A – POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - PRINCÍPIOS E/OU DIRETRIZES

Política	Princípios e/ou Diretrizes
Política de Atenção integral a usuários de álcool e outras drogas	Requer exatamente a ruptura de uma lógica binarizante que separa e detém o problema em fronteiras rigidamente delineadas, e cujo eixo principal de entendimento (e, portanto, de “tratamento”) baseia-se na associação drogas-comportamento anti-social (álcool) ou criminoso (drogas ilícitas). Em ambos os casos, há um único objetivo a ser alcançado: a abstinência.
Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS	Promover na sociedade civil a educação em saúde, abrangendo a formação e a produção do conhecimento para a gestão social das políticas públicas de saúde. Promove a articulação entre três eixos fundamentais: a relação entre a educação e o trabalho; a mudança nas políticas de formação e nas práticas de saúde; a produção e a disseminação do conhecimento e a educação nos locais de serviço.
Política Nacional de Atenção Integral a Hipertensão Arterial e ao Diabetes	Constituir, Grupo de Trabalho para condução das Diretrizes Nacionais para Prevenção, Diagnóstico Precoce, Tratamento e Reabilitação das lesões do "Pé Diabético" dentro da Política Nacional de Atenção Integral a Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus.
Política de Redução de danos	Redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência; Definir que a redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, desenvolva-se por meio de ações de saúde dirigidas a usuários ou a dependentes que não podem, não conseguem ou não querem interromper o referido uso, tendo como objetivo reduzir os riscos associados sem, necessariamente, intervir na oferta ou no consumo; definir que as ações de redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, compreendam uma ou mais das medidas de atenção integral à saúde.
Política de Segurança da Informação e Comunicações do Ministério da Saúde.	Adoção de normas e procedimentos relacionados à segurança da informação e comunicações; prover o Ministério da Saúde de normas para a segurança da informação, estabelecendo responsabilidades e diretrizes, bem como atitudes adequadas para manuseio, tratamento, controle e proteção contra a indisponibilidade, a divulgação, a modificação e o acesso não autorizados a dados e informações; e definir um conjunto de instrumentos normativos e organizacionais que capacitem o Ministério da Saúde a assegurar a confidencialidade, a integridade e a disponibilidade dos dados e das informações.
Política Editorial do Ministério da Saúde	Estabelecer princípios, diretrizes e responsabilidades que orientem a produção editorial no âmbito do MS e das entidades vinculadas, com o objetivo de proporcionar à sociedade brasileira produtos editoriais que subsidiem efetivamente gestores, trabalhadores, conselheiros, professores, pesquisadores, estudantes e demais interessados no setor, favorecendo a consolidação do SUS, a participação, o controle social e a construção da cidadania. Estruturar os processos de planejamento, tratamento, edição, preservação, acesso e avaliação da informação em saúde, reconhecida como um patrimônio público e um direito constitucional.
Política Federal de Assistência Farmacêutica	Promover e organizar o fornecimento, por preços acessíveis, de medicamentos de uso humano a quantos não puderem por suas condições econômicas, adquiri-los a preços comuns no mercado; funcionar como reguladora da produção e distribuição de medicamentos dos laboratórios farmacêuticos subordinados ou vinculados aos Ministérios da Marinha, do Exército, da Aeronáutica, da Saúde, do Trabalho e Previdência Social e da Saúde.
Política Nacional Antidrogas	Conscientizar a sociedade brasileira da ameaça representada pelo uso indevido de drogas e suas consequências; educar, informar, capacitar e

	<p>formar agentes em todos os segmentos sociais para a ação efetiva e eficaz de redução da demanda, fundamentada em conhecimentos científicos validados e experiências bem sucedidas; sistematizar as iniciativas, ações e campanhas de prevenção do uso indevido de drogas em uma rede operativa de medidas preventivas, com a finalidade de ampliar sua abrangência e eficácia; implantar e implementar rede de assistência a indivíduos com transtornos decorrentes do consumo de substâncias psicoativas, fundamentada em conhecimento validado, com a normatização funcional mínima, integrando os esforços desenvolvidos no tratamento de dependentes e abusadores;</p>
<p>Política Nacional de Alimentação e Nutrição</p>	<p>Garantir a qualidade dos alimentos colocados para consumo no País, a promoção de práticas alimentares saudáveis, a prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais, bem como o estímulo às ações intersetoriais que propiciem o acesso universal aos alimentos.</p>
<p>Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva</p>	<p>Desenvolver estratégias de promoção da qualidade de vida, educação, proteção, recuperação da saúde e prevenção de danos, protegendo, desenvolvendo a autonomia e a equidade de indivíduos e coletividades; organizar uma linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e reabilitação) que perpassa todos os níveis de atenção promovendo, dessa forma, a inversão do modelo de atenção aos pacientes, com assistência multiprofissional e interdisciplinar; identificar os determinantes, condicionantes das principais patologias e situações de risco que levam à deficiência auditiva, desenvolver ações transitórias de responsabilidade pública, sem excluir as responsabilidades de toda a sociedade;</p>
<p>Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos indígenas</p>	<p>Garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo, a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura.</p>
<p>Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal</p>	<p>Desenvolver estratégias de promoção da qualidade de vida, educação, proteção, recuperação da saúde, prevenção de danos, protegendo e desenvolvendo a autonomia, a equidade de indivíduos e coletividades; organizar uma linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) que perpassa todos os níveis de atenção, promovendo, dessa forma, a inversão do modelo de atenção; definir critérios técnicos mínimos para o funcionamento e avaliação dos serviços públicos e privados que realizam diálise, bem como os mecanismos de sua monitoração com vistas a diminuir os riscos aos quais fica exposto o portador de doença renal; ampliar cobertura no atendimento aos portadores de insuficiência renal crônica no Brasil, garantindo a universalidade, a equidade, a integralidade, o controle social e o acesso às diferentes modalidades de Terapia Renal Substitutiva (diálise peritoneal, hemodiálise e transplante); ampliar cobertura aos portadores de hipertensão arterial e de diabetes mellitus, principais causas da insuficiência renal crônica no Brasil;</p>
<p>Política Nacional de Atenção às urgências</p>	<p>Garantir a universalidade, equidade e a integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e as relacionadas às causas externas (traumatismo não intencionais), violências e suicídios; consubstanciar as diretrizes de regionalização da atenção às urgências, mediante a adequação criteriosa da distribuição dos recursos assistenciais, conferindo concretude ao dimensionamento e implantação de sistemas estaduais, regionais e municipais e suas respectivas redes de atenção; desenvolver estratégias promocionais da qualidade de vida e saúde capazes de prevenir agravos, proteger a vida, educar para a defesa da saúde e recuperar a saúde, protegendo e desenvolvendo a autonomia e a equidade de indivíduos e coletividades.</p>

<p>Política Nacional de Atenção Básica</p>	<p>Compreende a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.</p>
<p>Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade</p>	<p>Determinar que as Secretarias de Estado da Saúde estabeleçam 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.</p>
<p>Política Nacional de Atenção em Oftalmologia</p>	<p>Desenvolver estratégias de promoção da qualidade de vida, educação, proteção e recuperação da saúde e prevenção de danos, protegendo e desenvolvendo a autonomia e a equidade de indivíduos e coletividades; organizar uma linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) que perpassa todos os níveis de atenção, promovendo, dessa forma, a inversão do modelo de atenção; identificar os determinantes e condicionantes das principais patologias que levam à doença oftalmológica e desenvolver ações transeitoriais de responsabilidade pública, sem excluir as responsabilidades de toda a sociedade; definir critérios técnicos mínimos para o funcionamento e avaliação das Unidades de Atenção Especializada, públicas ou privadas que prestam atenção em oftalmologia, bem como os mecanismos de sua monitorização com vistas à diminuição dos riscos aos quais fica exposto o paciente com doença oftalmológica;</p>
<p>Política Nacional de Atenção em Traumatologia e Ortopedia de Alta Complexidade</p>	<p>Determinar que as Secretarias de Estado da Saúde estabeleçam um planejamento regional hierarquizado para formar uma rede estadual e/ou regional de atenção em alta complexidade traumato-ortopédica, com a finalidade de prestar assistência aos portadores de doenças do sistema músculos esquelético que necessitem ser submetidos aos procedimentos classificados como de alta complexidade; oferecer condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada a portadores de doenças do sistema musculoesquelético; desenvolver articulação e integração com o sistema local e regional de atenção à Saúde; respeitar os critérios determinados pela Política Nacional de Humanização.</p>
<p>Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher</p>	<p>Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro; contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie; ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde;</p>
<p>Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.</p>	<p>Assistência à saúde do usuário em todos os níveis da atenção, na perspectiva de uma linha de cuidado que estabeleça uma dinâmica de referência e de contra referência entre a atenção básica e as de média e alta complexidade, assegurando a continuidade no processo de atenção; compreensão sobre os agravos e a complexidade dos modos de vida e da situação social do indivíduo, a fim de promover intervenções sistêmicas que envolvam, inclusive, as determinações sociais sobre a</p>

	saúde e a doença; organização dos serviços públicos de saúde de modo a acolher e fazer com que o homem sinta-se integrado; implementação hierarquizada da política, priorizando a atenção básica; priorização da atenção básica, com foco na estratégia de Saúde da Família; reorganização das ações de saúde, por meio de uma proposta inclusiva, na qual os homens considerem os serviços de saúde também como espaços masculinos e, por sua vez, os serviços de saúde reconheçam os homens como sujeitos que necessitem de cuidados; e integração da execução da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem às demais políticas, programas, estratégias e ações do Ministério da Saúde.
Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida	Organizar uma linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e reabilitação) que perpassasse todos os níveis de atenção, promovendo, dessa forma, a atenção por intermédio de equipe multiprofissional, com atuação interdisciplinar; identificar os determinantes e condicionantes dos principais problemas de infertilidade em casais em sua vida fértil, e desenvolver ações transitórias de responsabilidade pública, sem excluir as responsabilidades de toda a sociedade; definir critérios técnicos mínimos para o funcionamento, o monitoramento e a avaliação dos serviços que realizam os procedimentos e técnicas de reprodução humana assistida, necessários à viabilização da concepção, tanto para casais com infertilidade, como para aqueles que se beneficiem desses recursos para o controle da transmissão vertical e/ou horizontal de doenças; fomentar, coordenar e executar projetos estratégicos que visem o estudo do custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como a incorporação tecnológica na área da reprodução humana assistida no Brasil;
Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde	Assegurar o desenvolvimento e a implementação de padrões elevados de ética na Pesquisa em Saúde; instituir mecanismos que assegurem o cumprimento desses padrões éticos no território nacional, para empresas públicas e privadas, nacionais e internacionais, na perspectiva da segurança e dignidade dos sujeitos de pesquisa; estimular a criação e o fortalecimento dos comitês locais de ética em pesquisa e aprimorar o sistema de revisão e aprovação ética de pesquisas envolvendo seres humanos. A responsabilidade quanto a qualquer dano à saúde dos indivíduos envolvidos deve ser exigida, assim como o fortalecimento do controle social nos comitês de ética em pesquisa.
Política Nacional de DST/Aids	Reduzir a incidência de infecção pelo HIV/aids e por outras DST; ampliar o acesso ao diagnóstico, ao tratamento e à assistência - melhorando sua qualidade -, no que se refere ao HIV/aids; fortalecer as instituições públicas e privadas responsáveis pelo controle das DST e da aids.
Política Nacional de Educação Permanente dos Trabalhadores do Ministério da Saúde	Considerar as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalhador em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde.
Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde – SUS	Atuar na promoção da democratização do Estado, na garantia dos direitos sociais e na participação da população na política de saúde, reafirmando o caráter deliberativo dos conselhos de saúde para fortalecimento do controle social no Sistema Único de Saúde – SUS; contribuir para ampliação e qualificação da participação social na formulação, gestão e controle da política pública da saúde; fortalecer os conselheiros de saúde como sujeitos sociais que participam da formulação e deliberação da política de saúde como representantes da sociedade; desenvolver estratégias que promovam o intercâmbio de experiências sobre o controle social no Sistema Único de Saúde – SUS.
Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde	Utilização de evidências científicas para subsidiar a gestão por meio da avaliação de tecnologias em saúde; aprimoramento do processo de incorporação de tecnologias; racionalização da utilização de tecnologias; apoio ao fortalecimento do ensino e pesquisa em gestão de tecnologias em saúde; sistematização e disseminação de informações; fortalecimento das estruturas governamentais; articulação político-institucional e inter

	setorial.
Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS	Reafirmação dos pressupostos da Reforma Sanitária quanto ao direito universal à saúde de responsabilidade do Estado, como universalidade, equidade, integralidade e participação social; valorização dos diferentes mecanismos de participação popular e de controle social nos processos de gestão do SUS, especialmente os conselhos e as conferências de saúde, garantindo sua consolidação como política de inclusão social e conquista popular; promoção da inclusão social de populações específicas, visando à equidade no exercício do direito à saúde; afirmação do protagonismo da população na luta por saúde a partir da ampliação de espaços públicos de debates e construção de saberes.
Política Nacional de Humanização	Ampliar as ofertas da Política Nacional de Humanização aos gestores e aos conselhos de saúde, priorizando a atenção básica/fundamental e hospitalar, com ênfase nos hospitais de urgência e universitários; - Incentivar a inserção da valorização dos trabalhadores do SUS na agenda dos gestores, dos conselhos de saúde e das organizações da sociedade civil; - Divulgar a Política Nacional de Humanização e ampliar os processos de formação e produção de conhecimento em articulação com movimentos sociais e instituições.
Política Nacional de Informação e Informática em Saúde	Promover o uso inovador, criativo e transformador da tecnologia da informação, para melhorar os processos de trabalho em saúde, resultando em um Sistema Nacional de Informação em Saúde articulado, que produza informações para os cidadãos, a gestão, a prática profissional, a geração de conhecimento e o controle social, garantindo ganhos de eficiência e qualidade mensuráveis através da ampliação de acesso, equidade, integralidade e humanização dos serviços e, assim, contribuindo para a melhoria da situação de saúde da população.
Política Nacional de Medicamento	Adoção de Relação de Medicamentos Essenciais; regulamentação Sanitária de Medicamentos; reorientação da Assistência Farmacêutica; promoção do Uso Racional de Medicamentos; desenvolvimento Científico e Tecnológico; promoção da Produção de Medicamentos; garantia da Segurança, Eficácia e Qualidade dos Medicamentos; desenvolvimento e Capacitação de Recursos Humanos;
Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares	Incorporar e implementar a MNPC no SUS, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde; contribuir para o aumento da resolubilidade do Sistema e para a ampliação do acesso à MNPC, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso; promover a racionalização das ações de saúde, estimulando alternativas inovadoras e socialmente contributivas para o desenvolvimento sustentável de comunidades; estimular as ações referentes ao controle/participação social, promovendo o envolvimento responsável e continuado dos usuários, gestores e trabalhadores, nas diferentes instâncias de efetivação das políticas de saúde.
Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos	Regulamentar o cultivo; o manejo sustentável; a produção, a distribuição, e o uso de plantas medicinais e fitoterápicos, considerando as experiências da sociedade civil nas suas diferentes formas de organização; promover a Formação técnico-científica e capacitação no setor de plantas medicinais e fitoterápicos. Incentivar a formação e capacitação de recursos humanos para o desenvolvimento de pesquisas, tecnologias e inovação em plantas medicinais e fitoterápicos; estabelecer estratégias de comunicação para divulgação do setor plantas medicinais e fitoterápicos.
Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS	Incorporar e implementar a PNPIC no SUS, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde; contribuir ao aumento da resolubilidade do Sistema e ampliação do acesso à PNPIC, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso; promover a racionalização das ações de saúde,

	estimulando alternativas inovadoras e socialmente contributivas ao desenvolvimento sustentável de comunidades; estimular as ações referentes ao controle/participação social, promovendo o envolvimento responsável e continuado dos usuários, gestores e trabalhadores nas diferentes instâncias de efetivação das políticas de saúde.
Política Nacional de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade	Dar autonomia ao gestor municipal e estadual para definição dos procedimentos cirúrgicos eletivos de média complexidade a serem realizados com recursos extrateto, corresponsabilizando-se pelo controle e pela avaliação da execução desses procedimentos; Estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada que permita cuida dos integrais de saúde e melhoria do acesso dos pacientes ao atendimento especializado de cirurgias eletivas de média complexidade; Identificar a demanda reprimida e de redução das filas de espera por procedimentos cirúrgicos eletivos de média complexidade, possibilitando a organização local do sistema e a ampliação, se necessário, da oferta desses serviços.
Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial	Adequação de sua estrutura para implementar as políticas de promoção de igualdade racial; empenho no aperfeiçoamento de marcos legais que dêem sustentabilidade a essas políticas, e na consolidação de uma cultura de planejamento, monitoramento e avaliação; adoção de estratégias que garantam a produção de conhecimento, informações e subsídios, bem como de condições técnicas, operacionais e financeiras para o desenvolvimento de seus programas; estabelecer sólidas parcerias com outros ministérios e órgãos federais, incumbindo-se de garantir a inserção da perspectiva da promoção da igualdade racial em todas as políticas governamentais (saúde, educação, desenvolvimento agrário, segurança alimentar, segurança pública, trabalho, emprego e renda, previdência social, direitos humanos, assistência social e outras).
Política Nacional de Promoção da Saúde	Reconhecer na Promoção da Saúde uma parte fundamental da busca da eqüidade, da melhoria da qualidade de vida e de saúde; estimular as ações intersetoriais, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações de Promoção da Saúde; fortalecer a participação social como fundamental na consecução de resultados de Promoção da Saúde, em especial a eqüidade e o empoderamento individual e comunitário; promover mudanças na cultura organizacional, com vistas à adoção de práticas horizontais de gestão e estabelecimento de redes de cooperação intersetoriais; incentivar a pesquisa em Promoção da Saúde, avaliando eficiência, eficácia, efetividade e segurança das ações prestadas; divulgar e informar das iniciativas voltadas para a Promoção da Saúde para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando metodologias participativas e o saber popular e tradicional.
Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências	Promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis; monitorização da ocorrência de acidentes e de violências; sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar; assistência interdisciplinar e intersetorial as vítimas de acidentes e de violências; estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e a reabilitação; capacitação de recursos humanos; apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.
Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS.	Elaboração de decretos, normas e portarias que dizem respeito às funções de gestão; planejamento, Financiamento e Fiscalização de Sistemas de Saúde; controle Social e Ouvidoria em Saúde; vigilância Sanitária e Epidemiológica; regulação da Saúde Suplementar; auditoria Assistencial ou Clínica; avaliação e Incorporação de Tecnologias em Saúde.
Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência	Promoção da qualidade de vida das pessoas portadoras de deficiência; assistência integral à saúde da pessoa portadora de deficiência; prevenção de deficiências; ampliação e fortalecimento dos mecanismos de informação; organização e funcionamento dos serviços de atenção à pessoa portadora de deficiência; capacitação de recursos humanos.
Política Nacional de Saúde	Inclusão dos temas Racismo e Saúde da População Negra nos processos

<p>Integral da População Negra</p>	<p>de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social na saúde; Ampliação e fortalecimento da participação do Movimento Social Negro nas instâncias de controle social das políticas de saúde, em consonância com os princípios da gestão participativa do SUS, adotados no Pacto pela Saúde; Incentivo à produção do conhecimento científico e tecnológico em saúde da população negra; Promoção do reconhecimento dos saberes e práticas populares de saúde, incluindo aqueles preservados pelas religiões de matrizes africanas; implementação do processo de monitoramento e avaliação das ações pertinentes ao combate ao racismo e à redução das desigualdades étnico-raciais no campo da saúde nas distintas esferas de governo; Desenvolvimento de processos de informação, comunicação e educação, que desconstruam estigmas e preconceitos fortaleçam uma identidade negra positiva e contribuam para a redução das vulnerabilidades;</p>
<p>Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta</p>	<p>Saúde como direito universal e social; inclusão social, com garantia do acesso às ações e serviços do SUS, da promoção da integralidade da saúde e da atenção às especificidades de geração, raça/cor, gênero, etnia e orientação sexual das populações do campo e da floresta; transversalidade como estratégia política e a intersetorialidade como prática de gestão norteadoras da execução das ações e serviços de saúde voltadas às populações do campo e da floresta; formação e educação permanente em saúde, considerando as necessidades e demandas das populações do campo e da floresta, com valorização da educação em saúde, articulada com a educação fundamental e técnica; valorização de práticas e conhecimentos tradicionais, com a promoção do reconhecimento da dimensão subjetiva, coletiva e social dessas práticas e a produção e reprodução de saberes das populações tradicionais; promoção de ambientes saudáveis, contribuindo para a defesa da biodiversidade e do respeito ao território na perspectiva da sustentabilidade ambiental; apoio à produção sustentável e solidária, com reconhecimento da agricultura familiar camponesa e do extrativismo, considerando todos os sujeitos do campo e da floresta; participação social com estímulo e qualificação da participação e intervenção dos sujeitos do campo e da floresta nas instâncias de controle social em saúde; informação e comunicação em saúde considerando a diversidade cultural do campo e da floresta para a produção de ferramentas de comunicação; produção de conhecimentos científicos e tecnológicos como aporte à implementação da PNSIPCF.</p>
<p>Política Nacional de Saúde Mental</p>	<p>Consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária. Isso é, que garanta a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, comunidade e cidade, e oferece cuidados com base nos recursos que a comunidade oferece. Esse modelo conta com uma rede de serviços e equipamentos variados tais como os Centros de Atenção Psicossocial, os Serviços Residenciais Terapêuticos, os Centros de Convivência e Cultura e os leitos de atenção integral.</p>
<p>Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador</p>	<p>Promoção da melhoria da qualidade de vida e da saúde do trabalhador, mediante a articulação e integração, de forma contínua, das ações de Governo no campo das relações de produção consumo, ambiente e saúde; ampliação das ações de SST, visando a inclusão de todas os trabalhadores brasileiros no sistema de promoção e proteção da saúde; harmonização das normas e articulação das ações de promoção, proteção e reparação da saúde do trabalhador; Precedência das ações de prevenção sobre as de reparação; estruturação de Rede Integrada de Informações em Saúde do Trabalhador; Reestruturação da Formação em Saúde do Trabalhador e em Segurança no Trabalho e incentivo a capacitação e educação continuada dos trabalhadores responsáveis pela operacionalização da PNSST; promoção de Agenda Integrada de Estudos e Pesquisas em Segurança e saúde do Trabalhador.</p>

<p>Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)</p>	<p>Reconhecimento do câncer como doença crônica prevenível e necessidade de oferta de cuidado integral, considerando-se as diretrizes da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS; organização de redes de atenção regionalizadas e descentralizadas, com respeito a critérios de acesso, escala e escopo; formação de profissionais e promoção de educação permanente, por meio de atividades que visem à aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais de saúde para qualificação do cuidado nos diferentes níveis da atenção à saúde e para a implantação desta Política; articulação intersetorial e garantia de ampla participação e controle social; incorporação e o uso de tecnologias voltadas para a prevenção e o controle do câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS devem ser resultado das recomendações formuladas por órgãos governamentais a partir do processo de Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) e da Avaliação Econômica (AE).</p>
<p>Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte</p>	<p>Implementar políticas e estratégias em conjunto com Estados e municípios, resultantes da pactuação entre as três esferas de governo; oferecer assessoria técnica a Estados e municípios para a elaboração e implantação dos Planos de Trabalho; desenvolver e implementar projetos estratégicos, em parceria com Estados e municípios, para a capacitação de gestores estaduais e municipais; monitorar, controlar e avaliar a Política Nacional para Hospitais de Pequeno Porte; analisar e encaminhar os projetos para homologação na Comissão Intergestores Tripartite; aprimorar e utilizar os sistemas de informação existentes para o acompanhamento e avaliação.</p>
<p>Política Vigente para a Regulamentação de Medicamentos no Brasil</p>	<p>Reconhecimento de três categorias principais para o registro de medicamentos: homeopáticos, fitoterápicos e substâncias quimicamente definidas; Verificação da qualidade quanto à reprodutibilidade (igualdade entre lotes), segurança e eficácia terapêutica dos medicamentos dentro das três categorias, por meio de comprovação laboratorial ou de estudos clínicos; controle da matéria-prima; redefinição das categorias de venda para medicamentos: isentos de prescrição médica, com prescrição médica e controlados; exigência da certificação de Boas Práticas de Fabricação para a concessão de registro para linha de produção de medicamentos;</p>

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados disponíveis no site da biblioteca do Ministério da Saúde em 11/10/2013

ANEXO B – ROTEIRO PARA ENTREVISTAS COM AS INSTITUIÇÕES DE ENSINO E PESQUISA (ESCOLAS TÉCNICAS, UNIVERSIDADES, CENTROS TECNOLÓGICOS, ETC):

1. Identificação da instituição e do entrevistado, estrutura e organização da instituição.
2. Número e qualificação de funcionários e percentual dos atuantes em ensino e pesquisa.
3. Recursos e principais fontes.
4. Principais atividades, linhas de pesquisas, laboratórios e serviços.
5. Oferta de cursos (tipos, frequência, clientela, etc.).
6. Principais clientes/parceiros.
7. Principais projetos e pesquisas em andamento.
8. Demanda por pesquisas, serviços e cursos oferecidos (número e principais organizações clientes, localização dos demandantes, absorção pelas empresas locais dos técnicos que já participaram de cursos oferecidos, etc.).
9. Avaliação dos fatores que estimulam ou impedem a utilização dos serviços.
10. Cooperação com outros agentes do arranjo local (empresas e outros).
11. Características dos programas de cooperação (objetivos, duração, frequência, resultados esperados e já obtidos).
12. Participação em programas de pesquisa (ou de cooperação) com outras instituições de pesquisa nacionais e internacionais.
13. Experiências específicas no desenvolvimento de inovações.

ANEXO C – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM ENTIDADES DE REPRESENTAÇÃO

1. Identificação da entidade e do entrevistado.
2. Funções e objetivos da entidade.
3. Formação e desenvolvimento da entidade.
4. Número e principais associados.
5. Âmbito de atuação da entidade.
6. Esforço da associação para o estímulo ao desenvolvimento da capacitação tecnológica dos associados (relações da entidade com órgãos locais, nacionais e internacionais, promoção de eventos, etc).
7. Objetivo e frequência dos contatos com as empresas associadas (contatos para troca de informações, realização de eventos, cursos, etc).
8. Participação em ações para o desenvolvimento local/ regional.
9. Interações com os órgãos governamentais.
10. Atual programa de ação da associação.
11. Principais carências identificadas pelas associadas para desenvolvimento do APL.
12. Sugestões da associação para políticas de aumento da capacidade competitiva do arranjo local.

ANEXO D – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM ORGANISMOS DE PROMOÇÃO

1. Data de criação do Programa/iniciativa: vinculação institucional e coordenação institucional.
2. Objetivos e metas da iniciativa.
3. Organismos participantes e funções de cada um. Como se articulam entre si?
4. Data de implementação da iniciativa ou programa no arranjo. Estágio de desenvolvimento.
5. Tipos de apoio do programa (capacitação profissional e treinamento técnico; apoio a consultoria técnica; linhas de crédito; incentivos fiscais; bolsas; apoio a empresas emergentes ou incubadoras; outros).
6. Público(s) alvo do programa.
7. Motivação para seleção do APL para apoio.
8. Metodologia adotada.
9. Recursos financeiros do Programa? Quanto, em que e com quem tais recursos já foram despendidos?
10. Principais resultados pretendidos e alcançados, até o momento.
11. Principais dificuldades.
12. Relação com os governos federal, estadual e municipal.
13. Outros temas específicos para cada APL.

ANEXO E – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM REPRESENTANTES PÚBLICOS

Bloco 1: Questões gerais sobre os ASPILs

- 1) Identificação do entrevistado (nome, formação, cargo/atividade, unidade, data de posse, desde quando atua na área).
- 2) Identificação da unidade (nome, localização, fundação/criação, fundadores/sócios, tamanho em emprego/faturamento, atividade principal).
- 3) Como você descreveria a hierarquia e articulação das subunidades/atores do sistema de saúde no município de Caruaru-PE?
 - a. Obs: “no município” é diferente de “municipal”
- 4) Qual o papel de sua unidade e de sua atividade no sistema de saúde municipal/estadual.
- 5) Qual a política/programa/projeto/ação desenvolvida e aplicada nos últimos 2 anos (2011/2012/2013) por sua unidade?
 - a) Qual o orçamento previsto x executado?
 - b) Houve alguma mudança significativa na orientação/objetivos/instrumentos ou trata-se de um aprofundamento/aperfeiçoamento do previamente existente?
 - c) Como se distribuem o orçamento e os projetos/ações relativamente ao perfil epidemiológico municipal?
 - d) Há algum critério/consideração/análise dos impactos da política/programa/projeto/ações sobre os produtores da indústria local?
 - e) Você conhece a origem dos principais fornecedores industriais para os serviços oferecidos?
- 6) Quais as transformações recentes (2010/2012) no comportamento empresarial nas unidades de serviços médico-hospitalares-laboratoriais presentes no sistema de Caruaru-PE?
 - a) Patrimoniais (fusões, aquisições, parcerias, etc.).
 - b) Tecnológicas (escala, informatização, automação, qualificação, etc.).
 - c) Financeiras (endividamento, fontes bancárias, acesso ao mercado de capitais, lucros retidos, etc.).
 - d) Organizacionais (especialização, diversificação, integração vertical, etc.).
 - e) Origem/natureza do capital [Privado (Paraíba, Nordeste, Brasil, Exterior) X Público (Municipal, Estadual, Federal)].
- 7) Quais os vetores exógenos de mudança estrutural afetando a dinâmica do sistema?
 - a) Regulatório (ANVISA, MS, OMS).
 - b) Padrão de concorrência (global e nacional, integração hospitais-plano de saúde e plano de saúde-farmacêuticas, etc, preço/propaganda/inovação).
 - c) Mudança técnica (tratamentos, tipos de exames, etc.).

- 8) Onde estão as principais deficiências do sistema de saúde no município?
- a) Qual a gravidade?
 - b) Como corrigi-las?
 - c) A quem caberia à iniciativa?
- 9) Qual o orçamento de capital da sua unidade e quais os critérios de compra de equipamentos, mobiliário.
- a) Conhece/usa os incentivos do Plano Brasil Maior?
 - b) Há política local (municipal/estadual) de favorecimento a produtores locais?
 - c) Há fornecedores locais (município/estado)?
 - d) Como se distribui de acordo com as patologias do perfil epidemiológico?
- 10) A compra de medicamentos segue alguma política/orientação especial?
- a) Determinada pelo governo federal/estadual/municipal?
 - b) Pela origem/porte dos fornecedores?
 - c) Qual o gasto per capita com medicamentos (R\$/paciente)?
- i) Como se distribui de acordo com as patologias do perfil epidemiológico?

Bloco 2: Perguntas referentes “a doença” em estudo

- 11) Há alguma política, programa, projeto ou ação específica para doenças cardiovasculares em Caruaru-PE ou em Pernambuco?
- a) Quando foi formulada?
 - b) Há articulação com as políticas federais? Quais?
 - c) Qual o orçamento dos últimos 2 anos? Há transferências de recursos orçamentários?
- 12) A orientação da política é preventiva ou curativa?
- 13) A atual infraestrutura hospitalar em Caruaru-PE atende as necessidades da população para as doenças cardiovasculares?
- a) Em número de leitos? Na distribuição por tipo? Na distribuição espacial?
 - b) Em número de médicos? Demais profissionais?
 - c) Em termos da qualificação e especialização dos profissionais atualmente contratados?
 - d) Os medicamentos específicos são disponibilizados em quantidade adequada? Em farmácias? Em órgãos específicos?
 - e) Há atrasos na distribuição destes medicamentos?
 - f) Qual o custo da distribuição destes medicamentos? Qual o peso no total do orçamento?

ANEXO F – IDENTIFICAÇÃO DOS PRINCIPAIS ATORES DO ASPIL DE CARUARU E OS MÉTODOS DE PESQUISA UTILIZADOS PARA ACESSA-LOS.

Nome	Endereço físico/eletrônico	Local	Métodos de pesquisa	
			Direta	Indireta
Ministério da Saúde – MS	www.saude.gov.br	Brasil	-	sim
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco/ Gerencia Regional de Saúde – IV GERES	Rua Gen. Estilac Leal S/N Salgado Caruaru - PE	Caruaru	sim	-
Secretaria Municipal de Saúde de Caruaru	Rua Martin Afonso, 267 – Bairro São Francisco –Caruaru – PE	Caruaru	sim	-
Câmara Setorial de Saúde / Associação Comercial e Industrial de Caruaru – CSS/ACIC	Rua Armando Fonte, 15 - Maurício de Nassau Caruaru – PE	Caruaru	sim	-
Sindicato dos Médicos de Pernambuco / Diretoria Regional de Caruaru – SIMEPE	Avenida Portugal, 465 Bairro: Universitário CEP: 55016-400 Caruaru – PE	Caruaru	sim	-
Conselho Regional de Medicina de Pernambuco / Delegacia Regional de Caruaru - CREMEPE	Av. Portugal, 465, Bairro: Universitário CEP: 55.016-400 Caruaru – PE	Caruaru	sim	-
ASCES – Associação Caruaruense de Ensino Superior	Avenida Portugal, 584, Bairro Universitário Caruaru – PE	Caruaru	sim	-
FAVIP – Faculdade do Vale do Ipojuca	Av. Adjair da Silva Casé, 800 – Indianópolis – Caruaru – PE	Caruaru	sim	-
IUNEBRASIL – Instituto Unificado Europeu do Brasil	www.iunebrasil.edu.br	Brasil	-	sim
UNIDERP – Universidade Anhanguera	www.uniderp.br	Brasil	-	sim
SENAC – Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial	R. Cleto Campelo, 79 - Centro, Caruaru – PE	Caruaru	sim	
HRA – Hospital Regional do Agreste Dr. Waldemiro Ferreira	BR 232, 130 Indianópolis - Caruaru	Caruaru	-	sim
Casa de Saúde Santa Ifigênia	Rua Gonçalo Coelho, 40 Maurício de Nassau – Caruaru-PE	Caruaru	sim	
Hospital de Coração de Caruaru	Rua Gonçalves Dias, 290 – Maurício de Nassau Caruaru-PE	Caruaru	sim	
SEFAZ – Secretaria da Fazenda de Caruaru	http://sefazcaruaru.com.br/	Caruaru		sim
SES - Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco	http://portal.saude.pe.gov.br/	PE		sim
CPRH - Agência Estadual de Meio Ambiente e Recursos Hídricos	http://www.cprh.pe.gov.br	PE		sim
SIPA - Secretaria de Infraestrutura e Políticas Ambientais	http://www.caruaru.pe.gov.br/secretarias_page/sec-de-infraestrutura-e-politicas-ambientais/	Caruaru		sim
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária	portal.anvisa.gov.br	Brasil		sim
VISA – Vigilância Sanitária de Caruaru	portal.anvisa.gov.br	Caruaru		sim
ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar	www.ans.gov.br	Brasil		sim
INMETRO - Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial	www.inmetro.gov.br	Brasil		sim

BNDES – Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social	www.bndes.gov.br	Brasil		sim
BNB – Banco do Nordeste	www.bnb.gov.br	Brasil		Sim
BB – Banco do Brasil	WWW.bb.com.br	Brasil		Sim
CAIXA – Caixa Econômica Federal	www.caixa.gov.br	Brasil		Sim

ANEXO G – 7 LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990.

Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990.

Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o **Congresso Nacional** decreta e eu sanciono a seguinte lei:

DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 1º Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.

TÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

~~Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.~~

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. (Redação dada pela Lei nº 12.864, de 2013)

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

TÍTULO II DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.

§ 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar.

CAPÍTULO I Dos Objetivos e Atribuições

Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS:

I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;

III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

I - a execução de ações:

- a) de vigilância sanitária;
- b) de vigilância epidemiológica;
- c) de saúde do trabalhador; e
- d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;

II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;

III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - a vigilância nutricional e a orientação alimentar;

V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;

VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;

VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;

IX - a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;

XI - a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

§ 1º Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e

II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

§ 2º Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

§ 3º Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

I - assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;

II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;

III - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;

IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;

VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;

VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e

VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

CAPÍTULO II

Dos Princípios e Diretrizes

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

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

CAPÍTULO III

Da Organização, da Direção e da Gestão

Art. 8º As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

Art. 9º A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

- I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;
 - II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e
 - III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.
- Art. 10. Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.

§ 1º Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única, e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância.

§ 2º No nível municipal, o Sistema Único de Saúde (SUS), poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.

Art. 11. (Vetado).

Art. 12. Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil.

Parágrafo único. As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 13. A articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais, abrangerá, em especial, as seguintes atividades:

- I - alimentação e nutrição;
- II - saneamento e meio ambiente;
- III - vigilância sanitária e farmacoepidemiologia;
- IV - recursos humanos;
- V - ciência e tecnologia; e
- VI - saúde do trabalhador.

Art. 14. Deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.

Parágrafo único. Cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de

Saúde (SUS), na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

Art. 14-A. As Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite são reconhecidas como foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS). (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

Parágrafo único. A atuação das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite terá por objetivo: (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

I - decidir sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, em conformidade com a definição da política consubstanciada em planos de saúde, aprovados pelos conselhos de saúde; (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

II - definir diretrizes, de âmbito nacional, regional e intermunicipal, a respeito da organização das redes de ações e serviços de saúde, principalmente no tocante à sua governança institucional e à integração das ações e serviços dos entes federados; (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

III - fixar diretrizes sobre as regiões de saúde, distrito sanitário, integração de territórios, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federados. (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

Art. 14-B. O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) são reconhecidos como entidades representativas dos entes estaduais e municipais para tratar de matérias referentes à saúde e declarados de utilidade pública e de relevante função social, na forma do regulamento. (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

§ 1º O Conass e o Conasems receberão recursos do orçamento geral da União por meio do Fundo Nacional de Saúde, para auxiliar no custeio de suas despesas institucionais, podendo ainda celebrar convênios com a União. (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

§ 2º Os Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) são reconhecidos como entidades que representam os entes municipais, no âmbito estadual, para tratar de matérias referentes à saúde, desde que vinculados institucionalmente ao Conasems, na forma que dispuserem seus estatutos. (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

CAPÍTULO IV

Da Competência e das Atribuições

Seção I

Das Atribuições Comuns

Art. 15. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

I - definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde;

II - administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;

III - acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais;

IV - organização e coordenação do sistema de informação de saúde;

V - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;

VI - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador;

VII - participação de formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente;

VIII - elaboração e atualização periódica do plano de saúde;

IX - participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;

X - elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS), de conformidade com o plano de saúde;

XI - elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública;

XII - realização de operações externas de natureza financeira de interesse da saúde, autorizadas pelo Senado Federal;

XIII - para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização;

XIV - implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;

- XV - propor a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos à saúde, saneamento e meio ambiente;
- XVI - elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;
- XVII - promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da sociedade civil para a definição e controle dos padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde;
- XVIII - promover a articulação da política e dos planos de saúde;
- XIX - realizar pesquisas e estudos na área de saúde;
- XX - definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária;
- XXI - fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial.

Seção II Da Competência

- Art. 16. A direção nacional do Sistema Único da Saúde (SUS) compete:
- I - formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição;
 - II - participar na formulação e na implementação das políticas:
 - a) de controle das agressões ao meio ambiente;
 - b) de saneamento básico; e
 - c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho;
 - III - definir e coordenar os sistemas:
 - a) de redes integradas de assistência de alta complexidade;
 - b) de rede de laboratórios de saúde pública;
 - c) de vigilância epidemiológica; e
 - d) vigilância sanitária;
 - IV - participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgão afins, de agravo sobre o meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana;
 - V - participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador;
 - VI - coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica;
 - VII - estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios;
 - VIII - estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano;
 - IX - promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde;
 - X - formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais;
 - XI - identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;
 - XII - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;
 - XIII - prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional;
 - XIV - elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e os serviços privados contratados de assistência à saúde;
 - XV - promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal;
 - XVI - normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;
 - XVII - acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais;
 - XVIII - elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal;
 - XIX - estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal. (Vide Decreto nº 1.651, de 1995)
- Parágrafo único. A União poderá executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) ou que representem risco de disseminação nacional.

Art. 17. À direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:

- I - promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde;
- II - acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS);
- III - prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;
- IV - coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços:
 - a) de vigilância epidemiológica;
 - b) de vigilância sanitária;
 - c) de alimentação e nutrição; e
 - d) de saúde do trabalhador;
- V - participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;
- VI - participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico;
- VII - participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho;
- VIII - em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde;
- IX - identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;
- X - coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;
- XI - estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde;
- XII - formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;
- XIII - colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;
- XIV - o acompanhamento, a avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada.

Art. 18. À direção municipal do Sistema de Saúde (SUS) compete:

- I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;
- II - participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual;
- III - participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;
- IV - executar serviços:
 - a) de vigilância epidemiológica;
 - b) vigilância sanitária;
 - c) de alimentação e nutrição;
 - d) de saneamento básico; e
 - e) de saúde do trabalhador;
- V - dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;
- VI - colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las;
- VII - formar consórcios administrativos intermunicipais;
- VIII - gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;
- IX - colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;
- X - observado o disposto no art. 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;
- XI - controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;
- XII - normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

Art. 19. Ao Distrito Federal competem as atribuições reservadas aos Estados e aos Municípios.

CAPÍTULO V

Do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-A. As ações e serviços de saúde voltados para o atendimento das populações indígenas, em todo o território nacional, coletiva ou individualmente, obedecerão ao disposto nesta Lei. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-B. É instituído um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, componente do Sistema Único de Saúde – SUS, criado e definido por esta Lei, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, com o qual funcionará em perfeita integração. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-C. Caberá à União, com seus recursos próprios, financiar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-D. O SUS promoverá a articulação do Subsistema instituído por esta Lei com os órgãos responsáveis pela Política Indígena do País. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-E. Os Estados, Municípios, outras instituições governamentais e não-governamentais poderão atuar complementarmente no custeio e execução das ações. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-F. Dever-se-á obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-G. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena deverá ser, como o SUS, descentralizado, hierarquizado e regionalizado. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

§ 1º Subsistema de que trata o *caput* deste artigo terá como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

§ 2º O SUS servirá de retaguarda e referência ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, devendo, para isso, ocorrer adaptações na estrutura e organização do SUS nas regiões onde residem as populações indígenas, para propiciar essa integração e o atendimento necessário em todos os níveis, sem discriminações. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

§ 3º As populações indígenas devem ter acesso garantido ao SUS, em âmbito local, regional e de centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-H. As populações indígenas terão direito a participar dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, tais como o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, quando for o caso. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

CAPÍTULO VI

DO SUBSISTEMA DE ATENDIMENTO E INTERNAÇÃO DOMICILIAR

(Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)

Art. 19-I. São estabelecidos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o atendimento domiciliar e a internação domiciliar. (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)

§ 1º Na modalidade de assistência de atendimento e internação domiciliares incluem-se, principalmente, os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio. (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)

§ 2º O atendimento e a internação domiciliares serão realizados por equipes multidisciplinares que atuarão nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora. (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)

§ 3º O atendimento e a internação domiciliares só poderão ser realizados por indicação médica, com expressa concordância do paciente e de sua família. (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)

CAPÍTULO VII

DO SUBSISTEMA DE ACOMPANHAMENTO DURANTE O TRABALHO DE PARTO, PARTO E PÓS-PARTO IMEDIATO

(Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005)

Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. (Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005)

§ 1º O acompanhante de que trata o *caput* deste artigo será indicado pela parturiente. (Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005)

§ 2º As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo. (Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005)

Art. 19-L. (VETADO) (Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005)

CAPÍTULO VIII

(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

DA ASSISTÊNCIA TERAPÊUTICA E DA INCORPORAÇÃO DE
TECNOLOGIA EM SAÚDE”

Art. 19-M. A assistência terapêutica integral a que se refere a alínea *d* do inciso I do art. 6º consiste em: (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

I - dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, cuja prescrição esteja em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença ou o agravo à saúde a ser tratado ou, na falta do protocolo, em conformidade com o disposto no art. 19-P; (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

II - oferta de procedimentos terapêuticos, em regime domiciliar, ambulatorial e hospitalar, constantes de tabelas elaboradas pelo gestor federal do Sistema Único de Saúde - SUS, realizados no território nacional por serviço próprio, conveniado ou contratado.

Art. 19-N. Para os efeitos do disposto no art. 19-M, são adotadas as seguintes definições:

I - produtos de interesse para a saúde: órteses, próteses, bolsas coletoras e equipamentos médicos;

II - protocolo clínico e diretriz terapêutica: documento que estabelece critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

Art. 19-O. Os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas deverão estabelecer os medicamentos ou produtos necessários nas diferentes fases evolutivas da doença ou do agravo à saúde de que tratam, bem como aqueles indicados em casos de perda de eficácia e de surgimento de intolerância ou reação adversa relevante, provocadas pelo medicamento, produto ou procedimento de primeira escolha. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

Parágrafo único. Em qualquer caso, os medicamentos ou produtos de que trata o caput deste artigo serão aqueles avaliados quanto à sua eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade para as diferentes fases evolutivas da doença ou do agravo à saúde de que trata o protocolo. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

Art. 19-P. Na falta de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, a dispensação será realizada: (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

I - com base nas relações de medicamentos instituídas pelo gestor federal do SUS, observadas as competências estabelecidas nesta Lei, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite; (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

II - no âmbito de cada Estado e do Distrito Federal, de forma complementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores estaduais do SUS, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Bipartite; (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

III - no âmbito de cada Município, de forma complementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores municipais do SUS, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada no Conselho Municipal de Saúde. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

Art. 19-Q. A incorporação, a exclusão ou a alteração pelo SUS de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou a alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, são atribuições do Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

§ 1º A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, cuja composição e regimento são definidos em regulamento, contará com a participação de 1 (um) representante indicado pelo Conselho Nacional de Saúde e de 1 (um) representante, especialista na área, indicado pelo Conselho Federal de Medicina. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

§ 2º O relatório da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS levará em consideração, necessariamente: (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

I - as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento, produto ou procedimento objeto do processo, acatadas pelo órgão competente para o registro ou a autorização de uso; (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

II - a avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já incorporadas, inclusive no que se refere aos atendimentos domiciliar, ambulatorial ou hospitalar, quando cabível. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

Art. 19-R. A incorporação, a exclusão e a alteração a que se refere o art. 19-Q serão efetuadas mediante a instauração de processo administrativo, a ser concluído em prazo não superior a 180 (cento e oitenta) dias, contado da data em que foi protocolado o pedido, admitida a sua prorrogação por 90 (noventa) dias corridos, quando as circunstâncias exigirem. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

§ 1º O processo de que trata o caput deste artigo observará, no que couber, o disposto na Lei nº 9.784, de 29 de janeiro de 1999, e as seguintes determinações especiais: (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

I - apresentação pelo interessado dos documentos e, se cabível, das amostras de produtos, na forma do regulamento, com informações necessárias para o atendimento do disposto no § 2º do art. 19-Q; (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

II - (VETADO); (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

III - realização de consulta pública que inclua a divulgação do parecer emitido pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS; (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

IV - realização de audiência pública, antes da tomada de decisão, se a relevância da matéria justificar o evento. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

§ 2º (VETADO). (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

Art. 19-S. (VETADO). (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

Art. 19-T. São vedados, em todas as esferas de gestão do SUS: (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

I - o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento, produto e procedimento clínico ou cirúrgico experimental, ou de uso não autorizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA; (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

II - a dispensação, o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento e produto, nacional ou importado, sem registro na Anvisa.”

Art. 19-U. A responsabilidade financeira pelo fornecimento de medicamentos, produtos de interesse para a saúde ou procedimentos de que trata este Capítulo será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

TÍTULO III DOS SERVIÇOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE CAPÍTULO I

Do Funcionamento

Art. 20. Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde.

Art. 21. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

Art. 22. Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto às condições para seu funcionamento.

Art. 23. É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros na assistência à saúde, salvo através de doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos.

§ 1º Em qualquer caso é obrigatória a autorização do órgão de direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), submetendo-se a seu controle as atividades que forem desenvolvidas e os instrumentos que forem firmados.

§ 2º Excetuam-se do disposto neste artigo os serviços de saúde mantidos, sem finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social.

CAPÍTULO II

Da Participação Complementar

Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.

Art. 25. Na hipótese do artigo anterior, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 26. Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovados no Conselho Nacional de Saúde.

§ 1º Na fixação dos critérios, valores, formas de reajuste e de pagamento da remuneração aludida neste artigo, a direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) deverá fundamentar seu ato em demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade de execução dos serviços contratados.

§ 2º Os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato.

§ 3º (Vetado).

§ 4º Aos proprietários, administradores e dirigentes de entidades ou serviços contratados é vedado exercer cargo de chefia ou função de confiança no Sistema Único de Saúde (SUS).

TÍTULO IV

DOS RECURSOS HUMANOS

Art. 27. A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos:

I - organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal;

II - (Vetado)

III - (Vetado)

IV - valorização da dedicação exclusiva aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. Os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional.

Art. 28. Os cargos e funções de chefia, direção e assessoramento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), só poderão ser exercidas em regime de tempo integral.

§ 1º Os servidores que legalmente acumulam dois cargos ou empregos poderão exercer suas atividades em mais de um estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 2º O disposto no parágrafo anterior aplica-se também aos servidores em regime de tempo integral, com exceção dos ocupantes de cargos ou função de chefia, direção ou assessoramento.

Art. 29. (Vetado).

Art. 30. As especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão serão regulamentadas por Comissão Nacional, instituída de acordo com o art. 12 desta Lei, garantida a participação das entidades profissionais correspondentes.

TÍTULO V
DO FINANCIAMENTO
CAPÍTULO I
Dos Recursos

Art. 31. O orçamento da seguridade social destinará ao Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos da Previdência Social e da Assistência Social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias.

Art. 32. São considerados de outras fontes os recursos provenientes de:

I - (Vetado)

II - Serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde;

III - ajuda, contribuições, doações e donativos;

IV - alienações patrimoniais e rendimentos de capital;

V - taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); e

VI - rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais.

§ 1º Ao Sistema Único de Saúde (SUS) caberá metade da receita de que trata o inciso I deste artigo, apurada mensalmente, a qual será destinada à recuperação de viciados.

§ 2º As receitas geradas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) serão creditadas diretamente em contas especiais, movimentadas pela sua direção, na esfera de poder onde forem arrecadadas.

§ 3º As ações de saneamento que venham a ser executadas supletivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), serão financiadas por recursos tarifários específicos e outros da União, Estados, Distrito Federal, Municípios e, em particular, do Sistema Financeiro da Habitação (SFH).

§ 4º (Vetado).

§ 5º As atividades de pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde serão co-financiadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pelas universidades e pelo orçamento fiscal, além de recursos de instituições de fomento e financiamento ou de origem externa e receita própria das instituições executoras.

§ 6º (Vetado).

CAPÍTULO II
Da Gestão Financeira

Art. 33. Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.

§ 1º Na esfera federal, os recursos financeiros, originários do Orçamento da Seguridade Social, de outros Orçamentos da União, além de outras fontes, serão administrados pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde.

§ 2º (Vetado).

§ 3º (Vetado).

§ 4º O Ministério da Saúde acompanhará, através de seu sistema de auditoria, a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a Estados e Municípios. Constatada a malversação, desvio ou não aplicação dos recursos, caberá ao Ministério da Saúde aplicar as medidas previstas em lei.

Art. 34. As autoridades responsáveis pela distribuição da receita efetivamente arrecadada transferirão automaticamente ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), observado o critério do parágrafo único deste artigo, os recursos financeiros correspondentes às dotações consignadas no Orçamento da Seguridade Social, a projetos e atividades a serem executados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. Na distribuição dos recursos financeiros da Seguridade Social será observada a mesma proporção da despesa prevista de cada área, no Orçamento da Seguridade Social.

Art. 35. Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos:

- I - perfil demográfico da região;
- II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;
- III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;
- IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;
- V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;
- VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;
- VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

~~§ 1º Metade dos recursos destinados a Estados e Municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio. (Revogado pela Lei Complementar nº 141, de 2012) (Vide Lei nº 8.142, de 1990)~~

§ 2º Nos casos de Estados e Municípios sujeitos a notório processo de migração, os critérios demográficos mencionados nesta lei serão ponderados por outros indicadores de crescimento populacional, em especial o número de eleitores registrados.

§ 3º (Vetado).

§ 4º (Vetado).

§ 5º (Vetado).

§ 6º O disposto no parágrafo anterior não prejudica a atuação dos órgãos de controle interno e externo e nem a aplicação de penalidades previstas em lei, em caso de irregularidades verificadas na gestão dos recursos transferidos.

CAPÍTULO III

Do Planejamento e do Orçamento

Art. 36. O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.

§ 1º Os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde (SUS), e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária.

§ 2º É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde.

Art. 37. O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa.

Art. 38. Não será permitida a destinação de subvenções e auxílios a instituições prestadoras de serviços de saúde com finalidade lucrativa.

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 39. (Vetado).

§ 1º (Vetado).

§ 2º (Vetado).

§ 3º (Vetado).

§ 4º (Vetado).

§ 5º A cessão de uso dos imóveis de propriedade do Inamps para órgãos integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS) será feita de modo a preservá-los como patrimônio da Seguridade Social.

§ 6º Os imóveis de que trata o parágrafo anterior serão inventariados com todos os seus acessórios, equipamentos e outros bens móveis e ficarão disponíveis para utilização pelo órgão de direção municipal do Sistema Único de Saúde - SUS ou, eventualmente, pelo estadual, em cuja circunscrição administrativa se encontrem, mediante simples termo de recebimento.

§ 7º (Vetado).

§ 8º O acesso aos serviços de informática e bases de dados, mantidos pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social, será assegurado às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde ou órgãos congêneres, como suporte ao processo de gestão, de forma a permitir a gerencia informatizada das contas e a disseminação de estatísticas sanitárias e epidemiológicas médico-hospitalares.

Art. 40. (Vetado)

Art. 41. As ações desenvolvidas pela Fundação das Pioneiras Sociais e pelo Instituto Nacional do Câncer, supervisionadas pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), permanecerão como referencial de prestação de serviços, formação de recursos humanos e para transferência de tecnologia.

Art. 42. (Vetado).

Art. 43. A gratuidade das ações e serviços de saúde fica preservada nos serviços públicos contratados, ressalvando-se as cláusulas dos contratos ou convênios estabelecidos com as entidades privadas.

Art. 44. (Vetado).

Art. 45. Os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados.

§ 1º Os serviços de saúde de sistemas estaduais e municipais de previdência social deverão integrar-se à direção correspondente do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme seu âmbito de atuação, bem como quaisquer outros órgãos e serviços de saúde.

§ 2º Em tempo de paz e havendo interesse recíproco, os serviços de saúde das Forças Armadas poderão integrar-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), conforme se dispuser em convênio que, para esse fim, for firmado.

Art. 46. O Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecerá mecanismos de incentivos à participação do setor privado no investimento em ciência e tecnologia e estimulará a transferência de tecnologia das universidades e institutos de pesquisa aos serviços de saúde nos Estados, Distrito Federal e Municípios, e às empresas nacionais.

Art. 47. O Ministério da Saúde, em articulação com os níveis estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde (SUS), organizará, no prazo de dois anos, um sistema nacional de informações em saúde, integrado em todo o território nacional, abrangendo questões epidemiológicas e de prestação de serviços.

Art. 48. (Vetado).

Art. 49. (Vetado).

Art. 50. Os convênios entre a União, os Estados e os Municípios, celebrados para implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde, ficarão rescindidos à proporção que seu objeto for sendo absorvido pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 51. (Vetado).

Art. 52. Sem prejuízo de outras sanções cabíveis, constitui crime de emprego irregular de verbas ou rendas públicas (Código Penal, art. 315) a utilização de recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) em finalidades diversas das previstas nesta lei.

Art. 53. (Vetado).

Art. 54. Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 55. São revogadas a Lei nº. 2.312, de 3 de setembro de 1954, a Lei nº. 6.229, de 17 de julho de 1975, e demais disposições em contrário.

Brasília, 19 de setembro de 1990; 169º da Independência e 102º da República.

FERNANDO COLLOR

Alceni Guerra

ANEXO H – DECRETO Nº 7.508, DE 28 DE JUNHO DE 2011.

Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

DECRETO Nº 7.508, DE 28 DE JUNHO DE 2011.

Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

A PRESIDENTA DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, inciso IV, da Constituição, e tendo em vista o disposto na Lei nº 8.080, 19 de setembro de 1990,

DECRETA:

CAPÍTULO I**DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES**

Art. 1º Este Decreto regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.

Art. 2º Para efeito deste Decreto, considera-se:

I - Região de Saúde - espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde;

II - Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde - acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde;

III - Portas de Entrada - serviços de atendimento inicial à saúde do usuário no SUS;

IV - Comissões Intergestores - instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS;

V - Mapa da Saúde - descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema;

VI - Rede de Atenção à Saúde - conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde;

VII - Serviços Especiais de Acesso Aberto - serviços de saúde específicos para o atendimento da pessoa que, em razão de agravo ou de situação laboral, necessita de atendimento especial; e

VIII - Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica - documento que estabelece: critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS.

CAPÍTULO II

DA ORGANIZAÇÃO DO SUS

Art. 3º O SUS é constituído pela conjugação das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados pelos entes federativos, de forma direta ou indireta, mediante a participação complementar da iniciativa privada, sendo organizado de forma regionalizada e hierarquizada.

Seção I

Das Regiões de Saúde

Art. 4º As Regiões de Saúde serão instituídas pelo Estado, em articulação com os Municípios, respeitadas as diretrizes gerais pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite - CIT a que se refere o inciso I do art. 30.

§ 1º Poderão ser instituídas Regiões de Saúde interestaduais, compostas por Municípios limítrofes, por ato conjunto dos respectivos Estados em articulação com os Municípios.

§ 2º A instituição de Regiões de Saúde situadas em áreas de fronteira com outros países deverá respeitar as normas que regem as relações internacionais.

Art. 5º Para ser instituída, a Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de:

- I - atenção primária;
- II - urgência e emergência;
- III - atenção psicossocial;
- IV - atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e
- V - vigilância em saúde.

Parágrafo único. A instituição das Regiões de Saúde observará cronograma pactuado nas Comissões Intergestores.

Art. 6º As Regiões de Saúde serão referência para as transferências de recursos entre os entes federativos.

Art. 7º As Redes de Atenção à Saúde estarão compreendidas no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas, em consonância com diretrizes pactuadas nas Comissões Intergestores.

Parágrafo único. Os entes federativos definirão os seguintes elementos em relação às Regiões de Saúde:

- I - seus limites geográficos;
- II - população usuária das ações e serviços;
- III - rol de ações e serviços que serão ofertados; e
- IV - respectivas responsabilidades, critérios de acessibilidade e escala para conformação dos serviços.

Seção II

Da Hierarquização

Art. 8º O acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas Portas de Entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço.

Art. 9º São Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços:

- I - de atenção primária;
- II - de atenção de urgência e emergência;
- III - de atenção psicossocial; e
- IV - especiais de acesso aberto.

Parágrafo único. Mediante justificativa técnica e de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores, os entes federativos poderão criar novas Portas de Entrada às ações e serviços de saúde, considerando as características da Região de Saúde.

Art. 10. Os serviços de atenção hospitalar e os ambulatoriais especializados, entre outros de maior complexidade e densidade tecnológica, serão referenciados pelas Portas de Entrada de que trata o art. 9º.

Art. 11. O acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde será ordenado pela atenção primária e deve ser fundado na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e no critério cronológico, observadas as especificidades previstas para pessoas com proteção especial, conforme legislação vigente.

Parágrafo único. A população indígena contará com regramentos diferenciados de acesso, compatíveis com suas especificidades e com a necessidade de assistência integral à sua saúde, de acordo com disposições do Ministério da Saúde.

Art. 12. Ao usuário será assegurada a continuidade do cuidado em saúde, em todas as suas modalidades, nos serviços, hospitais e em outras unidades integrantes da rede de atenção da respectiva região.

Parágrafo único. As Comissões Intergestores pactuarão as regras de continuidade do acesso às ações e aos serviços de saúde na respectiva área de atuação.

Art. 13. Para assegurar ao usuário o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde do SUS, caberá aos entes federativos, além de outras atribuições que venham a ser pactuadas pelas Comissões Intergestores:

- I - garantir a transparência, a integralidade e a equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde;
- II - orientar e ordenar os fluxos das ações e dos serviços de saúde;
- III - monitorar o acesso às ações e aos serviços de saúde; e
- IV - ofertar regionalmente as ações e os serviços de saúde.

Art. 14. O Ministério da Saúde disporá sobre critérios, diretrizes, procedimentos e demais medidas que auxiliem os entes federativos no cumprimento das atribuições previstas no art. 13.

CAPÍTULO III

DO PLANEJAMENTO DA SAÚDE

Art. 15. O processo de planejamento da saúde será ascendente e integrado, do nível local até o federal, ouvidos os respectivos Conselhos de Saúde, compatibilizando-se as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros.

§ 1º O planejamento da saúde é obrigatório para os entes públicos e será indutor de políticas para a iniciativa privada.

§ 2º A compatibilização de que trata o **caput** será efetuada no âmbito dos planos de saúde, os quais serão resultado do planejamento integrado dos entes federativos, e deverão conter metas de saúde.

§ 3º O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, de acordo com as características epidemiológicas e da organização de serviços nos entes federativos e nas Regiões de Saúde.

Art. 16. No planejamento devem ser considerados os serviços e as ações prestados pela iniciativa privada, de forma complementar ou não ao SUS, os quais deverão compor os Mapas da Saúde regional, estadual e nacional.

Art. 17. O Mapa da Saúde será utilizado na identificação das necessidades de saúde e orientará o planejamento integrado dos entes federativos, contribuindo para o estabelecimento de metas de saúde.

Art. 18. O planejamento da saúde em âmbito estadual deve ser realizado de maneira regionalizada, a partir das necessidades dos Municípios, considerando o estabelecimento de metas de saúde.

Art. 19. Compete à Comissão Intergestores Bipartite - CIB de que trata o inciso II do art. 30 pactuar as etapas do processo e os prazos do planejamento municipal em consonância com os planejamentos estadual e nacional.

CAPÍTULO IV DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Art. 20. A integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual, conforme pactuado nas Comissões Intergestores.

Seção I

Da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde - RENASES

Art. 21. A Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde - RENASES compreende todas as ações e serviços que o SUS oferece ao usuário para atendimento da integralidade da assistência à saúde.

Art. 22. O Ministério da Saúde disporá sobre a RENASES em âmbito nacional, observadas as diretrizes pactuadas pela CIT.

Parágrafo único. A cada dois anos, o Ministério da Saúde consolidará e publicará as atualizações da RENASES.

Art. 23. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios pactuarão nas respectivas Comissões Intergestores as suas responsabilidades em relação ao rol de ações e serviços constantes da RENASES.

Art. 24. Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios poderão adotar relações específicas e complementares de ações e serviços de saúde, em consonância com a RENASES, respeitadas as responsabilidades dos entes pelo seu financiamento, de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores.

Seção II

Da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME

Art. 25. A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS.

Parágrafo único. A RENAME será acompanhada do Formulário Terapêutico Nacional - FTN que subsidiará a prescrição, a dispensação e o uso dos seus medicamentos.

Art. 26. O Ministério da Saúde é o órgão competente para dispor sobre a RENAME e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas em âmbito nacional, observadas as diretrizes pactuadas pela CIT.

Parágrafo único. A cada dois anos, o Ministério da Saúde consolidará e publicará as atualizações da RENAME, do respectivo FTN e dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.

Art. 27. O Estado, o Distrito Federal e o Município poderão adotar relações específicas e complementares de medicamentos, em consonância com a RENAME, respeitadas as responsabilidades dos entes pelo financiamento de medicamentos, de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores.

Art. 28. O acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica pressupõe, cumulativamente:

I - estar o usuário assistido por ações e serviços de saúde do SUS;

II - ter o medicamento sido prescrito por profissional de saúde, no exercício regular de suas funções no SUS;

III - estar a prescrição em conformidade com a RENAME e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas ou com a relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos; e

IV - ter a dispensação ocorrido em unidades indicadas pela direção do SUS.

§ 1º Os entes federativos poderão ampliar o acesso do usuário à assistência farmacêutica, desde que questões de saúde pública o justifiquem.

§ 2º O Ministério da Saúde poderá estabelecer regras diferenciadas de acesso a medicamentos de caráter especializado.

Art. 29. A RENAME e a relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos somente poderão conter produtos com registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA.

CAPÍTULO V

DA ARTICULAÇÃO INTERFEDERATIVA

Seção I

Das Comissões Intergestores

Art. 30. As Comissões Intergestores pactuarão a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde, sendo:

I - a CIT, no âmbito da União, vinculada ao Ministério da Saúde para efeitos administrativos e operacionais;

II - a CIB, no âmbito do Estado, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais; e

III - a Comissão Intergestores Regional - CIR, no âmbito regional, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais, devendo observar as diretrizes da CIB.

Art. 31. Nas Comissões Intergestores, os gestores públicos de saúde poderão ser representados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS e pelo Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde - COSEMS.

Art. 32. As Comissões Intergestores pactuarão:

I - aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, de acordo com a definição da política de saúde dos entes federativos, consubstanciada nos seus planos de saúde, aprovados pelos respectivos conselhos de saúde;

II - diretrizes gerais sobre Regiões de Saúde, integração de limites geográficos, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federativos;

III - diretrizes de âmbito nacional, estadual, regional e interestadual, a respeito da organização das redes de atenção à saúde, principalmente no tocante à gestão institucional e à integração das ações e serviços dos entes federativos;

IV - responsabilidades dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde, de acordo com o seu porte demográfico e seu desenvolvimento econômico-financeiro, estabelecendo as responsabilidades individuais e as solidárias; e

V - referências das regiões intraestaduais e interestaduais de atenção à saúde para o atendimento da integralidade da assistência.

Parágrafo único. Serão de competência exclusiva da CIT a pactuação:

I - das diretrizes gerais para a composição da RENASES;

II - dos critérios para o planejamento integrado das ações e serviços de saúde da Região de Saúde, em razão do compartilhamento da gestão; e

III - das diretrizes nacionais, do financiamento e das questões operacionais das Regiões de Saúde situadas em fronteiras com outros países, respeitadas, em todos os casos, as normas que regem as relações internacionais.

Seção II

Do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde

Art. 33. O acordo de colaboração entre os entes federativos para a organização da rede interfederativa de atenção à saúde será firmado por meio de Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde.

Art. 34. O objeto do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde é a organização e a integração das ações e dos serviços de saúde, sob a responsabilidade dos entes federativos em uma Região de Saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários.

Parágrafo único. O Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde resultará da integração dos planos de saúde dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde, tendo como fundamento as pactuações estabelecidas pela CIT.

Art. 35. O Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde definirá as responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos com relação às ações e serviços de saúde, os indicadores e as metas de saúde, os critérios de avaliação de desempenho, os recursos financeiros que serão disponibilizados, a forma de controle e fiscalização da sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde.

§ 1º O Ministério da Saúde definirá indicadores nacionais de garantia de acesso às ações e aos serviços de saúde no âmbito do SUS, a partir de diretrizes estabelecidas pelo Plano Nacional de Saúde.

§ 2º O desempenho aferido a partir dos indicadores nacionais de garantia de acesso servirá como parâmetro para avaliação do desempenho da prestação das ações e dos serviços definidos no Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde em todas as Regiões de Saúde, considerando-se as especificidades municipais, regionais e estaduais.

Art. 36. O Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde conterá as seguintes disposições essenciais:

I - identificação das necessidades de saúde locais e regionais;

II - oferta de ações e serviços de vigilância em saúde, promoção, proteção e recuperação da saúde em âmbito regional e inter-regional;

III - responsabilidades assumidas pelos entes federativos perante a população no processo de regionalização, as quais serão estabelecidas de forma individualizada, de acordo com o perfil, a organização e a capacidade de prestação das ações e dos serviços de cada ente federativo da Região de Saúde;

IV - indicadores e metas de saúde;

V - estratégias para a melhoria das ações e serviços de saúde;

VI - critérios de avaliação dos resultados e forma de monitoramento permanente;

VII - adequação das ações e dos serviços dos entes federativos em relação às atualizações realizadas na RENASES;

VIII - investimentos na rede de serviços e as respectivas responsabilidades; e

IX - recursos financeiros que serão disponibilizados por cada um dos partícipes para sua execução.

Parágrafo único. O Ministério da Saúde poderá instituir formas de incentivo ao cumprimento das metas de saúde e à melhoria das ações e serviços de saúde.

Art. 37. O Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde observará as seguintes diretrizes básicas para fins de garantia da gestão participativa:

I - estabelecimento de estratégias que incorporem a avaliação do usuário das ações e dos serviços, como ferramenta de sua melhoria;

II - apuração permanente das necessidades e interesses do usuário; e

III - publicidade dos direitos e deveres do usuário na saúde em todas as unidades de saúde do SUS, inclusive nas unidades privadas que dele participem de forma complementar.

Art. 38. A humanização do atendimento do usuário será fator determinante para o estabelecimento das metas de saúde previstas no Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde.

Art. 39. As normas de elaboração e fluxos do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde serão pactuados pelo CIT, cabendo à Secretaria de Saúde Estadual coordenar a sua implementação.

Art. 40. O Sistema Nacional de Auditoria e Avaliação do SUS, por meio de serviço especializado, fará o controle e a fiscalização do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde.

§ 1º O Relatório de Gestão a que se refere o inciso IV do art. 4º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, conterá seção específica relativa aos compromissos assumidos no âmbito do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde.

§ 2º O disposto neste artigo será implementado em conformidade com as demais formas de controle e fiscalização previstas em Lei.

Art. 41. Aos partícipes caberá monitorar e avaliar a execução do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde, em relação ao cumprimento das metas estabelecidas, ao seu desempenho e à aplicação dos recursos disponibilizados.

Parágrafo único. Os partícipes incluirão dados sobre o Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde no sistema de informações em saúde organizado pelo Ministério da Saúde e os encaminhará ao respectivo Conselho de Saúde para monitoramento.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 42. Sem prejuízo das outras providências legais, o Ministério da Saúde informará aos órgãos de controle interno e externo:

I - o descumprimento injustificado de responsabilidades na prestação de ações e serviços de saúde e de outras obrigações previstas neste Decreto;

II - a não apresentação do Relatório de Gestão a que se refere o inciso IV do art. 4º da Lei no 8.142, de 1990;

III - a não aplicação, malversação ou desvio de recursos financeiros; e

IV - outros atos de natureza ilícita de que tiver conhecimento.

Art. 43. A primeira RENASES é a somatória de todas as ações e serviços de saúde que na data da publicação deste Decreto são ofertados pelo SUS à população, por meio dos entes federados, de forma direta ou indireta.

Art. 44. O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes de que trata o § 3º do art. 15 no prazo de cento e oitenta dias a partir da publicação deste Decreto.

Art. 45. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 28 de junho de 2011; 190º da Independência e 123º da República.

DILMA ROUSSEFF

Alexandre Rocha Santos Padilha