



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO E DESENVOLVIMENTO RURAL

**A POLÍTICA PÚBLICA PARA HIV EM MUNICÍPIOS
PERNAMBUCANOS**

MARIA DO CARMO MARACAJÁ ALVES

RECIFE, AGOSTO/2017

MARIA DO CARMO MARACAJÁ ALVES

**A POLÍTICA PÚBLICA PARA O HIV EM MUNICÍPIOS
PERNAMBUCANOS**

Dissertação, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração e Desenvolvimento Rural da Universidade Federal Rural de Pernambuco, para fins de obtenção de grau de mestre. Área de Concentração: Políticas Públicas e Desenvolvimento Rural Sustentável

Orientadora: Prof^a Dra. Lúcia Maria Góes Moutinho

Co-orientador: Prof. Dr. Luis Henrique Romani Campos

RECIFE, AGOSTO/2017


MARIA DO CARMO MARACAJÁ ALVES

**A POLÍTICA PÚBLICA PARA O HIV EM MUNICÍPIOS
PERNAMBUCANOS**

Dissertação de mestrado, apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração e Desenvolvimento Rural da Universidade Federal Rural de Pernambuco, para fins de obtenção de grau de mestre.

Recife, 31 de agosto de 2017.

Banca Examinadora



Profa. Dra. Lúcia Maria Goes Moutinho – PADR/UFRPE
(Orientadora)

Prof. Dr. Luis Henrique Romani Campos - FUNDAJ
(Membro externo)

Profa. Dra. Alessandra Carla Ceolin – DADM/UFRPE
(Membro Externa)

Dedico este trabalho a minha família, minha mãe, Penha Maracajá; os meus irmãos, José Alves, Mário Alves e Olindina Maracajá; os meus sobrinhos Amanda, Ana, Gustavo e Benjamin. Ao querido Archimedes Cavalcanti Júnior, que passou por todas as fases e me ajudou a desenvolver algumas questões.

“A história da humanidade é a história das migrações e de suas consequências”
Carlos Fouquet.

AGRADECIMENTOS

Aos meus orientadores, a Professora Lúcia Moutinho e o Professor Luiz Henrique Romani, pela leveza na cobrança do trabalho e por todo o auxílio que me foi concedido.

Ao professor Romilson Cabral, por toda colaboração em aula e pela disponibilidade que sempre tive quando busquei a sua ajuda e colaboração.

A todos os professores do PADR e à coordenação, personificada pelo Professor André Melo e pela secretária Luiza Pragana.

Ao Professor Paulo Oliveira pela paciência e colaboração que tive em todos os momentos de ausência nas atividades de trabalho, para a minha dedicação ao mestrado.

Aos meus colegas de turma, especialmente aos que se tornaram amigos, considerados por mim como excelentes profissionais, um apreço especial à Eduardo, Edileide, Marcelo, Marília, Ana Paula, Fúlvia, Girleno, Paulo e Rafael.

À professora e amiga Alessandra Ceolin, por todo apoio, parceria e pelas vistas ao meu trabalho, muito obrigada!

À Universidade Federal Rural de Pernambuco, minha casa profissional e intelectual, instituição de apreço e o meu agradecimento pessoal à Magnífica Reitora, Professora Maria José de Sena.

A todos que fizeram parte dessa jornada que parece fácil, mas, é muito árdua.

RESUMO

São crescentes as notificações por HIV no Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde, apesar da Política de seu combate ser considerada um modelo mundial. As notificações em Pernambuco acompanham as estatísticas brasileiras, embora o Sul e o Sudeste venham apresentando decréscimo nesse montante. As questões que apontam para esses resultados crescentes podem se relacionar diretamente com uma política de pouco impacto ou ineficaz. No âmbito da Teoria do Desenvolvimento Econômico, as questões do crescimento econômico apontam externalidades negativas, como a migração desordenada e as epidemias. Neste sentido, o objetivo desta dissertação é a avaliação da gestão da Política Pública de Saúde em municípios pernambucanos, selecionados a partir de indicadores inerentes ao crescimento econômico, tais como as migrações e as notificações de infecções por HIV. Neste estudo, os objetivos específicos trataram, além da evolução do número de infectados e dos gastos com essa política preventiva e compensativa, a gestão administrativa das secretarias de saúde dos municípios, através do critério de análise de conteúdo, baseada em entrevistas. Como se deram as gestões das secretarias de saúde diante da evolução da epidemia de HIV nos municípios de Caruaru, Petrolina, Igarassu, Cabo de Santo Agostinho e Tamandaré, em Pernambuco, no período de 2010 a 2014. Como resultante, observou-se que, mesmo diante da evolução da doença, nos municípios estudados, o orçamento não acompanhou esse crescimento. Apesar do reconhecimento da gravidade da epidemia, pela gestão, a prevenção, a educação e a cultura, são apontados como as principais falhas humanas para o descontrole da doença, a restrição orçamentária também contribui com a possibilidade de uma política menos efetiva.

Palavras-chave: Política pública. Avaliação. Programa de saúde. Migração. HIV.

ABSTRACT

There are increasing notifications of HIV in Brazil, according to data from the Ministry of Health, although the policy of combating it is considered a worldwide model. The notifications in Pernambuco follow the Brazilian statistics, although the South and Southeast have a decrease in this amount. Issues that point to these escalating outcomes may relate directly to a policy of little or no impact. In the Economic Development Theory, the issues of economic growth point to negative externalities, such as disorderly migration and epidemics. In this sense, the objective of this dissertation is the evaluation of the management of the Public Health Policy in municipalities of Pernambuco, selected from indicators inherent to economic growth, such as migrations and notifications of HIV infections. In this study, the specific objectives addressed, in addition to the evolution of the number of infected and the expenses with this preventive and compensatory policy, the administrative management of the health secretariats of the municipalities, through the criterion of content analysis, based on interviews. How did the health secretariats manage the evolution of the HIV epidemic in the municipalities of Caruaru, Petrolina, Igarassu, Cabo de Santo Agostinho and Tamandaré, in Pernambuco, from 2010 to 2014. As a result, it was observed that, even in view of the evolution of the disease, in the municipalities studied, the budget did not follow this growth. Despite recognition of the severity of the epidemic, management, prevention, education and culture, are identified as the main human failures to control the disease, the budget constraint also contributes to the possibility of a less effective policy.

Keywords: Public policy. Evaluation. health program. Migration. HIV

LISTA DE SIGLAS

AD Diper	Agência de Desenvolvimento Econômico de Pernambuco
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APL	Arranjos Produtivos Locais
AZT	Azidotimidina
CISAN	Centro Integrado Amaury de Medeiros
CIPS	Complexo Industrial Portuário de Suape
DST	Doenças Sexualmente Transmitidas
GAPA	Fundação do Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
ICMS	Imposto Sobre Circulação de Mercadorias e Serviços
IDMH	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MS	Ministério da Saúde
TEM	Ministério do Trabalho
ONGs	Organizações não governamentais
PAC	Programa de Aceleração do Crescimento
PIB	Produto Interno Bruto
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
Prodepe	Programa de Desenvolvimento do Estado de Pernambuco
SDEC	Secretaria do Desenvolvimento Econômico
SINAN	Sistema Nacional de Notificação de Doenças
SUS	Sistema Único de Saúde
TES	Território Estratégico de Suape

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Estrutura de modelo para análise qualitativa	48
Figura 2 – Mapa de Identificação do <i>lócus</i> de pesquisa.....	53
Figura 3 - Representação das notificações de HIV nas regiões brasileiras, de 2005 a 2014	59
Figura 4 - Representação das notificações de HIV na região Nordeste, de 2005 a 2014	59
Figura 5 - Representação das notificações de HIV na região Nordeste, de 2005 a 2014	60
Figura 6 - Representação dos óbitos por Aids nas regiões brasileiras, de 2005 a 2014	61
Figura 7 - Representação das notificações de óbitos por Aids na região Nordeste, de 2005 a 2014	62
Figura 8 - Representação das notificações de HIV na região Nordeste, de 2005 a 2014	63
Figura 9 - (A) Número de óbitos por AIDS nas regiões Nordeste e Sudeste, entre 2005 e 2014. (B) Número de infectados por HIV nas regiões Nordeste e Sudeste, entre 2005 e 2014. (C) Número de infectados por HIV e de óbitos por AIDS na região Sudeste, entre 2005 e 2014. (D) Número de infectados por HIV e de óbitos por AIDS na região Nordeste, entre 2005 e 2014.....	64
Figura 10 - Nuvem de palavras - Entrevista	81

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Fases do processo decisório em diferentes estudos de análise da Política Pública	21
Quadro 2 - Processo da política pública brasileira (por Silva)	23
Quadro 3 – Interação entre o roteiro de entrevistas e o modelo de análise de políticas	49
Quadro 4 - Categoria de Análises	52
Quadro 5 - Candidatos eleitos nos municípios pesquisados - 2008 a 2016.....	83
Quadro 6- Frequência das Palavras - Entrevista.....	92

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Municípios selecionados e variáveis da escolha por colocação.....	44
Tabela 2- Características socioeconômico-geográficas dos municípios (base 2010)	54
Tabela 3 - Variação do crescimento populacional dos municípios da amostra	55
Tabela 4 - PIB, valor adicionado – Tamandaré/PE	56
Tabela 5 - Incidência do HIV nos municípios estudados, entre os anos 2005 e 2014.	60
Tabela 6 - Número de óbitos por AIDS no Brasil, entre os anos 2005 e 2014, por região.	61
Tabela 7 - Total de óbitos por AIDS no nordeste do Brasil, 2005 a 2014, por UF.....	62
Tabela 8 - Óbitos por AIDS nos municípios estudados, - 2005 a 2014.	63
Tabela 9 - Incentivo Financeiro para Ações de Prevenção e Qualificação da Atenção em HIV/AIDS e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis – 2010/2014.	65
Tabela 10- Recursos destinados à saúde– 2010/2014	66
Tabela 11 – Taxa (%) dos gastos em políticas de saúde para DST/AIDS em relação ao total de recursos destinados à área de saúde – 2010/2014.....	67

SUMÁRIO

I CAPÍTULO	13
1 INTRODUÇÃO	13
II CAPÍTULO - REFERENCIAL TEÓRICO	19
2 O CONTEXTO DA POLÍTICA PÚBLICA	19
2.1 Mecanismos de avaliação de Políticas Públicas.....	22
3 A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL	27
3.1 Avaliação de Políticas Públicas de Saúde	29
4 TEORIA DA MIGRAÇÃO	31
4.1 O fenômeno migratório no rumo crescimento econômico.....	32
4.2 Crescimento X Desenvolvimento e Migração	35
4.3 Epidemias e migração	36
5 CONTINUIDADE E DESCONTINUIDADE DE POLÍTICAS PÚBLICAS NAS GESTÕES MUNICIPAIS	38
6 A HISTÓRIA EVOLUTIVA DA AIDS	40
III CAPÍTULO - PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	43
7 DESCRIÇÃO DOS MÉTODOS	43
7.1 Definição da amostra	43
7.2 Tipo de pesquisa	45
7.3 Abordagem de pesquisa	46
7.4 Fases de pesquisa de campo	47
7.5 Coleta de Dados do campo	48
7.6 Categorização dos dados	50
7.7 Classificação dos Dados – Categorias Temáticas.....	51
IV CAPÍTULO - LOCUS DE PESQUISA	53
8 BREVE APRESENTAÇÃO DOS MUNICÍPIOS ESTUDADOS	53
8.1 Principais atividades econômicas por mesorregião	57
V CAPÍTULO - RESULTADOS DA PESQUISA	58
9 INCIDÊNCIA EVOLUÇÃO DO HIV NO BRASIL	58
10 ANÁLISE FINANCEIRA DA GESTÃO PÚBLICA DA SAÚDE MUNICIPAL COM FOCO NA POLÍTICA DO HIV	65
11 GESTÃO ADMINISTRATIVA	68
11.1 A administração, no âmbito das secretarias municipais de saúde.....	68
11.2 Desafios da Gestão Municipal de Saúde	69
11.3 Prioridades das Secretarias Municipais de Saúde.....	70
11.4 Disponibilidade distribuição de recursos.....	71
11.4.1 Recursos Financeiros das Secretarias	71
11.4.2 Aplicação de Recursos Financeiros das Secretarias	72

11.4.3 Estrutura Física das Secretarias.....	73
11.5 Efeito das ações	73
11.5.1 Campanhas regulares das Secretarias Municipais de Saúde.....	73
11.5.2 Ações realizadas pelas Secretarias Municipais de Saúde.....	74
11.5.3 Cobertura das ações realizadas pelas Secretarias Municipais de Saúde.....	75
11.6 Custos e produtividade	76
11.6.1 Recursos Humanos disponíveis nas Secretarias Municipais de Saúde	76
11.6.2 Capacitação.....	76
11.7 Adequação das ações reconhecimento.....	77
11.7.1 Diagnóstico da evolução do HIV.....	77
11.7.2 Problemas Impeditivos da Política.....	77
11.8 Implantação de ações.....	78
11.8.1 Controle das notificações.....	78
11.8.2 Prevenção.....	79
11.8.3 Contagio	80
11.9 Características - agentes das ações.....	80
11.9.1 Gestor/Gestão	80
11.10 Síntese de representação da nuvem de palavras	81
12 LIMITAÇÕES DA PESQUISA: CONTINUIDADE E DESCONTINUIDADE DE POLÍTICAS PÚBLICAS	82
13 CONSIDERAÇÕES FINAIS	85
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	87
APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA	91
APÊNDICE B– FREQUÊNCIA DA NUVEM DE PALAVRAS	92
ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	93

I CAPÍTULO

1 INTRODUÇÃO

Pernambuco apresentou elevado crescimento econômico a partir de 2008. O estado se destacou no cenário nacional, por sua capacidade de atração de múltiplos investimentos nacionais e internacionais. A Agência de Desenvolvimento Econômico de Pernambuco (AD Diper), por meio do Programa de Desenvolvimento do Estado de Pernambuco (Prodepe), em parceria da Secretaria da Fazenda de Pernambuco (SEFAZ-PE), concedeu incentivos fiscais e financeiros para a indústria e o comércio atacadista pernambucano com a finalidade de atrair e fomentar empresas.

Segundo dados da AD Diper, no Prodepe, no período de 2007-2015, foram executados 863 projetos de novas instalações empresariais, com 20,23 bilhões investidos e 82.408 mil empregos gerados, em Pernambuco.

Os setores prioritários para a ascensão da economia pernambucana foram: o petróleo e gás, a construção civil, a agroindústria (exceto o setor sucroalcooleiro); metalmeccânica e material de transporte; eletroeletrônica; farmoquímica, higiene e limpeza; minerais não metálicos (exceto cerâmica vermelha); têxtil; e, plástico. Os Arranjos Produtivos Locais também tiveram incentivos do Governo Federal. Todos juntos, alavancaram os seguimentos econômicos de serviço, comércio e indústria (AD Diper, 2016, n.p.).

Com a geração da oferta de emprego, o Estado de Pernambuco passou a ser retentor de mão de obra, ao mesmo tempo em que passou a importá-la, a migração de retorno e a migração intrarregional, também passaram a ser um fenômeno representativo uma vez que Pernambuco se historiava como um grande exportador de mão de obra, especialmente para a região Sudeste.

Considerar o avanço econômico em Pernambuco é uma condição legítima, quando analisados os índices econômicos. Porém, apesar das externalidades positivas alcançadas pelo crescimento econômico (redução do desemprego, qualificação de mão de obra, aumento do poder de compra, melhores condições para a educação e o lazer), aspectos negativos devem ser considerados pelos

gestores públicos, a fim de ajustes em políticas públicas existentes e ainda na criação de novas políticas e ações.

Desde o ano de 2007, o Estado apresentou um movimento populacional atípico, por migrantes provisórios, em detrimento de obras portuárias, obras de tráfego e a oferta de empregos oriunda de concursos públicos, multinacional e outras oportunidades de emprego e renda, inclusive uma expressiva migração de retorno (IBGE, 2010).

O vultoso movimento populacional, quando não articulados à estruturas de políticas públicas preventivas, pode acarretar externalidades negativas, como a favelização; alta degradação humana e social; perda da identidade cultural; precárias condições de moradia; violência; impactos no bem-estar social; na busca de territorialidade pela ausência de pertencimento, e ainda, causar a alta densidade populacional em algumas áreas e o esvaziamento de outras; contribuir para proliferação de doenças entre outros males.

Dentre tantas consequências positivas e negativas trazidas pelo crescimento econômico, passivas de um grande estudo, esta dissertação propõe pesquisara Política Pública de Saúde em prevenção ao HIV, nos municípios com maior desenvolvimento econômico em Pernambuco.

A relevância e contribuição de estudos nessa área consistem do entendimento da gestão operacional de recursos despendidos a medida do crescimento de notificações. Os infectados dependem de diversos profissionais sociais e da saúde, de medicações de elevado custo, de maior frequência de internamento hospitalar, dentre outros recursos.

Diante do exposto surge a seguinte pergunta problema: Como se deram as gestões das secretarias de saúde diante da evolução da epidemia de HIV nos municípios de Caruaru, Petrolina, Igarassu, Cabo de Santo Agostinho e Tamandaré, em Pernambuco, no período de 2010 a 2014?

Sendo o HIV considerado um dos surtos mais marcantes no mundo, especialmente para quem viveu a década de 1990. A pandemia do HIV/AIDS ainda cresce no Brasil e no mundo. Apesar do Brasil, ter sido considerado modelo de eficácia no combate à mortandade causada pela doença, esta ainda é uma grande ameaça.

Em Pernambuco, as notificações por HIV apresentam um crescimento acelerado, enquanto que no Sul, aonde a quantidade de infectados ainda é a maior, a incidência de notificações vem diminuindo (BRASIL, 2014). Diante desse cenário, se levanta uma questão sobre as ações de políticas públicas realizadas no Estado.

As cidades selecionadas, para este estudo, foram determinadas pelo método de *ranking*, considerando as variáveis de crescimento de notificação por HIV, crescimento populacional e crescimento de pessoas ocupadas, o que suscitou nos municípios de Cabo de Santo Agostinho; Igarassu; Caruaru; Petrolina e Tamandaré.

Algumas observações devem ser consideradas, no surgimento dessa amostra: Cabo de Santo Agostinho faz parte do Complexo Suape, que aglomera o setor de petróleo e gás e o setor naval, sendo o município de Tamandaré considerado um município de influência da economia de Suape e como representante do Turismo. Caruaru é reconhecido como o maior centro do polo de confecções em Pernambuco. Petrolina, por sua vez, está em grande expansão na fruticultura irrigada, com grande ascensão na vinicultura. E por fim, Igarassu, município também considerado sob influência de Goiana, sendo integrado ao setor automobilístico, farmoquímico e de vidros.

Evidenciado estes investimentos e o desenvolvimento dos setores na economia, o crescimento populacional na ação migratória é um ponto de observação já contemplado para a seleção da amostra a ser estruturada. Justar os aspectos migratórios, impulsionados pelo crescimento econômico, a oferta de emprego e a política pública de combate e prevenção do HIV, é que será a peça fundamental dessa dissertação.

A razão mais relevante para o estudo sobre uma política pública é fato de que estas têm como propósito, a resolução de problemas da sociedade. Um grande desafio é o de analisar problemas públicos e suas soluções, como participante direto ou indireto do processo. Entende-las, interessa não apenas ao próprio direito, mas, aos aspectos científicos, econômicos, sociais e políticos.

A política pública tem uma estreita relação entre ideias e os problemas que causam aflição social (SILVA, 2012). Analisar o seu processo envolve o conhecimento dos seus objetivos e da sua metodologia, o alcance de seus resultados, no alinhamento social institucional, político, econômico e de outros

contextos. Para tal, abre-se um diálogo com as ciências políticas; ornadas à natureza interdisciplinar de estudos, envolvendo a sociologia, a história, a economia, a administração pública e outras disciplinas.

Esse estudo buscará dimensionar os aspectos da gestão na Política Pública de Saúde, no Programa de Combate ao HIV/AIDS, na sua relação com o fenômeno migratório, ocasionado pelo crescimento econômico. Segundo Todaro e Smith (2010), quanto mais forte a economia de um local (oferta de emprego, perspectiva de qualidade de vida), maior será o movimento populacional para essas regiões.

A incidência de aumento do número de notificações em um estado pode sugerir uma fragilidade na política pública. Uma hipótese seria o fato de não incutir estratégias na política, diante de um aumento da população de migrantes. Outros problemas que podem ocorrer, constam do formato da articulação política, onde o planejamento de ações não preveja as externalidades negativas, que teriam que ser reparadas posteriormente.

Para alcançar o objetivo geral deste trabalho, este estudo propõe:

- 1) Analisar a evolução da notificação e de óbitos por HIV/Aids na comparação brasileira, regional, pernambucana e de municípios da amostra;**
- 2) Analisar os aspectos financeiros dos gastos para a execução das ações, oriundas da política políticas do combate ao HIV;**
- 3) Identificar e analisar as ações oriundas da política políticas do combate ao HIV, na gestão administrativa.**

Para responder aos questionamentos e objetivos postos acima, esta dissertação se apresenta em seis seções. A introdução e as suas subseções que apontam a delimitação do problema, a justificativa e os objetivos (geral e específicos), serão expostos no **capítulo I**.

O **capítulo II** apresenta o aporte teórico, compondo os pilares centrais para a dissertação. As subseções aportam o contexto das Políticas Públicas e os seus Mecanismos de avaliação; A formação da Política Pública de Saúde no Brasil e os seus métodos de avaliação; a Teoria da Migração, respaldada pela Teoria do Desenvolvimento Econômico; Este eixo central se preocupa em descrever os

principais conceitos de Políticas Públicas, sua história e os principais estudos que determinam os seus processos. E ainda, os modelos e mecanismos de avaliação propostos, utilizados para atender aos objetivos desta pesquisa. E, enfatiza ainda, o processo da concepção da política pública de saúde no Brasil; a história da política pública de saúde no Brasil; as técnicas de avaliação de políticas públicas de saúde e das políticas públicas voltadas para HIV/AIDS e na sua evolução histórica; a relação da migração com as epidemias; a abordagem quanto à continuidade e descontinuidade de políticas públicas nas gestões municipais, um problema reconhecido pela troca de partido e consequente troca gestão; e a Evolução da Aids no Brasil.

Após todo o aporte teórico, o **capítulo III**, definiu-se a aplicação metodológica e os seus critérios de inclusão da amostra. Nesta seção, encontra-se construído o modelo de análise de cada objetivo específico.

O **capítulo IV** caracteriza o local de pesquisa, apresentando ao leitor os seus aspectos econômicos, e geográficos.

A partir do **capítulo V**, são tratados os resultados desta dissertação e foi realizada em quatro sessões de resultados: 1) levantamento dos dados de crescimento das notificações, com fim demonstrativo e comparativo de infectados por HIV e de notificações da mortalidade no Brasil, nas regiões, em Pernambuco e nos municípios propostos nesta pesquisa, no decênio de 2005 a 2014.

A segunda parte considerou os aspectos econômicos, apresentando os gastos em saúde, no aspecto geral dos municípios e os específicos à Política de Combate e Prevenção ao HIV, em comparativos com Pernambuco.

Para a terceira etapa, esta dissertação apresenta os resultados do campo, obtidos por meio de entrevistas, delineados sob o método da análise de conteúdo, com a finalidade de prestar como os gestores percebem, planejam e contribuem para as ações municipais de saúde.

A quarta fase de resultados introduz as limitações dessa pesquisa, em função da continuidade e descontinuidade das políticas públicas, pela mudança de gestão da administração municipal e consequente alocação de novos gestores.

O **capítulo VI** traduz não apenas os aspectos conclusivos deste trabalho, mas propostas de novos olhares que possam de alguma forma contribuir com a sociedade civil e com os gestores governamentais.

II CAPÍTULO - REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico aqui apresentado tem como objetivo apresentar e dialogar sobre os principais conceitos que envolvem esta pesquisa. A importância dessa apresentação é elucidar aos leitores os principais pontos de vista das abordagens teóricas, baseado em autores que fundamentam os objetos de estudo deste trabalho, sobre a gestão da Política Pública de Prevenção e Combate ao HIV/AIDS.

2 O CONTEXTO DA POLÍTICA PÚBLICA

A política pública é considerada uma diretriz de resolução de problemas sociais, possui elementos básicos de intencionalidade pública e resposta a problemas públicos, ou seja, procura solucionar problemas coletivos de caráter relevante.

As políticas públicas são, no seu cerne, respostas a problemas sociais; estas “têm um aspecto coercitivo oficializado que os cidadãos aceitam como legítimo” (DIAS; MATOS, 2012). Neste contexto, o papel do Estado é o de propor, estabelecer, implementar e avaliar estas políticas. Apesar de muitas serem pensadas a nível nacional, as mesmas são descentralizadas, com o intuito de se adequarem à realidade de cada local (SILVA, 2012).

O Governo não se apresenta como único desenvolvedor e implementador de políticas públicas, as Organizações Não Governamentais (ONGs), também apresentam este papel. Em sendo ofertado para a sociedade, as políticas públicas estão previstas na Constituição Federal de 1988, não o seu conteúdo, mas, o direito da efetivação. As políticas públicas se apresentam nos seguintes tipos:

“1. Política social: saúde, educação, habitação, previdência social; 2. Política macroeconômica: fiscal, monetária, cambial, industrial; 3. Política administrativa: democracia, descentralização, participação social; 4. Política específica ou setorial: meio ambiente, cultura, agrária, direitos humanos” (DIAS; MATOS, 2012).

Secchi (2014) compreende que os tipos de políticas públicas são categorizadas em um formato desagrupado, excluindo e/ou integrando o que

especificou Dias e Matos (2012), sendo: saúde; educação; segurança; gestão; meio ambiente; saneamento; habitação; emprego e renda; previdência social; planejamento urbano; justiça e cidadania; economia; assistência social; relações internacionais; cultura e esporte; ciência, tecnologia e inovação e infraestrutura e transportes.

Birkland (2010) afirma que os estudos para avaliação de políticas públicas são muito recentes, e apenas nos últimos 20 anos tornou-se objeto de estudo intenso, observando que o seu conceito ainda sofre percalços. Birkland (2010) e Secchi (2014) asseguram que há ausência de um consenso entre os autores que tratam do tema na literatura científica e que a sua definição é arbitrária, embora possua elementos comuns, nas seguintes ideias:

- a) Política é feita em resposta a algum tipo de problema que requer atenção;
- b) Política é feita em nome do "público";
- c) Política é orientada para um objetivo ou estado desejado, tais como a solução de um problema;
- d) Política é finalmente feita pelos governos, mesmo que as ideias vêm de fora do governo ou através da interação de atores governamentais e não governamentais;
- e) Política é interpretada e implementada por agentes públicos e privados que têm diferentes interpretações de problemas, soluções e suas próprias motivações;
- f) Política é o que o governo escolhe fazer ou não fazer (BIRKLAND, 2010, p. 8).

Historicamente, o primeiro estudo realizado, para entender as atividades do governo em suas políticas públicas, ocorreu em 1922, pelo cientista político Charles Merriam, conforme relata Birkland (2010). Para Baptista e Rezende (2011), esta incidência ocorreu ainda no século XIX, com maior abertura no século XX, num contexto de racionalização do Estado. Apesar de um ato consolidado, a literatura aponta fragilidades conceituais devido as diferentes abordagens e participação e posição de seus atores (SECCHI, 2014).

De acordo com Birkland (2010), Baptista e Rezende (2011), a literatura clássica sobre o tema, teve alicerce a partir da década de 1950, com Harold Lasswell. Considerado o precursor neste estudo, criou uma nova abordagem multidisciplinar envolvendo sociologia, administração, psicologia, ciência política e outros, para estudar os problemas políticos, intensificados pela pós-segunda guerra, para dotar processos decisórios e políticos nos Estados Unidos e Inglaterra.

Muitos estudiosos iniciaram os seus trabalhos a partir de Lasswel. Como Herbert A Simon, em 1947, Daniel Lerner, em 1951, Charles Lindblon em 1950, Gary Brewer em 1974, dentre outros. Considerados grandes estudiosos que contribuíram para a interpretação da ciência da política pública, segundo Baptista e Rezende (2011). Os seus legados estão apresentados no Quadro 1.

Quadro 1- Fases do processo decisório em diferentes estudos de análise da Política Pública

Estudos	Frases definidas
HA Simon – Administrative Behaviour, 1947	Inteligência, desenho e escolha.
HD Lasswell – The Policy Orientation, 1951.	Informação, promoção, prescrição, invocação, aplicação, término e avaliação.
R Mark – Planning and Uncertainty, 1971.	Reconhecimento do problema, formulação de alternativas, decisão, efetivação, correção/ajuste.
R Rose – Comparing public policy, 1973	Reconhecimento público das necessidades existentes, como os temas são colocados na agenda, como as demandas avançam, como o governo se envolve no processo decisório, recursos e constrangimentos, decisões políticas, o que determina as escolhas de governo, a escolha no contexto, implementação, resultados, avaliação da política e <i>feedback</i> .
G Brewer – The policy sciences emerge, 1974	Invenção, estimativa, seleção, implementação, avaliação e término.
W Jenkins – Policy Analysis: a political and organizational perspective, 1978	Iniciação, informação, consideração, decisão, implementação, avaliação e término.
BW Hogwood and LA Gunn – Policy analysis for the Real World, 1984	Definição de temas, filtro de temas, definição de temas, prognóstico, definição de objetivos e prioridades, análise de opções, implementação da política, monitoramento e controle, avaliação e revisão, manutenção da política, sucessão e término.
Howlett e Ramesh, Studying Public Policy, 1993	Montagem da agenda, formulação da política, tomada de decisão, implementação e avaliação.

Fonte: Baptista e Rezende (2011, p.2).

Romano (2009) explicita, que o estudo brasileiro sobre a avaliação de políticas públicas é muito incipiente, quando comparado aos Estados Unidos e Europa, apesar da expansão ocorrida somente nos anos 90. A estrutura de análise foi catequizada, unindo a ciência política, sociologia, economia, administração pública e centros interdisciplinares, inclusive os independentes. A teoria keynesiana, nos anos 50 já articulava a análise do Estado, mercado e sociedade, numa análise macroeconômica.

De acordo o autor supracitado, a base intelectual de avaliação a políticas públicas no Brasil é acadêmica e muito superficial. As publicações se resumem a

revista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e dispersas em periódicos básicos de administração, saúde, agricultura, por exemplo. Para o autor, é necessária a formulação de modelos de análise mais robustos com resultados mais expressivos.

2.1 Mecanismos de avaliação de Políticas Públicas

Avaliar os impactos das intervenções das políticas públicas é de grande importância, por que estas influenciam na dinâmica do desenvolvimento regional brasileiro. Baer (2012) considera que os impactos dessa dinâmica, tendem a reforçar a concentração geográfica de atividades econômica, causando transformações e por isso não podem ser desconsideradas.

O papel das avaliações das políticas públicas é o de compreender como estas têm êxito. Resende (2014) considera que a questão mais importante a ser analisada é a definição dos seus objetivos e o alcance dos seus resultados.

Frey (2000) e Resende (2010) consideram que numa observação mais analista e sofisticada, o processo da política pública é mais pertinente em cinco etapas: i) percepção e definição de problemas; ii) *agenda-setting*; iii) elaboração de programas e decisão; iv) implementação de políticas; e, v) a avaliação de políticas e a eventual correção da ação. Os dois autores diferem em algumas na proposta avaliativa, apenas nos nomes das etapas, porém, não alteram o seu significado.

De acordo com Silva (2012), a construção do ciclo das políticas segue trajetórias. O Quadro 2, sintetiza as etapas, que são construídas pelas fases do processo de uma Política Pública. Nestas identificam-se os processos políticos, a descrição de cada etapa do processo e os agentes participantes e responsáveis das fases de identificação da necessidade da implantação da política, até a fase da avaliação.

Quadro 2 - Processo da política pública brasileira (por Silva)

Processo Político	Descrição genérica da etapa	Agentes participantes
Identificação do problema	Identificação dos problemas políticos por meio da demanda de indivíduos e grupos de ação governamental.	Instituições formais e informais (responsáveis por identificar estes problemas por pressões sociais, econômicas, políticas, ambientais ou culturais).
Agenda dos agentes	Atenção na mídia e nos órgãos públicos oficiais sobre problemas públicos específicos para definir o que será decidido.	Instituições formais ou informais (responsáveis por discutir o problema e apresentar demandas ao governo).
Formulação de política	Desenvolvimento da proposta de política pelo interesse de grupos.	Instituições formais, informais e o governo (a responsabilidade é compartilhada, mas, dependente do arranjo institucional existente, um deles será responsável por consolidar a formulação da política).
Legitimização da política	Definição da ação e política, como sendo oficial, tornando-a lei.	Governo (responsabilidade típica do governo que garante a legitimidade da política).
Implementação da política	Implementação da política pelas burocracias, gastos públicos, regulações e outras atividades afins.	Governo e instituições formais, informais (a responsabilidade é compartilhada, mas, normalmente é coordenada pelo governo. Em alguns casos é exclusivamente implementada pelo governo).
Avaliação da política	Avaliação continuada da política pública, tanto em termos de processo, quanto de resultado.	Governo e instituições formais, informais (a responsabilidade é compartilhada, mas o governo necessariamente deve avaliar a sua política. As instituições formais e informais, quando bem estruturadas e atuantes, sempre como uma espécie de auditoria dos resultados e grupo de pressão para a melhoria das ações com intuito de não desvirtuar dos objetivos defendidos pela política).

Fonte: Silva (2012, p. 23).

Para Secchi (2014), o ciclo da política apresenta sete etapas, esta inclui uma fase diferenciada, dentre os autores estudados, a extinção. Para o autor o ciclo se concretiza da seguinte forma: Identificação do problema; formação da agenda; formulação das alternativas; tomada de decisão; implementação; avaliação e extinção.

A análise da política pública, através do seu, ciclo é conhecida no modelo processual de análise, este também é considerado o modelo clássico de análise. No estudo das políticas públicas, Dye (2009) aponta que a sua abrangência se dar por modelos conceituais de análise – Institucional, de processo, de elite, racional, incremental, da teoria dos jogos, da opção pública e sistêmico. Os propósitos desses modelos são:

- Simplificar e esclarecer nossas ideias sobre política e políticas públicas;
- Identificar aspectos importantes de questões político-sociais;
- Ajudar-nos a nos comunicarmos, focalizando as características essenciais da vida política;
- Direcionar os nossos esforços para compreender melhor as políticas públicas, sugerindo o que é importante e o que não é importante;
- Propor explicações para as políticas públicas e prever as consequências (DYE, 2009, p. 100).

Dye (2009) define os modelos conceituais e a sua operacionalização. Porém, o mesmo afirma que estes modelos não são considerados competitivos, a ponto de um julgamento que o classifique como o melhor, mas apesar de não terem sido criados com o intuito do estudo da política pública, estes oferecem uma maneira diferente de “pensar sobre a política”.

- a) Institucional: Analisa a política de forma institucional. E, considera que só existe política depois da sua implementação. Possui três características essenciais: 1. Legitimidade (obrigações legais); 2. Universalidade (aponta para a sociedade); 3. Coerção (o governo legitima e pune os violadores).
- b) Processo: A concepção de a política dar-se por processo político-administrativo, numa concepção de ciclo (identificação do problema, organização da agenda, formulação, legitimação, implementação e avaliação)¹.
- c) Grupo: A formação por integração de “Grupos de interesse” é o ponto relevante do modelo. Indivíduos que compactuam da mesma ideia, se tornam políticos e se articulam para reivindicar ações governamentais.
- d) Elite: O resultado da política é visto como uma ação de valores para a elite governante. Nesta teoria, é sugestionada uma sociedade apática e mal informada a respeito de políticas públicas.
- e) Racional: é reconhecida pelo propósito de ganho social máximo, onde os custos não excedem os seus benefícios e ainda, os tomadores de decisão decidem pela política com maior benefício, em detrimento ao seu custo. Este modelo possui entraves: 1. Dificuldade de consenso; 2. Ausência de estímulo na

¹Este processo já fora esclarecido neste referencial.

decisão, por causa dos objetivos societários e 3. Dificuldade na coleta de informações na coleta de informações sobre a política.

- f) Incremental: Visão de política de continuação, de governos anteriores, apenas aportadas por incrementos. A sua utilização é motivada por: 1. Ausência de tempo, informação ou recurso; 2. A legitimidade da política e a incerteza de consequências na sua finalização; 3. Conveniência de acordos políticos e redução de conflitos.
- g) Teoria dos Jogos: De escolha racional por competitividade e interdependência. A sua aplicação dar-se na busca de melhores resultados. Esta teoria descreve o procedimento de decisão em situações competitivas e racionais.
- h) Opção pública: A política é observada como de autointeresse. Essa teoria parte do pressuposto de que todos os atores públicos (eleitores, contribuintes, candidatos, legisladores, burocratas, partidos), procuram maximizar os seus benefícios.
- i) Sistêmica: implica na articulação de instituições e atividades voltadas para o atendimento da demanda. Este processo também prevê a inter-relação desses elementos: Os *inputs* são as formas de demanda e de apoio do sistema político; e os *outputs* que são os resultados, ou efeitos modificadores.

Outros tipos de análises também são abordados por Secchi (2014). Para o autor, as avaliações podem ser realizadas *ex ante* (anterior a implementação), *ex post* (posterior a implementação) e ainda, *in itinere* (durante a implementação). Os mecanismos de avaliação as escolhas ou julgamentos. O momento de avaliação tratado neste trabalho será o *ex post*, em se tratando de uma política com mais de 20 anos.

São considerados critérios de avaliação, considerados por Secchi (2014):

- Economicidade: refere-se ao nível de utilização de recursos (*inputs*);
- Produtividade: refere-se ao nível de saídas de um processo produtivo (*outputs*);
- Eficiência econômica: trata-se da relação entre outputs (produtividade) e inputs (recursos utilizados);
- Eficiência administrativa: trata-se do seguimento de prescrições, ou seja, do nível de conformação da execução a métodos pré-estabelecidos;

- Eficácia: corresponde ao nível de alcance de metas ou objetivos pré-estabelecidos;
- Equidade: trata da homogeneidade de distribuição de benefícios (ou punições) entre os destinatários de uma política pública (Secchi, 2014).

Os aspectos técnicos serão privilegiados neste trabalho, sendo assim, os níveis de concepção para avaliação serão os de economicidade e de eficácia, uma vez que um dos objetivos deste trabalho é o de avaliar as ações que preconizam a migração para os municípios estudados e os seus resultados econômicos.

Quanto ao modelo, apesar de explicitado o ciclo da política, dentro da avaliação, o foco de análise usará princípios mistos do modelo processual e do modelo incremental. Métodos de análise focados no objetivo, ou seja, pinçadas de modelos de análise, são conhecidos como “triangulação metodologia”. Vieira-da-Silva (2014, p.75) afirma que “a articulação entre estratégias estruturadas, no que se convencionou a dominar triangulação metodológica, pode ampliar a base de evidências, permitindo a formulação de interferências mais válidas sobre o efeito das intervenções”.

3 A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL

Segundo o Portal da Saúde² do Sistema Único de Saúde (SUS), a história da saúde pública brasileira teve início no século XIX. Segundo Sousa e Batista (2012), desta época datam as primeiras leis sociais. A partir de 1870, de acordo com Silva e de Morell (2012), ocorre a primeira vacinação em massa. Porém, a lei da vacinação obrigatória para o combate da febre amarela e a peste bubônica, é instituída em 1904 (SOUSA; BATISTA, 2012). Para o mesmo autor, as políticas públicas de proteção social, só surgiram com o processo de industrialização.

O Ministério da Saúde foi criado apenas em julho de 1953, com o seu desmembramento do Ministério da Educação. Todas as ações do Departamento Nacional de Saúde foram atribuídas a este Ministério.

A partir de 1960, uma nova percepção é dada a política pública de saúde no Brasil. Passa a ser considerado como variável relevante, a desigualdade social. Passando a correlacionar saúde e desenvolvimento. Surgindo então um novo grupo de estudos para formulação de políticas, os sanitaristas desenvolvimentistas.

Na gestão do ministro Estácio Souto Maior, em 1961, contando com a ajuda do sanitarista desenvolvimentista Mário Magalhães da Silveira, foi formulada a Política Nacional de Saúde. O principal objetivo de reestruturar um novo cerne ao Ministério da Saúde, combinando com os novos avanços da esfera econômico-social (SOUTO-MAIOR, 1962). A grande preocupação dessa época era o combate à tuberculose.

A saúde tinha duas perspectivas diferentes, a gestão estava sendo definida, de um lado, na ótica do indivíduo, do outro, do coletivo. Mas, Mario Magalhães e Estácio Souto maior, apostava no coletivo e mais ainda na prevenção. Porém, o mesmo afirmava que não seria possível melhorar a saúde dos povos, sem combater a pobreza, que ele considerava como sendo o maior surto. Este seria outro problema que o Brasil teria a resolver.

Entre 1974 e 1979, instalou-se uma crise na Política Nacional de Saúde que enfrentou grande tensão, devido a necessidade de ampliação dos serviços, e a

²Copyright © 2016 Portal da Saúde – Ministério da Saúde – www.saude.gov.br. Todos os direitos reservados. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/historico>>.

ausência de disponibilidade de recursos financeiros. As reformas realizadas na estrutura organizacional não conseguiram reverter a ênfase da política de saúde, caracterizada pela predominância da participação da Previdência Social, através de ações curativas, comandadas pelo setor privado.

Diante de tais condições, surgem as primeiras ações de um novo modelo de gestão pública na saúde, estabelecido na proposta do Sistema único de Saúde (SUS) apresentada no I Simpósio de Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados no ano de 1979, sendo aceita pelo Congresso nacional. Apesar de a sua criação ter sido mencionada na Constituição Federal de 1988.

O SUS por sua vez, é um sistema complexo, formado por todos os elos do seguimento de saúde, sob gestão hierárquica dos órgãos da União, Estados e Municípios, tendo como gestor central o Ministério da Saúde (PAIM, 2009). Segundo a Lei Orgânica da Saúde Nº 8.080/90, é objetivo e atribuições do SUS: a assistência às pessoas, a vigilância epidemiológica, a vigilância sanitária, a saúde do trabalhador e a assistência farmacêutica.

Bravo (2001) descreve um cenário a parte na década de 1980, onde a saúde atinge a dimensão política. Com efetiva participação por parte dos sujeitos da sociedade e em especial os envolvidos no sistema de saúde, possibilitando a fiscalização dos serviços prestados. Este período também se evidencia pela fragilidade na atuação das organizações não governamentais (ONGs), junto ao setor de saúde, devido a uma estrutura mais rebuscada com a implantação do SUS.

Apesar de todas as medidas adotadas para as ações de Políticas voltadas à saúde, as ONGs enxergaram a necessidade de criação grupos sociais, no atendimento a doenças específicas e na exclusão social. Estas passaram a atuar incisivamente em defesa de grupos diversos (portadores de HIV, hanseníase, entre outros); associações de pacientes e familiares de doenças crônicas, como diabetes, Mal de Alzheimer, dentre outros, grupos de acessória técnica e pesquisa em saúde e muitas outras (LIMA; SILVA; PEREIRA, 2011).

3.1 Avaliação de Políticas Públicas de Saúde

Após a compreensão da formação e implementação das políticas públicas em geral, essa seção apresenta a análise da política pública em saúde, objeto deste estudo. Baptista e Rezende (2011) explicam que para efetivar uma análise de uma política de saúde, deve-se explorar o seu contexto histórico, a fim de considerar as suas potencialidades e o seu enfoque. Ou seja, faz-se necessário, compreender “quando, por que, e, com que argumento se delimitou a proposta” (idem, 2011, p.1) e, conseqüentemente, as fases do seu processo político.

Um dos grandes desafios na saúde decorre da migração e da disseminação de doenças. Dias e Gonçalves (2007, p. 1) esclarecem que “há uma reconhecida necessidade da compreensão da movimentação da população e do seu impacto na saúde”. Sendo assim, adotar medidas preventivas seria uma escolha assertiva.

Porém, existem vários caminhos para a avaliação das políticas públicas, como os já citados neste trabalho, em capítulo anterior, para as políticas públicas. Porém, cada política tem seus atores, a forma de avaliação e as especificidades das políticas públicas.

No trabalho realizado por Vieira-da-Silva (2014), intitulado “Avaliação de políticas e Programas de Saúde” da Fiocruz, a autora afirma que o tipo da avaliação depende do objetivo pretendido e que esta “varia com a sua complexidade” (idem, p.16).

A avaliação no objetivo de pesquisa avaliativa e avaliação para gestão ou avaliação formativa e somativa. No primeiro caso, “a pesquisa avaliativa corresponde ao julgamento que se faz sobre as práticas sociais” (VIEIRA-DA-SILVA, 2014, P. 18). Na segunda situação, a avaliação é realizada para uma prestação de contas externa, onde os avaliadores não integram a equipe de gestão do programa.

Segundo Vieira-da-Silva (2014, p.39-40), as principais características avaliativas para as políticas públicas de saúde são agrupadas da seguinte forma:

- 1) Quanto à disponibilidade e distribuição de recursos;
- 2) Quantos aos efeitos das ações;
- 3) Quantos aos custos e produtividade;

- 4) Quanto à adequação das ações ao reconhecimento técnico;
- 5) Quanto ao processo de implantação de ações;
- 6) Quanto às características entre os agentes das ações;

Diante de tais agrupamentos, integrada ao objetivo deste projeto, a avaliação conhecida por “Triangulação metodológica”, que une modelos metodológicos para fins específicos, na finalidade do seu objetivo, deste modo, quanto aos modelos processuais, serão utilizadas “peças” do modelo Processual, e ainda a avaliação relacionada com o efeito das ações e aos custos e a produtividade das ações.

A avaliação da efetividade, eficiência e impacto, são consideradas uma das principais preocupações dos atores da política. Nela se pretende saber se a saúde foi promovida, se houve retração da contaminação, se as doenças foram tratadas ou se foram curadas. Dentro da estrutura do HIV essa relação é idêntica, ou seja, deseja-se saber se houve menor índice de contaminação, se o contaminado está sendo assistido, se houve redução do acometimento da doença (AIDS) e se a mortalidade decresceu.

4 TEORIA DA MIGRAÇÃO

As políticas públicas de educação, saúde, transporte, econômicas, são diretamente afetadas pelos movimentos populacionais tanto para na origem dos migrantes, quanto ao destino. Sendo assim, garante-se a relevância da Teoria da Migração para este estudo.

A definição da migração é considerada desconexa e de teoria ramificada. Massey, et al (1993, p. 4), afirma que “o nosso conhecimento teórico sobre a migração é incompleto e incorreto, fornecendo bases fracas para pesquisa e políticas públicas”.

Ainda por Massey et al (1993), o conflito quanto a definição se apresenta em primeiro lugar, pela forma, se o estudo deve se basear na perspectiva histórica ou pela dimensão do conflito. Em segundo lugar, pela abordagem, considerando a análise estrutural ou o indivíduo. Quanto ao nível de análise, a terceira dimensão, aponta uma abordagem pelo indivíduo, domicílio, comunidade, região geográfica, ou outra dimensão. Em quarto lugar, a ênfase colocada nas causas ou nos feitos da migração.

Baseado nos estudos de Peixoto (2004) foi de Ravenstein, em 1885 os primeiros textos sobre “Leis da migração” acerca de fluxos internos e internacionais, que desenvolveram a Teoria Neoclássica. Este estudo baseou-se numa realidade empírica, a partir de dados dos Censos de 1871 e 1881, na Inglaterra, da qual considerou que há uma relação estreita entre a migração e o desenvolvimento do capitalismo; que a população e as atividades econômicas estão distribuídas de forma desigual, criando áreas de absorção (centros comerciais e industriais) e áreas de dispersão de mão de obra (regiões agrícolas); os movimentos migratórios se direcionam a busca por mão de obra nos grandes centros industriais; e, a principal meta do migrante busca melhorar a sua situação material.

A Teoria Microeconômica Neoclássica é conhecida como o modelo de atração-repulsão, ou ainda, modelo de *push-pull*. Nestes modelos, são consideradas as decisões racionais de migrar ou não, onde considera que esta decisão é feita sob uma comparação que busca o bem-estar (TODARO, 1969). Este aspecto também é

considerado por Todaro e Smith (2010), no seu trabalho intitulado “*Economic Development*” referente a decisão de migrar do meio rural para o urbano.

Em 1980 os estudos partem para a “*new economics of migration*”, definindo a família como sendo a responsável pela decisão de migrar diante da deterioração das condições econômicas no local de origem (MASSEY et al., 1993). Por este motivo, houve pressões por parte dos movimentos internacionais na busca de soluções para carência dos serviços públicos, programas de crédito e seguro privado acessível.

A percepção *macro* foi criada por Priore (1979), e ficou conhecida como “*dual labor market theory*”, considerando que a principal causa de migração internacional seria causada pela permanente demanda por mão de obra imigrante, independente da estrutura econômica dos países desenvolvidos (MASSEY et al., 1993). Sendo a política migratória para atender a demanda de empregos seria a causa da migração e não a situação do local de origem do migrante.

Santos et al. (2010), esclarece ainda que dentro da teoria Microeconômica Neoclássica, também incide a Teoria do Capital Humano, defendida por Becker (1962), onde a decisão de migrar parte de uma análise econômica que considera o seu custo/benefício. Neste caso, a migração só seria concretizada se o indivíduo observasse uma condição de ganhos maiores que cubram os seus custos.

Todas as teorias de migração podem ser contempladas para esclarecer os motivos de migração para Pernambuco. Os Censos 2000 e 2010 e a contagem populacional de 2007, já apontavam para o movimento populacional da intrarregião, Interregião e internacional. Segundo Cavalcanti, Souza e Oliveira (2015), a grande força de atração foi o crescimento econômico e a oferta de emprego, pela instalação de empresas industriais.

4.1 O fenômeno migratório no rumo crescimento econômico

Como já levantado, o estudo da migração deve considerar os fatores de expulsão e atração para o movimento da população. Na Teoria do Desenvolvimento, considerada por Todaro e Smith (2010), os fatores de atração e expulsão estão relacionados à necessidade de melhores condições de vida, na fuga da miséria, da guerra. Sendo assim observada a migração do meio rural para o meio urbano, do

interior para a Região Metropolitana, ou ainda, da cidade/estado/região/país mais pobre para um mais rico, ou com melhores condições.

A migração internacional, já foi considerada um mercado importante no final do Século XIX e início do Século XX. Sendo um recurso utilizado para a fuga da miséria, da guerra e da fome entre países como a Itália, a Alemanha e a Irlanda. Somente para as Américas, a procura de emprego e de uma melhor vida, no período de 1850 a 1914, houve mais de 60 milhões de migrações registradas (TODARO; SMITH, 2010).

No Brasil, historicamente, os movimentos populacionais foram observados, especialmente, da região Nordeste para a região Sudeste. Fato que ocorre desde o século XIX, motivado pela seca, e pelo fornecimento de escravos para lavouras no Rio de Janeiro e São Paulo e ainda, pelo desenvolvimento desses Estados (LYRA, 2003).

A partir dos anos 30, a ação migratória volta a se intensificar com a industrialização. Dos anos 30 aos anos 70, a maior massa migratória era a rural-urbana, com expressiva massa para o estado de São Paulo. Entre as décadas de 50 e 60, Brasília foi o alvo dos migrantes. Embora a expansão cafeeira, no Paraná, a industrialização de São Paulo, a expansão da construção civil do Rio de Janeiro, a integração rodoviária Norte-Sul, e a melhoria no sistema viário, também tivesse grande atração para o fenômeno migratório nordestino. A partir dos anos 1980, com a dinâmica econômica, há uma tendência inversa, passando a um registro intenso da migração de retorno (LYRA, 2003).

Ainda, segundo Lyra (2003), a Bahia, Pernambuco e Ceará destacam-se pela maior evasão populacional. Pernambuco apresenta-se com o estado que mais perdeu população para o Sudeste. Mais de 80% dos seus migrantes foram para a região Sudeste, na década de 40. No Censo de 1991, 70,8% dos migrantes pernambucanos fizeram residência fixa em São Paulo.

Em um período mais recente, de 1995-2000, Siqueira; Magalhães e Neto (2009) registram que 22% do número de migrantes, retornaram ao seu local de nascimento, com grande expressão na região Nordeste. As justificativas desses retornos se dão, ainda segundo os autores acima, pela falta de adaptação do migrante, por obtenção de ganhos desejados, tendo as suas metas atingidas e por

razão de conquista da aposentadoria. Estudos mais recentes concluem ainda, que o fato do crescimento econômico no Brasil como um todo, sobretudo nas regiões Norte e Nordeste, são considerados como responsáveis por esse fluxo de retorno (CAMPOS; FUSCO, 2009).

A crise econômica nos Estados Unidos e Europa também são apontadas como incentivadora na queda no fluxo de migrantes. O registro foi negativo em 6% para 2008 e 11% para 2009. Neste período 13,5% dos três milhões de brasileiros que viviam fora do país retornaram (BOUCINHAS FILHO; BARBAS, 2013).

Com a crise, os trabalhadores que eram atraídos pela oferta de emprego nos grandes centros econômicos, passaram a retornar para o seu país de origem, ao mesmo tempo em que estes também passaram a buscar oportunidades no BRICS grupo formado pelo Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul (BOUCINHAS FILHO; BARBAS, 2013).

O Ministério do Trabalho (MTE) registrou em 2010 um aumento de 16% no número de autorizações de trabalhos para estrangeiros, passando de 33% em 2009 para 45,5% em 2010, esse aquecimento ocorreu pela descoberta do Pré-Sal, no país. O setor que lidera a solicitação de trabalho é o de petróleo e gás, mas, foi registrado aumento expressivo nos setores de eletrônico, siderúrgico, automotivo e telefonia. A condição de exportador de mão de obra pouco qualificada e passou ainda a ser importador de mão de obra qualificada. (MTE, 2010)

Os setores apontados pelo MTE têm grande representação econômica, em Pernambuco que despontou com o Complexo Industrial Portuário de Suape (CIPS), o Porto Digital, o setor industrial automobilístico, a expansão da fruticultura irrigada, de moda e vestuário, dentro do fortalecimento dos Arranjos Produtivos Locais (APL), a Hemobrás, a Transnordestina, dentre outros (BNB, 2015). Cavalcanti, Souza e Oliveira (2015) ressaltam a alta migração na Região Metropolitana do Recife, especialmente no CIPS.

O crescimento econômico impulsionado pelos investimentos do território estratégico de Suape (TES), observado no período, induziu ao aumento vertiginoso da população migrante, atraídas pelas oportunidades de trabalho direto ou indireto na região [...], sobretudo de migrantes do sexo masculino de outras regiões do estado e do Brasil e também de estrangeiros [...] (CAVALCANTI; SOUZA; OLIVEIRA, 2015. p. 17).

Campos e Fusco (2009) também destacam grande migração intrarregional em Pernambuco e certa atração migratória e retenção, em cidades vizinhas aos polos comerciais e especialmente, no Agreste. Este fenômeno é explicado pelos autores pela crise em alguns setores do país e o avanço das oportunidades no Nordeste.

4.2 Crescimento X Desenvolvimento e Migração

Nos últimos 15 anos, o Brasil foi reconhecido por seu auge de crescimento econômico, um dos programas de maior repercussão foi o Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), iniciado em 2007 (CAVALCANTI; SOUZA; OLIVEIRA 2015). Outros programas também foram reconhecidos como propulsores de desenvolvimento e crescimento econômico: Reuni, Minha Casa, Minha Vida, Bolsa Família, Programas de crédito, programas de educação continuada e técnica, incentivos fiscais, mobilidade, infraestrutura para a Copa do Mundo, entre outros. A descoberta do Pré-Sal, também foi um marco.

Os aspectos do desenvolvimento e do crescimento econômico de determinada região, são atrativos para os movimentos populacionais, na busca de melhores condições financeiras e/ou de bem-estar (TODARO; SMITH, 2010). Aonde há maior oferta de emprego, há também uma maior propensão a migrantes. Marshall (1985); Menezes; Jannuzzi (2005) validaram, em seus estudos, que há uma forte relação entre o desenvolvimento econômico e os fluxos migratórios.

Embora, o crescimento econômico e desenvolvimento econômico tenham grande relação, estes não são sinônimos, visto que um complementa o outro. Mariano (2012) considera que a principal função de crescimento econômico é promover o desenvolvimento humano na geração da qualidade de vida.

Segundo Aymar Oliveira, diretor do Prodepe, considerado o maior programa de desenvolvimento econômico de Pernambuco, o principal objetivo do mesmo é a promoção do grande crescimento econômico em comunhão com o desenvolvimento econômico e humano (AD Diper, 2016).

O programa foi instituído em 1999, pela Lei nº 11.675 de 11 de outubro de 1999. A sua concessão é baseada no crédito presumido do Imposto Sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS), sobre o saldo devedor, no exercício

fiscal. As atividades econômicas beneficiadas por estes incentivos são: a) indústria (farmoquímico e biotecnologia – Goiana/PE; siderúrgico; laminados e alumínio quente; vidros planos, temperados e não temperados; agroindústria; metalmeccânica e de material de transporte; eletroeletrônica; farmoquímica comum; bebidas, minerais não-metálicos; têxtil; Plástico; e, móveis) (AD Dipier, 2016).

Segundo a AD Dipier (2016), os incentivos fiscais são concedidos dentro de uma macrorregião, por até 24 anos. Para o grupo industrial, as empresas instaladas na Região Metropolitana têm concessão de 75%, a Zona da Mata 85%; o Agreste 90%, e o Sertão, 95%. Para outros seguimentos da indústria, os incentivos são: 47,5% para a Região Metropolitana e 75%, para as demais regiões.

O (grupo b) Importador atacadista de produtos acabados e de matérias primas tem benefício concedido por até 14 anos. A prerrogativa deste benefício é a utilização de portos e aeroportos de Pernambuco para as transações. Os benefícios variam de 3,5% a 47,5%. Já (o grupo c) Centrais de distribuição, tem benefício concedido por até 30 anos, com crédito presumido de ICMS de 3%. Estes incentivos ajudaram a fomentar a economia de Pernambuco, ao longo desses anos (AD Dipier, 2016).

4.3 Epidemias e migração

A mobilização das populações costuma ter uma ampla variedade de repercussões nas pessoas que emigram, bem como nas populações onde estas se estabelecem. Estes efeitos podem ser tanto no âmbito sociocultural como na saúde pública. A emigração pode ser voluntária e planejada ou forçada, mas em ambos os casos é um evento estressante na vida de quem a vivencia (PERDOMO, 2007, p.1).

Ainda segundo Perdomo (2007), a migração tem impactos tanto na região de origem quanto no destino. Um dos pontos abordados pelo autor no seu *paper* "Os efeitos da migração", com relação ao destino dos migrantes, ocorre nos sistemas de saúde pública, que precisa despender recursos financeiros e humanos para o atendimento da demanda de serviços pertinentes aquela população.

O modelo de migração sempre acompanhou a busca por melhores oportunidades e a perspectiva de uma superior qualidade de vida. Para Todaro e

Smith (2010) as consequências da migração para as políticas públicas de saúde são péssimas, contando que o avanço nos meios de transporte de bens e pessoas, facilita também a circulação de doenças.

O exemplo que mais se destaca no quadro histórico de epidemias é o caso da peste negra que dizimou um terço da população da Europa no século XIV, precedida de duzentos anos de ampla prosperidade e crescimento populacional, surgimento das grandes cidades, intenso fluxo migratório e comercial.

O fluxo se alterou novamente nos séculos XVI e XVII, agora em direção as Américas devido o modo de produção mercantilista e o processo de colonização, como consequência a população de índios no continente americano declinou.

Nos últimos 30 anos o mundo viu as fronteiras e as distâncias serem dirimidas pelo fenômeno da globalização e se efeito exponencial de fluxo de pessoas, dados, bens e tecnologia, e as portas das epidemias ficarem abertas.

Nesse mesmo período, veio a propagação mundial da a síndrome imunológica de deficiência adquirida (AIDS) e a infecção pelo vírus de deficiência imunológica humana (*HIV-Human Immunodeficiency Virus*), difundido por sexo desprotegido e comportamentos de risco. Os primeiros casos foram diagnosticados em 1981 em uma comunidade *gay* dos Estados Unidos e dentro de dois anos se tornou uma epidemia na África (RIOS-NETO, 2007).

O combate as epidemias estão circunscritas na gestão governamental e a sociedade civil. Um aumento desproporcional do número de pessoas pode tornar precária a condição de vida em uma região, tornando um sistema de saúde frágil e despreparado, num ambiente propício para a propagação de doenças. Cabe aos formuladores das políticas públicas a prevenção da incidência epidêmica e prover serviços de qualidade. Este estudo pretende contribuir com o entendimento da dinâmica da política pública em relação ao HIV nos municípios da amostra (RIOS-NETO, 2007).

5 CONTINUIDADE E DESCONTINUIDADE DE POLÍTICAS PÚBLICAS NAS GESTÕES MUNICIPAIS

São grandes os desafios enfrentados pelos gestores políticos municipais, no que diz respeito à fragilidade da organização institucional, à capacitação dos recursos humanos, considerado um gargalo, de acordo com Coelho (1996). O problema da descontinuidade, seja pela ausência da informação, pela inexperiência dos gestores, pelas condições de recursos financeiros, estruturais e de pessoal, têm prejuízo à continuidade de políticas públicas, havendo uma necessidade de adaptação dos novos gestores, conforme Spink (1987).

Existe uma grande fragilidade na escrita acadêmica sobre as questões de continuidade e descontinuidade de Políticas Públicas no Brasil. Nogueira afirma que “são raros os textos que se utilizam de um ferramental teórico claramente definido para analisar as questões, tanto de descontinuidade como de continuidade” (NOGUEIRA, 2006, p. 7)

Ainda, segundo Nogueira (2006), os estudos sobre esse tema, para os municípios não têm 30 anos (atualizada para 2017) e é muito fragmentada. Essa discussão é recente, pois só a partir da promulgação da Constituição, em 1988, artigo 18, que os municípios ficaram responsáveis pelo desenvolvimento local.

Neste sentido, os municípios são apontados como a esfera pública mais importante ao desenvolvimento das ações locais, assumindo a responsabilidade do próprio desenvolvimento, subsidiado pela sua vocação econômica, recursos e potencial intelectual, segundo Dias e Matos (2012).

Entretanto o mais preocupante é a continuidade de ações e da gestão pública, na troca desses atores (prefeitos/gestores) onde Nogueira (2006) ratifica: “É interessante notar que o [problema] se dá na questão da descontinuidade administrativa”. E que o transtorno é motivado por decorrência da troca de políticos e gestores em níveis de direção. E ainda:

[...] a descontinuidade se manifesta na interrupção de projetos, obras e ações, e na reversão de prioridades e metas. Tais rupturas são normalmente julgadas como indesejáveis, pois resultariam na perda de conhecimento acumulado (ou memória institucional), na reversão de avanços, na descrença ou desmotivação por parte dos

envolvidos, e também num provável desperdício de recursos públicos investidos (NOGUEIRA, 2006, p. 6).

Baseado nesses argumentos, pode-se criar um parêntese ao afirmar que um trabalho de pesquisa, com corte temporal a gestões anteriores de governo, pode ficar comprometida, pois, a troca de pessoas da gestão acarreta numa interrupção baseada em experiência não vividas, ficando a gestão sucessora embasada por dados quantitativos e pouca memória. Spink (1987) complementa:

A expressão 'continuidade e descontinuidade administrativa' refere-se aos dilemas, práticas e contradições que surgem na Administração Pública, Direta e Indireta, a cada mudança de governo e a cada troca de dirigentes. Como fenômeno, manifesta-se pelas conseqüências organizacionais de preencher um sem número de cargos de confiança, explícita ou implicitamente disponíveis para distribuição no interior das organizações públicas (SPINK, 1987, p. 57).

Para Dimas Estevam, a descontinuidade política ocorre numa maior intensidade, na troca de governos, principalmente em partidos de oposição, e ratifica dizendo que “esta troca no comando político suscita dúvidas sobre se haverá ou não a continuidade das políticas anteriormente desenvolvidas”, e provoca ainda a perda da história política já desenvolvida (DE OLIVEIRA ESTEVAM, 2010, p.1).

Nos municípios do cabo de Santo Agostinho, Caruaru, Igarassu, Tamandaré e Petrolina, o comportamento partidário eleito, durante o período pesquisado e a data efetiva da pesquisa, pode apresentar influencia, conforme Nogueira (2006) poderá haver perda da experiência vivida na ocorrência dos fatos

6 A HISTÓRIA EVOLUTIVA DA AIDS³

Em 1982, surgiu mundialmente a classificação de uma nova doença que se espalhava pelo mundo, com sintomas nunca observados, que destruía o sistema imunológico, causando grande degradação e/ou a morte do seu portador. Os primeiros doentes apareceram em 1977, nos Estados Unidos, Haiti e África Central. No Brasil, o registro foi de 1980 (BRASIL, 2013).

Nomeado como “5H”, pela caracterização de um grupo de risco formado por homossexuais, hemofílicos, haitianos, heroinômanos (usuários de heroína injetável) e *hookers* (nome em inglês dado às profissionais do sexo). A AIDS começou a apresentar uma preocupação no mundo, em especial pela descoberta do fator da transmissão por contato sexual, uso de drogas ou exposição a sangue e derivados (BRASIL, 2013).

Já em 1983, as barreiras do grupo de risco foram quebradas, sendo diagnosticada a doença em crianças, mulheres e heterossexuais. Neste mesmo ano, as primeiras políticas nacionais começaram a ser realizadas, com foco no grupo de risco. No Brasil, em 1984, o primeiro programa de controle da AIDS é criado pela Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo (BRASIL, 2013).

A portaria 236/85 cria o primeiro Programa Federal de Controle da AIDS, para controle estatístico da doença e regulamentação da prevenção e combate. No mesmo ano surge a Fundação do Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS (GAPA), primeira ONG do Brasil e da América Latina na luta contra a AIDS. Outro marco também data de 1985, como a descoberta de que a AIDS é a fase final da doença, causada pelo retrovírus, denominado HIV (vírus da imunodeficiência humana) e ainda, a disponibilização do primeiro teste anti-HIV (BRASIL, 2013).

Sete anos após o primeiro caso, o Brasil registra 2.775 notificações em 1987. Nesse ano, alguns fatos ocorreram como o início da administração da azidotimidina (AZT), com sucesso na diminuição da carga viral; e discussões sobre comportamento de risco e grupo de risco (BRASIL, 2013).

³Este subitem foi fundamentado a partir dos dados do Ministério da Saúde, do Departamento de Vigilância, prevenção e controle das IST, do HIV/AIDS e dos hepatites virais: Portal sobre AIDS, infecções sexualmente transmissíveis e hepatites virais, no sitio <http://www.Aids.gov.br/>.

Um ano depois, já eram 4.535 notificações, acometendo o primeiro indígena. Neste ano, 1988, ações emergenciais são deflagradas, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), respaldado pela Constituição de 1988 e regulamentado pela Lei 8.080/1990, e o fornecimento de medicamentos para doenças oportunistas pelo MS. Neste mesmo ano é criado, para o dia 1 de dezembro, o Dia Mundial de Luta Contra a AIDS. E ocorre a morte da primeira personalidade brasileira, o cartunista Henfil.

No ano de 1989, morre o ator Lauro Corona, e no ano seguinte, o cantor Cazusa. Em 1991, o número de infectados no mundo chega a 10 milhões, segundo as Nações Unidas. No Brasil, são 11.805 infectados. Neste ano uma grande conquista, a distribuição gratuita de retrovirais.

Em 1992, as pesquisas evoluem e apontam as doenças sexualmente transmissíveis (DST) como cofator para a transmissão do HIV, aumentando o contágio em até 18 vezes; a doença cria registro no código internacional de doenças e o MS dita procedimentos para o tratamento da AIDS na tabela do SUS. E ainda, inicia-se o credenciamento de hospitais para tratar pacientes com AIDS.

As notificações começaram a ser realizadas pelo Sistema Nacional de Notificação de Doenças (SINAN) em 1993, mesmo ano em que o Brasil se torna produtor de AZT. Porém, em 1995 outras drogas com melhores resultados são liberadas nos Estados Unidos. É validado o estudo que apresenta o decréscimo de 42% na incidência de transmissão do HIV, pelo tratamento preventivo das doenças sexualmente transmissíveis.

O ano de 1996 é um marco, os remédios para o combate da AIDS têm distribuição gratuita, ocasionando menor mortalidade. Em contrapartida, começa um aumento significativo da incidência em mulheres, no interior dos estados e na população de baixa escolaridade e renda. Em 1998, surgem as campanhas em massa, denominadas “Sem Camisinha não Tem Carnaval” e “A Força da Mudança: com os jovens em campanha contra a AIDS”.

Em 2000 a proporção de mulheres é de um para cada dois homens, e as notificações acometem 220.000 brasileiros em 2001. Durante a última década foram mais de 20 encontros nacionais e internacionais tratando do tema. Em 2006, mais uma evolução, queda de 50% nas transmissões verticais (de mãe para filho) no

Brasil. O Brasil é reconhecido como o maior distribuidor de preservativos, além da instalação de fábricas do mesmo, em 2009.

Na Copa da África do Sul, em 2010, o governo brasileiro firmou parceria com esse país, numa ação com registro de 30 mil camisinhas distribuídas, além de folders sobre a doença. Ainda neste ano, a campanha de carnaval considera dois momentos, o uso de camisinha com distribuição massiva de 493 milhões de preservativos e o estímulo ao teste de HIV. Acumulam-se 592.914 casos registrados no Brasil.

O cenário da AIDS teve grande repercussão mundial. No Brasil, várias medidas foram tomadas, com uma política pública considerada modelo, voltada à prevenção, à expectativa de vida e a mortalidade dos indivíduos portadores do vírus.

Porém, as notificações ainda apontam a fragilidade dessa política. Em 2014, o relatório da Organização das Nações Unidas (ONU) mostra que no Brasil, o número de notificações aumentou 11% entre 2005 e 2013. O país notifica 47% dos novos casos na América Latina

Entretanto, o Brasil involui para os registros da mortalidade. Em 2013, 1,5 milhão de pessoas foram vítimas da Aids no mundo, o que representou uma queda de 11,8% em comparação com 2012 e de 35% na comparação com 2005.

III CAPÍTULO - PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

7 DESCRIÇÃO DOS MÉTODOS

Para o alcance dos objetivos propostos neste estudo, serão delineados os métodos científicos comuns e específicos a cada um deles. A estruturação do método é essencial para o planejamento e execução dos documentos científicos, pois este sistematiza o processo, a forma e a rota, para o cumprimento do estudo. “[Método] é o caminho através do qual se procura chegar a algo ou um modo de fazer algo” (TURATO, 2003, p.149).

O mesmo autor ainda salienta que o método científico é o modo pelo qual os estudiosos constroem seus conhecimentos no campo da ciência, sendo compreensível que, na realidade, o método seja basicamente único para todos os saberes (TURATO, 2003, p. 149).

7.1 Definição da amostra

Nesta etapa, operacionalizou-se a escolha por *ranking*, de cinco municípios pernambucanos, em uma população de 185 municípios, para a execução da pesquisa. As variáveis que estabeleceram os critérios de escolha foram selecionadas pela forte relação com o objeto deste estudo, de analisar da evolução da notificação e de óbitos por HIV/Aids na comparação brasileira, regional, pernambucana e de municípios da amostra; analisar os aspectos financeiros, dos gastos para a execução das ações, oriundas da política políticas do combate ao HIV; e, identificar e analisar as ações, oriundas da mesma política, na gestão administrativa.

A determinação para a quantidade de cinco municípios estudados se deu pela pulverização geográfica encontrada pelos critérios de determinação da amostra. É dado pela limitação de tempo, e da ausência de financiamento, para uma pesquisa de campo para um número maior de municípios.

O intervalo utilizado para a análise e composição das variáveis considerou o período de 2000 e 2010. Este período é intencional e a sua utilização deu-se por

conveniência de dados, por representar um período com alto crescimento econômico, oferta de emprego e, intensa migração para regiões de Pernambuco. Além de oportunidade do uso de dados decenais, oriundos do Censo do IBGE.

A intenção da escolha das variáveis deu-se pela inerência a justificativa deste estudo. A variação do crescimento *per capita* do número de notificações por HIV, nos municípios pernambucanos, foco principal de pesquisa, bem como, os fatores ora problematizados como sendo o fato gerador, o aumento da oferta de emprego (taxa de crescimento de pessoal ocupado), refletindo um crescimento populacional (taxa de crescimento populacional). Para cada variável, foram utilizados os seguintes critérios, conforme apresentado abaixo:

1. Taxa de crescimento de notificação do HIV por município;

$$TX \text{ Cresc. Not} = \sum (\text{Notificações (2000 a 2010)} / (\text{população2010}/1000))$$

2. Taxa de crescimento populacional, por município;

$$TX \text{ Pop.} = (\text{População 2010-população2000}) / \text{população2000}$$

3. Taxa de crescimento de pessoal ocupado, por município;

$$TX \text{ Ocup.} = (\text{ocupados2010-ocupados2000}) / \text{ocupados2000}$$

Em seguida, após da tabulação de dados, foi atribuído o valor de 185 ao município com a maior variação e 01 para o de menor, aplicado a cada variável, onde se buscou classificar por *ranking* os 185 municípios pernambucanos. Ainda se salienta a adoção de peso um para as taxas de crescimento populacional e o crescimento do pessoal ocupado, e peso dois para o crescimento da taxa de crescimento das notificações, resultando, em um *ranking*, que apresentou os municípios de Cabo de Santo Agostinho, Igarassu, Caruaru, Petrolina e Tamandaré, conforme a Tabela 1.

Tabela 1 - Municípios selecionados e variáveis da escolha por colocação

Municípios	População	Pessoa ocupada	Not HIV	Total
Cabo de Santo Agostinho	161	146	362	669
Igarassu	169	161	330	660
Caruaru	170	140	342	652
Petrolina	177	164	296	637
Tamandaré	158	124	352	634

Fonte: elaborado pela autora.

7.2 Tipo de pesquisa

Esta pesquisa pode ser considerada como descritiva. A pesquisa descritiva tem interesse na descoberta e observação dos fenômenos, procurando descrevê-los, classificá-los e interpretá-los (OLIVEIRA, 2012).

Do ponto de vista dos procedimentos técnicos, o estudo utilizou-se da pesquisa bibliográfica, documental e de campo. Bibliográfica, por que, para a fundamentação teórico-metodológica foi realizada por meio dados secundários, utilizando teses, livros e artigos científicos, sobre os principais conceitos norteadores.

Documental, uma vez que utiliza base de dados, fontes estatísticas, relatórios e outros documentos. As principais fontes de dados são: o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a Base de dados do Estado de Pernambuco. Ainda faz parte dessa base, documentos auxiliares, obtidos na pesquisa de campo, como, cartilhas, folders e outros.

Já, a pesquisa de campo, por se tratar de uma pesquisa empírica, tem como objetivo, a coleta de informações no local do acontecimento do fenômeno. Esta se deu em três etapas. Segundo Marconi; Lakatos (2010), a primeira seria a pesquisa bibliográfica, sobre o tema em questão; a segunda delimitada pela técnica de coleta de dados, prioritariamente determinada pela entrevista com os atores e por fim, a técnica de análise, adiante esclarecida.

A escolha da pesquisa de campo se deu, em virtude de uma das suas tipologias, como esclarece Marconi; Lakatos (2010) ser o estudo de avaliação de programas, que procuram “efeitos e resultados, num programa ou método específico de atividades de serviços [...] relativos à educação, saúde e outros” (MARCONI; LAKATOS, 2010, p. 170).

Na análise descritiva, de conteúdo, do último objetivo e, diante de resultados não esperados, como ausência de algumas respostas para análise, esta pesquisa assumiu bases exploratória, para tratar as questões quanto à descontinuidade de políticas públicas, uma vez que o tema pesquisado é pouco explorado. A definição

se aplica ao conceito exploratório, quando visa aprimorar ideias com pouco acervo na área, pesquisando os fatos para posteriormente, construir hipóteses, como define Marconi; Lakatos (2010).

7.3 Abordagem de pesquisa

Para a realização deste estudo, utilizaram-se dados primários, qualitativos (entrevistas) e secundários, quantitativos (base de dados). Apesar de essas abordagens diferirem entre si, estes não se anulam, mas sim, se complementam. A natureza qualitativa permite a contribuição de caráter racional e intuitivo, capazes de permitir uma melhor compreensão de fenômenos (GODOY, 1995).

A pesquisa exclusivamente quantitativa se caracteriza por enfatizar o raciocínio dedutivo, possibilitando uma análise de caráter estatístico e mensurável (MARCONI; LAKATOS, 2010).

Para o primeiro objetivo, que trata do crescimento do HIV/Aids (notificação/óbito), utilizaram-se dados quantitativos, do Ministério da Saúde, a fim de compor o quadro evolutivo do decênio (2005 e 2014) e a sua comparação entre o país, as regiões, o estado de Pernambuco e os municípios de Caruaru, Petrolina, Igarassu, Cabo de Santo Agostinho e Tamandaré.

O segundo objetivo específico, também se utiliza de dados secundários, retirados do Portal da Transparência, no período de 2010 a 2014, para trazer e confrontar os gastos específicos com a Política Pública de Combate ao HIV/Aids, nos municípios de Caruaru, Petrolina, Igarassu, Cabo de Santo Agostinho e Tamandaré.

No atendimento ao terceiro objetivo específico deste projeto, da qual pretende identificar e analisar a execução das ações da secretaria de saúde, além das ações voltadas à política políticas do combate ao HIV, sendo a sua abordagem qualitativa, a técnica de coleta das informações se deu por documentos entrevistas com os gestores e executores, responsáveis pela política de saúde.

Esta investigação objetivou compreender que medidas que foram viabilizadas diante do aumento e diversificação populacional, no combate e prevenção do HIV/AIDS, nos municípios selecionados. Vieira-da-Silva (2014) relata como exemplo

de medidas: as ações, a decisão de ampliação, a contratação de pessoal e o incremento tecnológico, considerando ainda uma análise financeira da política pública em questão.

7.4 Fases de pesquisa de campo

A fase de campo da pesquisa teve um grande comprometimento, por motivo de a captação dos dados se dá na esfera governamental municipal e a pesquisa ser realizada em ano eleitoral, 2016, onde, a partir de setembro, começam as limitações para conseguir entrevistas com os gestores, se estendendo até o ano seguinte.

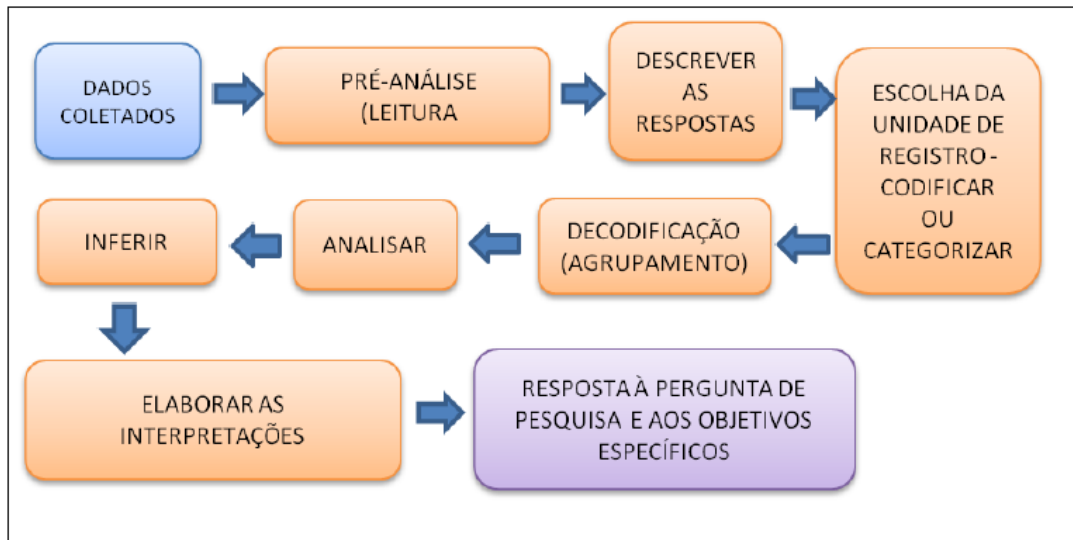
Os novos gestores assumiram os seus mandatos a partir de janeiro de 2017, mas, solicitaram uma um tempo de adaptação e conhecimento da área para assim, começar a receber pessoas para entrevistas acadêmicas, impactando no prazo de término desta pesquisa.

O primeiro contato com a maioria dos municípios só ocorreu de forma presencial, exceto em Caruaru, sendo necessários outros retornos para o agendamento e consequente entrevista. Em Petrolina, por exemplo, não há comunicação por telefone, sendo necessária a ida ao município e ainda com insucesso na coleta de dados, só apresentada posteriormente.

A partir do consentimento e participação dos entrevistados, procedeu-se a sequência descrita na figura 1 que define sequência da estrutura para análise de resultados.

Dentre os entrevistados, dois eram o secretário de saúde do município e três eram secretários executivos da vigilância sanitária. Os seus nomes e cargos foram preservados em função do Termo de Livre Consentimento (Anexo A), que impedia qualquer exposição ou identificação do respondente. Sendo assim, estes foram categorizados, para fins de apresentação, como Gestor A, Gestor B, Gestor C, Gestor D e Gestor E, correspondendo aos cinco municípios estudados.

Figura 1 – Estrutura de modelo para análise qualitativa



Fonte: Oliveira (2012).

7.5 Coleta de Dados do campo

A fase de campo foi coletada por entrevista que se procedeu, através de um roteiro semiestruturado (Apêndice A), com os gestores das secretarias municipais ou coordenadores, responsáveis pelos programas para HIV/Aids.

Os questionários foram enviados previamente aos gestores que optaram pela gravação presencial: Cabo de Santo Agostinho; Igarassu, Tamandaré e Caruaru e gravação por telefone: Petrolina.

O tratamento dos dados coletados nas entrevistas se deu por meio de transcrição literal, em tabulação no *software*MS Excel 2010, para o procedimento da análise de conteúdo.

O interesse de análise desse trabalho é a gestão de políticas públicas, que se baseia nas etapas de avaliação aplicadas na Fiocruz por Vieira-da-Silva, conhecida por “triangulação metodológica”, que une modelos metodológicos para fins específicos, na finalidade do seu objetivo, deste modo, quanto aos modelos processuais, serão utilizadas “peças” do modelo Processual, e ainda a avaliação relacionada com o efeito das ações e aos custos e a produtividade das ações.

A triangulação metodológica é vista por Vieira-da-Silva (2014, p.75) “base de evidencias, permitindo a formulação de interferências mais válidas sobre o efeito das intervenções” e ainda afirma que “[...] nenhuma estratégia metodológica isolada

possa responder a uma pergunta relacionada ao impacto de políticas e programas sobre o estado de saúde de populações. Mas que a triangulação metodológica, a síntese de pesquisas, pode ser o caminho.

Para um melhor entendimento, o Quadro 3 mostra que os elementos da análise das políticas aplicados por Vieira-da-Silva, interagem com todas as questões do roteiro de entrevistas e, através da análise de conteúdo, as respostas às questões da Política Pública de Saúde são respondidas.

Quadro 3 – Interação entre o roteiro de entrevistas e o modelo de análise de políticas

	Roteiro de Entrevista	Análise de Políticas de saúde por Viera-da-Silva
Gestão Geral	1. Quais são os maiores desafios para a gestão da secretaria de saúde deste município?	Quanto a disponibilidade e distribuição de recursos; Quanto aos efeitos das ações
	2. Qual é a escala de prioridades desta secretaria?	
	3. Quantos recursos, como estes são distribuídos e como são aplicados?	
	4. Como o senhor avaliaria os recursos humanos e de infraestrutura do município?	
	5. Todas as enfermidades são tratadas aqui neste município? Como se dá o processo para pacientes tratados em outros municípios e quais são os mais requisitados?	
	6. No período de 2010 a 2014, quais foram as demandas mais relevantes que preocuparam a saúde no município?	
	7. Com a migração transitória, devido o crescimento foi observada, no sentido do planejamento a políticas de saúde?	
Política HIV	8. Como as políticas públicas preventivas para o HIV foram ofertadas neste período? Quais foram as suas ações? Qual o público alvo? Ações em escolas? Fábricas? Hospitais? Praças? Com que periodicidade?	Quanto à adequação das ações ao reconhecimento técnico; Quanto ao processo de implantação de ações; Quanto as características entre os agentes das ações;
	9. Como foram dadas as campanhas de prevenção ao HIV? Quem são os participantes e como estas pessoas foram capacitadas? Houve testes e distribuição de preservativos?	
	10. Como se dá no município a oferta de tratamento aos portadores de HIV?	
	11. Como a secretaria enxerga o aumento de novas infecções no município, neste período? A que pode ser atribuído esse aumento?	
	12. A distribuição de medicamentos e preservativos foi intensificada? Como é o processo de entrega de medicações e como ele vê o processo. Quais as dificuldades? Como é o processo para manter as condições de atendimento para o público	
	13. Esclareça o investimento financeiro na saúde no período pretendido? Na ordem de quanto? Como os recursos são aplicados?	
	14. Esclareça o processo ao tratamento das pessoas que apresentam a doença?	

Elaborado pela autora

Sendo assim, a análise e avaliação do conteúdo das entrevistas foram aportadas pelas técnicas de Bardin (2009), onde os tópicos da triangulação são as categorias, o roteiro são as questões e as respostas são o objeto de análise.

Para Bardin (2009, p. 40), a análise de conteúdo é definida como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”, através de inferências do conhecimento, relativo à recepção das mensagens, partindo das descrições de respostas. A avaliação se deu pela numeração das características similares, que são controladas pelo método, para a fase de interpretação, com a prática de análise de respostas às questões abertas.

7.6 Categorização dos dados

As respostas tiveram categorias de análise, em uma intenção de sistematização, de acordo com a abordagem aportada no referencial teórico. De acordo com Oliveira (2012), categoria significa o adensamento de informações similares, de características comuns. Nesta pesquisa, sete perguntas versavam sobre a Gestão geral da saúde e sete, sobre as questões da gestão do Programa de HIV/A Aids.

A categorização é um procedimento de agrupar dados considerando a parte comum existente entre eles. Classifica-se por semelhança ou analogia, segundo critérios previamente estabelecidos ou definidos no processo. Estes critérios podem ser semânticos, originando categorias temáticas. Podem ser sintáticos definindo-se categorias a partir de verbos, adjetivos, substantivos, dentre outros. As categorias podem ainda ser constituídas a partir de critérios léxicos, com ênfase nas palavras e seus sentidos ou podem ser fundadas em critérios expressivos focalizando em problemas de linguagem. Cada conjunto de categorias, entretanto, deve fundamentar-se em apenas um destes critérios (MORAES, 1999, p. 8).

Os dados foram refinados, as similaridades de disparidades foram analisadas, nas falas dos interlocutores às mesmas questões, compondo um crivo de respostas. O intuito é da construção de uma base de estrutura comparativa.

7.7 Classificação dos Dados – Categorias Temáticas

Utilizando as características da avaliação desenvolvida por Vieira-da-Silva (2014, p.39-40), as subcategorias de análise foram consideradas, diante aos critérios sintáticos, a partir da interdiscursividade, ou seja, a relação de um discurso com outro. O estabelecimento de categorias necessita obedecer a um conjunto de critérios, que conforme Moraes (1999), as categorias foram definidas de forma propositalmente, a partir do resultado das entrevistas. O Quadro 4, apresenta as questões do roteiro de entrevistas, associadas às questões metodológicas para a análise das políticas públicas em saúde levantadas por Vieira-da-Silva, e as categorias de análises, trazidas por Vieira-da-Silva e as categorias baseadas a *posteriori* da avaliação das entrevistas.

Quadro 4 - Categoria de Análises

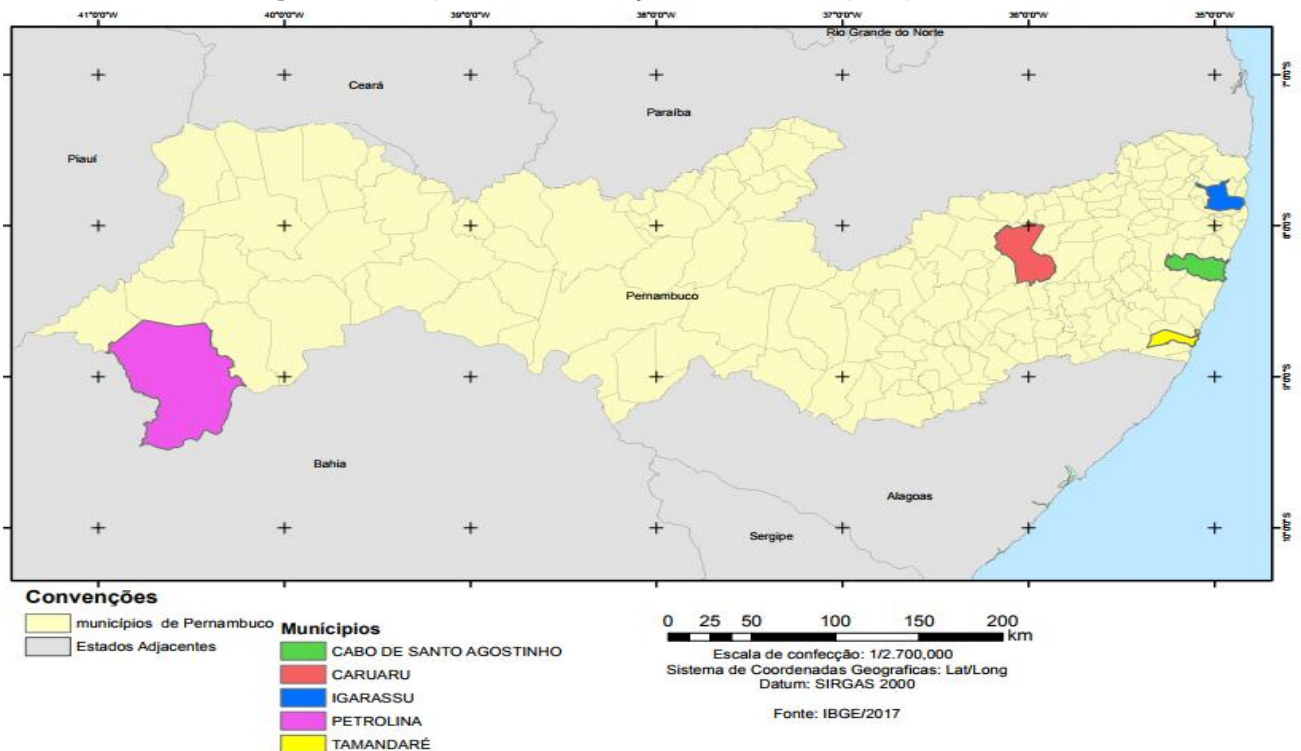
Roteiro de Entrevista	Parâmetros para a Análise de Políticas de saúde por Viera-da-Silva					
	Disponibilidade distribuição de recursos	Efeitos das ações	Custos e produtividade	Adequação das ações reconhecimento	Implantação de ações	Características - agentes das ações
Subcategorias da entrevista Desafios + Prioridades						
1. Quais são os maiores desafios para a gestão da secretaria de saúde deste município?	Recursos	Campanhas	Recursos humanos	Diagnóstico	Controle	Gestores
2. Qual é a escala de prioridades desta secretaria?						
3. Quantos aos recursos, como estes são distribuídos e como são aplicados?	Aplicação	Ações	Capacitação	Problemas	Indicadores	Política
4. Como o senhor avaliaria os recursos humanos e de infraestrutura do município?						
5. Todas as enfermidades são tratadas aqui neste município? Como se dá o processo para pacientes tratados em outros municípios e quais são os mais requisitados?	Estrutura física	Cobertura			Contagio	Gestão
6. No período de 2010 a 2014, quais foram as demandas mais relevantes que preocuparam a saúde no município?						
7. Com a migração transitória, devido o crescimento foi observada, no sentido do planejamento a políticas de saúde?					Prevenção	
8. Como as políticas públicas preventivas para o HIV foram ofertadas neste período? Quais foram as suas ações? Qual o público alvo? Ações em escolas? Fábricas? Hospitais? Praças? Com que periodicidade?						
9. Como foram dadas as campanhas de prevenção ao HIV? Quem são os participantes e como estas pessoas foram capacitadas? Houve testes e distribuição de preservativos?						
10. Como se dá no município a oferta de tratamento aos portadores de HIV?						
11. Como a secretaria enxerga o aumento de novas infecções no município, neste período? A que pode ser atribuído esse aumento?						
12. A distribuição de medicamentos e preservativos foi intensificada? Como é o processo de entrega de medicações e como ele vê o processo. Quais as dificuldades? Como é o processo para manter as condições de atendimento para o público						
13. Esclareça o investimento financeiro na saúde no período pretendido? Na ordem de quanto? Como os recursos são aplicados?						
14. Esclareça o processo ao tratamento das pessoas que apresentam a doença?						

IV CAPÍTULO - LOCUS DE PESQUISA

8 BREVE APRESENTAÇÃO DOS MUNICÍPIOS ESTUDADOS

Os municípios selecionados para esta pesquisa possuem características heterogêneas, e compreender o perfil de cada um é fundamental para a contextualização deste trabalho. Geograficamente, os municípios pertencem a mesorregiões distintas, exceto o Cabo de Santo Agostinho e Igarassu, que ambos pertencem a Região Metropolitana; Tamandaré, pertence à Mata Sul; Caruaru ao Agreste Central e Petrolina ao Sertão do São Francisco. A figura 2 aponta a localização dos municípios no estado de Pernambuco.

Figura 2 – Mapa de Identificação do *locus* de pesquisa



Fonte: Elaboração Própria.

Outras características observadas e que reforçam a heterogeneidade nos municípios selecionados, podem ser vistas na Tabela 2 2, composto pelas variáveis: Produto Interno Bruto (PIB), densidade demográfica, População, pessoal ocupado, área e o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM).

Tabela 2- Características socioeconômico-geográficas dos municípios (base 2010)

Municípios	Cabo de Santo Agostinho		Caruaru		Igarassu		Petrolina		Tamandaré	
Indicadores										
IDHM^o	0,686	8 ^o	0,677	11 ^o	0,665	15 ^o	0,697	6 ^o	0,593	95 ^o
População	185.025	7 ^o	314.912	4 ^o	102.021	11 ^o	293.962	6 ^o	20.715	41 ^o
Pop. Ocupada	46.226	9 ^o	82.776	4 ^o	21.688	14 ^o	66.373	6 ^o	3.871	41 ^o
Área	448	57 ^o	920	32 ^o	305	82 ^o	4.561	1 ^o	214	114 ^o
Dens. Demog.	412,3	9 ^o	342,1	13 ^o	333,9	14 ^o	64,4	84 ^o	96,7	106 ^o
PIB per capita	23.733	3 ^o	10.795	15 ^o	12.125	9 ^o	27.431	2 ^o	7.643	37 ^o

Fonte: IBGE (2010). Elaboração própria.

Referente aos dados do IDHM, todos os municípios, são considerados pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) (2010), como de médio Índice de Desenvolvimento Humano, ou seja, têm índices que variam no intervalo de 0.500 a 0.799. Dos municípios escolhidos para esta pesquisa, Tamandaré ocupa a 95^a e Petrolina, a 6^a.

Quanto à população, o município de Caruaru, está escalonado na quarta colocação no Estado. O Cabo de Santo Agostinho e Petrolina estão entre as dez maiores populações. Igarassu ocupa a 11^o posição e Tamandaré a 41^o.

Em relação à população ocupada, Cabo de Santo Agostinho, Caruaru e Petrolina, estão entre os 10 municípios com o maior número de pessoas ocupadas, Igarassu ocupa a 14^o posição no *ranking* e Tamandaré a 41^o. A medida de área e população compõe a densidade demográfica, e o que se observa é uma alta densidade demográfica no município do Cabo, que ocupa a 9^o posição. Caruaru e Igarassu com densidades similares, de 13^o e 14^o posições, respectivamente. Petrolina, com uma área de 4.561 m², (1^o lugar no *ranking*), com o 6^o lugar como município mais populoso, quanto a sua densidade demográfica, ocupa a posição 84^o. Já, Tamandaré, com a menor população e menor área da amostra, ocupa a 106^o posição.

A respeito do PIB *per capita*, o Cabo de Santo Agostinho e Petrolina, ocupam a 3º e 2º posições, respectivamente. Igarassu ficou com a 9º colocação. Caruaru com a 15º, apesar de ocupar a 5º posição em se tratando do PIB a preços correntes (IBGE, 2010), podendo se acreditar em uma distribuição de renda menos equilibrada do que os demais municípios já citados. Tamandaré ocupa a 37º posição no *ranking* para o PIB per capita e a 64º no PIB a preços correntes, apresentando uma situação mais desequilibrada ainda, em relação a Caruaru.

Os aspectos do crescimento populacional seguem critérios dos movimentos populacionais, natalidade, mortalidade, que não foram evidenciados para fins dessa descrição. Observa-se no Tabela 33, que não há registros da contagem populacional, nos períodos de 1991 e 1996 para o município de Tamandaré, em dados disponíveis no IBGE cidades.

Tabela 3 - Variação do crescimento populacional dos municípios da amostra

<i>Município/ Período</i>	<i>Tamandaré⁴</i>	<i>Cabo S. Agostinho</i>	<i>Igarassu</i>	<i>Caruaru</i>	<i>Petrolina</i>	<i>PE</i>
1991/1996		0,104	0,060	0,082	0,083	0,033
1996/2000		0,091	-0,028	0,097	0,150	0,076
2000/2007	0,050	0,066	0,139	0,140	0,228	0,072
2007/2010	0,142	0,134	0,088	0,089	0,095	0,037

Fonte: IBGE (2010).

O crescimento populacional de Tamandaré foi pouco expressivo na relação 2000/2007, sendo de 0,05. Porém, a variação de 2007/2010 foi a maior entre os municípios e de Pernambuco, atingindo 0,140. Para o mesmo período, Pernambuco chegou a 0,04 de variação.

A cidade do Cabo de Santo Agostinho, em relação aos outros municípios ficou na primeira colocação na variação de 1991/1996 (0,104), terceiro colocado entre 1996/2000 (0,091) e segundo colocado entre 2007/2010 (0,134), superando a variação pernambucana.

Igarassu se difere dos demais municípios, por ser o único com variação negativa, esta ocorrência se deu no intervalo de 1996/2000 (-0,028). Mas, o município, nos outros intervalos de tempo superou a média pernambucana de

⁴ Os anos de 1991-1996 e 1996 e 2000, do município de Tamandaré não foram declarados no site do IBGE.

1991/1996 (0,06); 2007/2010 (0,088). Porém, a variação de 2000/2007 foi representativa com 0,139, enquanto Pernambuco variou em 0,072 e o Brasil, 0,084.

O município de Caruaru teve variação acima de 0,082 em todos os intervalos, chegando a 0,140 no período de 2000/2007. Esse número é representativo, quando em Pernambuco a maior variação observada foi de 0,076 e a menor 0,033.

As maiores variações foram oriundas do município de Petrolina, a cidade teve a menor variação entre 1991/1996, com 0,83. Nos intervalos de 1996/2000, 2000/2007 e 2007/2010, as variações foram respectivamente 0,150, 0,228 e 0,095.

No tocante à estrutura econômica dos municípios selecionados, os dados de 2010, mostram o valor adicionado do PIB, para cada município da amostra, além dos dados estadual.

De acordo com a Tabela 4, é possível identificar os principais potenciais econômicos de cada município, dentro das categorias, agropecuária, indústria e serviços. Na agropecuária, a soma dos cinco municípios representa 31, 47% do valor adicionado para Pernambuco. Para a indústria foi de 50,50% e para o comércio, o percentual foi de 26,02%.

Tabela 4 - PIB, valor adicionado – Tamandaré/PE

<i>Município/ Variável</i>	<i>Tamandaré</i>	<i>Cabo S Agostinho</i>	<i>Igarassu</i>	<i>Petrolina</i>	<i>Caruaru</i>	<i>PE</i>
Agropecuária	11.477	18.090	29.899	588.890	44.289	2.201.204
Indústria	20.837	2.660.152	729.059	766.107	615.935	9.489.597
Serviços	92.098	2.499.040	586.049	2.116.889	2.830.355	31.227.506

Fonte: IBGE(2010)⁵

Em dados absolutos, a maior representação do valor adicionado do PIB na agropecuária ocorreu em Petrolina com R\$ 588.890, sendo treze vezes maior que o segundo colocado, a cidade de Caruaru com R\$ 44.289. Na indústria, a maior expressividade é observada no município do Cabo de santo Agostinho, representando 55,5% do total da soma dos municípios. Em todos os seguimentos, o município de Tamandaré tem a menor representatividade.

Os serviços, em números absolutos, têm a maior soma dentre os três seguimentos, que totalizam R\$ 31.227.506. Apesar do menor percentual na soma dos municípios, em relação a Pernambuco, o Cabo de santo Agostinho, Petrolina e

⁵ Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/painel/economia.php?codmun=261485>

Caruaru têm valores individuais superiores a dois milhões. A soma de Tamandaré e Igarassu resulta em 678 mil, não chegando a 30% do total de Petrolina, que entre os maiores, é o menor valor.

8.1 Principais atividades econômicas por mesorregião

A mesorregião da Mata Sul pernambucana, aonde se localiza o município de Tamandaré, segundo Montenegro (2011), possuem os seguintes Arranjos Produtivos Locais (APLs): fruticultura, avicultura, bebidas, hortifruticultura, indústria sucroalcooleira, turismo, comércio e reparo de veículos.

Os municípios do Cabo de Santo Agostinho e Igarassu integram a Região Metropolitana de Recife. Para Montenegro (2011), os seguintes arranjos produtivos locais são desenvolvidos nesta região: o médico, de tecnologia, de logística, de turismo, do varejo moderno e da indústria de transformação.

A cidade de Caruaru está situada no Agreste Central. As principais atividades desenvolvidas em APLs, nessa região, segundo Montenegro (2011) são: da avicultura, da hortifruticultura, do comércio, do turismo, da floricultura, do artesanato, das rendas e bordados, das rochas ornamentais, da pecuária, de móveis, de tecidos e de confecções.

A Região do Sertão do São Francisco tem como principal cidade, Petrolina. A região se desenvolve com os seguintes APLs: da viticultura, da fruticultura irrigada, da piscicultura, da ovinocaprinocultura, da agricultura (arroz e cebola), do artesanato e doces (MONTENEGRO, 2011).

V CAPÍTULO - RESULTADOS DA PESQUISA

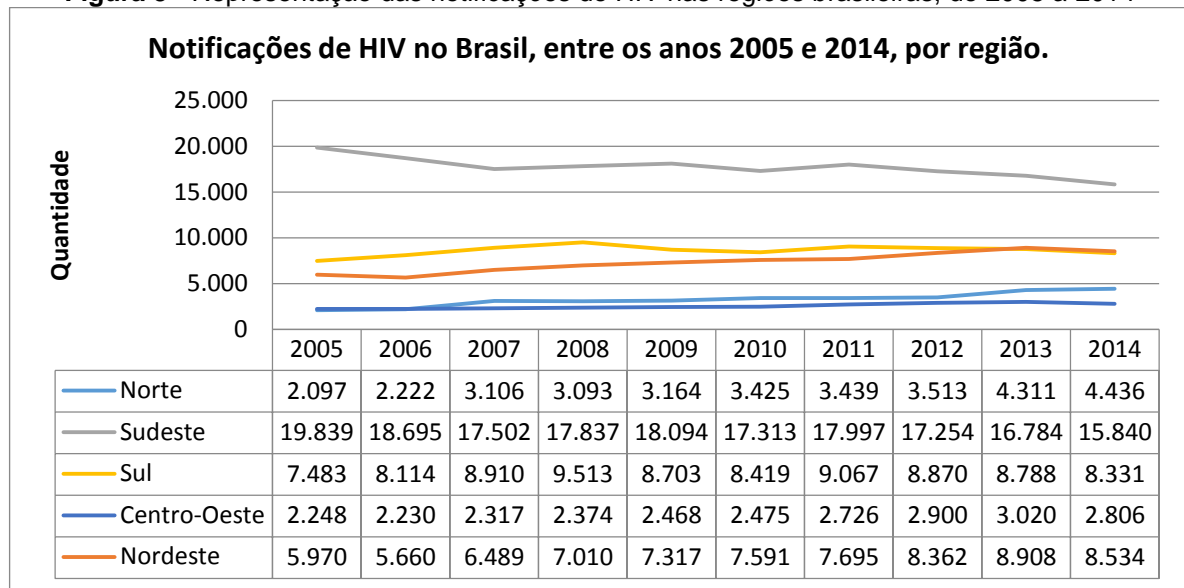
9 INCIDÊNCIA E EVOLUÇÃO DO HIV NO BRASIL

De acordo com os Boletins Epidemiológicos, é crescente o número de infectados por HIV no Brasil. Para este capítulo buscou-se demonstrar o crescimento do número de infectados no período compreendido entre os anos 2005 e 2014, utilizou-se uma década a fim de fazer uma avaliação mais aprofundada, utilizando como parâmetro final o último ano de pesquisa para este trabalho que é 2014.

Observa-se que o Brasil apresentou pouca variação (em torno de 13%) no total de casos de HIV notificados, sendo 2006 e 2014 os anos com o menor (36924) e o maior (41814) números de casos registrados, respectivamente.

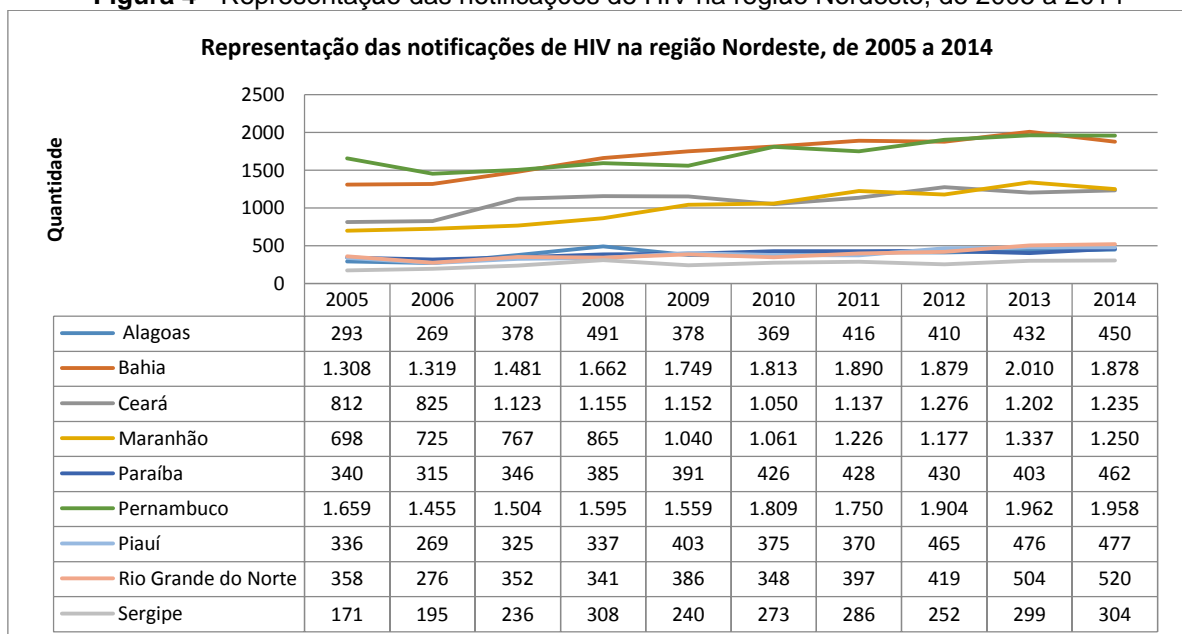
Em relação à ocorrência de casos por região, a região Sudeste tendeu a apresentar o maior número de casos em relação às outras regiões, chegando a representar 53% do total dos casos registrados no Brasil em 2005, contra 16% do Nordeste. No entanto, o número de casos de HIV na região Sudeste, embora tendo permanecido alto em números absolutos em relação às outras regiões, em 2014 representava cerca de 40% do total de casos no Brasil, contra cerca de 20% da região Nordeste. Percebe-se que a região Sudeste diminuiu a ocorrência de HIV entre os anos 2005 e 2014, ao contrário das outras regiões brasileiras.

A Figura 3 na sua representação gráfica apresenta na região Nordeste um crescimento de quase cem por cento em notificações de 2005 a 2014, a Região Norte, segue o padrão da Região Nordeste. As demais regiões são mais estáveis quanto ao crescimento, apresentando uma curva decrescente, no mesmo fato.

Figura 3 - Representação das notificações de HIV nas regiões brasileiras, de 2005 a 2014

Fonte: Boletim Epidemiológico (2015).

Entre os estados da região Nordeste, Pernambuco, no período de 2005 a 2014, conforme a Figura 4, tiveram uma média de 23,54% dos casos registrados de HIV, sendo sua menor participação no ano de 2009 (21,36%) e sua maior no ano de 2005 (27,77%). Dados esses similares ao estado da Bahia, que apresentou uma média de 23,14% dos casos registrados para a região no período acima citado, com maior participação no ano de 2010 (24,10%) e sua menor participação no ano de 2005 (21,89%).

Figura 4 - Representação das notificações de HIV na região Nordeste, de 2005 a 2014

Fonte: Boletim Epidemiológico (2015).

Os municípios estudados nesse trabalho (Cabo de Santo Agostinho, Caruaru, Igarassu, Petrolina e Tamandaré), representaram juntos, entre 9,14% (2005) e 14,37% (2014), do total dos casos em Pernambuco, entre 2005 e 2014. O menor número de ocorrências (2) foi registrado no município de Tamandaré o maior número de ocorrências (106) foi registrado no município de Caruaru, ambos no ano de 2014. Os municípios do Cabo de Santo Agostinho e Caruaru lideraram as ocorrências de HIV entre os municípios estudados, seguidos de Petrolina, Igarassu e Tamandaré (Tabela 5; Figura 5).

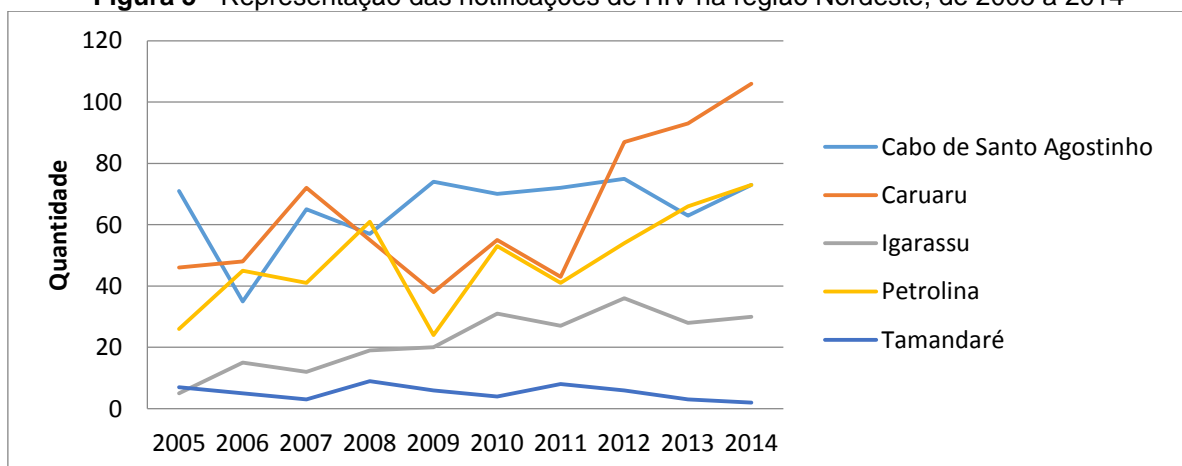
Tabela 5 - Incidência do HIV nos municípios estudados, entre os anos 2005 e 2014.

Município	Ano																			
	2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013		2014	
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%*
Cabo de Santo Agostinho	71	4,19	35	2,34	65	3,99	57	3,42	74	4,61	70	3,81	72	4,01	75	3,79	63	3,07	73	3,69
Caruaru	46	2,71	48	3,21	72	4,42	55	3,3	38	2,37	55	2,99	43	2,39	87	4,39	93	4,53	106	5,36
Igarassu	5	0,29	15	1,00	12	0,74	19	1,14	20	1,25	31	1,69	27	1,5	36	1,82	28	1,36	30	1,52
Petrolina	26	1,53	45	3,01	41	2,52	61	3,66	24	1,5	53	2,88	41	2,28	54	2,73	66	3,22	73	3,69
Tamandaré	7	0,41	5	0,33	3	0,18	9	0,54	6	0,37	4	0,22	8	0,45	6	0,3	3	0,15	2	0,10
Pernambuco	1.696		1.497		1.628		1.667		1.604		1.838		1.796		1.981		2.052		1.976	

Fonte: MS/SE/DATASUS em Estatísticas Vitais, acessado em 21/10/2016.

*participação percentual com relação aos números do Estado.

Figura 5 - Representação das notificações de HIV na região Nordeste, de 2005 a 2014



Fonte: Boletim Epidemiológico (2015).

A média do número de óbitos por AIDS no Brasil, entre 2005 e 2014, foi de 11825,56, com o maior número (12564) no ano de 2014 e o menor número (11100) em 2005. A região Sudeste liderou o número de óbitos entre as regiões brasileiras,

seguida pelas regiões Sul, Nordeste, Norte e Centro-Oeste. A região Norte apresentou o menor número de óbitos (579), enquanto que a região Sudeste apresentou o maior número de óbitos (6009), ambos em 2005, durante o período estudado (Tabela 6, Figura 6).

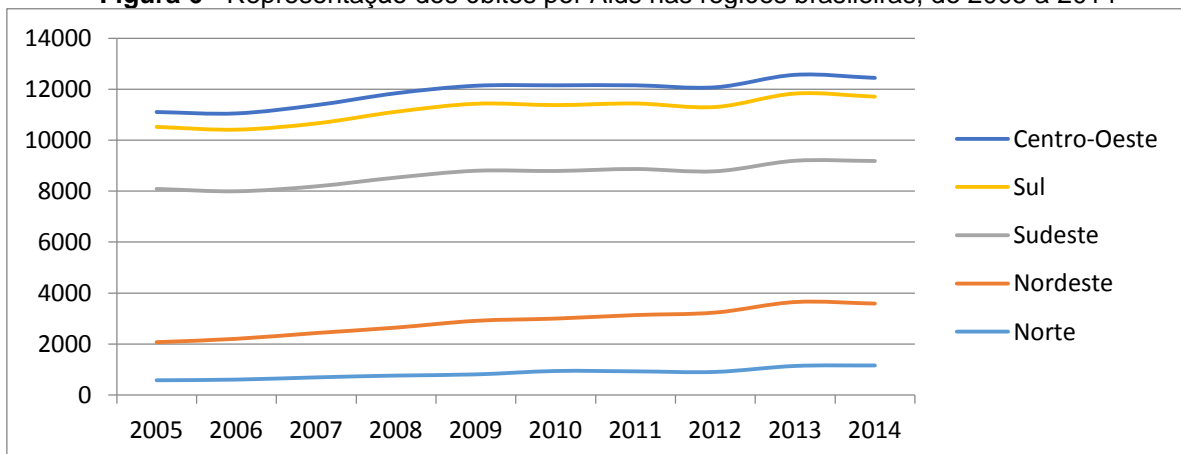
Tabela 6 - Número de óbitos por AIDS no Brasil, entre os anos 2005 e 2014, por região.

Região	Ano									
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Norte	579	605	691	762	807	939	926	904	1135	1155
Nordeste	1498	1603	1744	1885	2105	2061	2212	2332	2512	2431
Sudeste	6009	5786	5752	5882	5884	5788	5727	5540	5540	5592
Sul	2433	2417	2469	2585	2633	2589	2575	2525	2643	2529
Centro-Oeste	581	635	716	725	705	774	711	772	734	736
Brasil	11100	11046	11372	11839	12134	12151	12151	12073	12564	12449*

Fonte: Boletim Epidemiológico (2015)

*6 casos UF de residência ignorada

Figura 6 - Representação dos óbitos por Aids nas regiões brasileiras, de 2005 a 2014



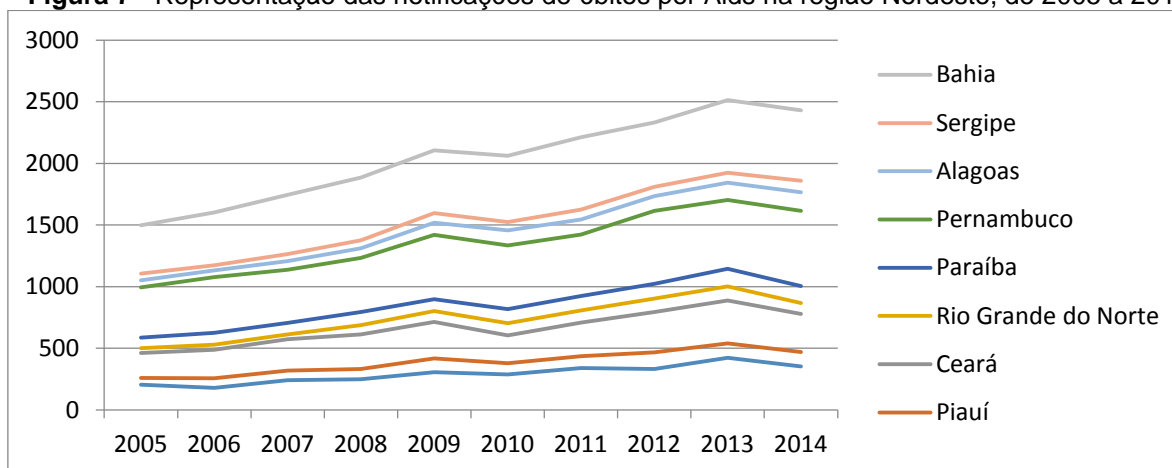
Fonte: Boletim Epidemiológico (2015)

Na região Nordeste, o ano de 2013 apresentou o maior número de óbitos por AIDS (2431) no período estudado, enquanto o menor número (1498), foi no ano de 2005. Entre os estados nordestinos, a Bahia lidera os números de óbitos por AIDS, seguida por Pernambuco, Maranhão e Ceará. O menor número de óbitos (41) ocorreu em Sergipe, no ano de 2006 e o maior número de óbitos (612) ocorreu em Pernambuco, no ano de 2014 (Tabela 7, Figura 7).

Tabela 7 - Total de óbitos por AIDS no nordeste do Brasil, 2005 a 2014, por UF.

Região Nordeste	Ano									
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Maranhão	206	178	242	248	306	289	341	331	423	354
Piauí	54	78	78	83	113	90	96	137	118	116
Ceará	202	232	254	281	294	227	271	326	347	308
Rio Grande do Norte	40	41	39	77	89	97	100	109	113	90
Paraíba	85	97	94	104	97	114	117	121	145	136
Pernambuco	406	452	429	439	522	517	498	592	556	612
Alagoas	59	55	70	78	99	122	121	118	140	149
Sergipe	53	41	58	67	76	68	81	76	82	93
Bahia	393	429	480	508	509	537	587	522	588	573

Fonte: Boletim Epidemiológico (2015)

Figura 7 - Representação das notificações de óbitos por Aids na região Nordeste, de 2005 a 2014

Fonte: Boletim Epidemiológico (2015)

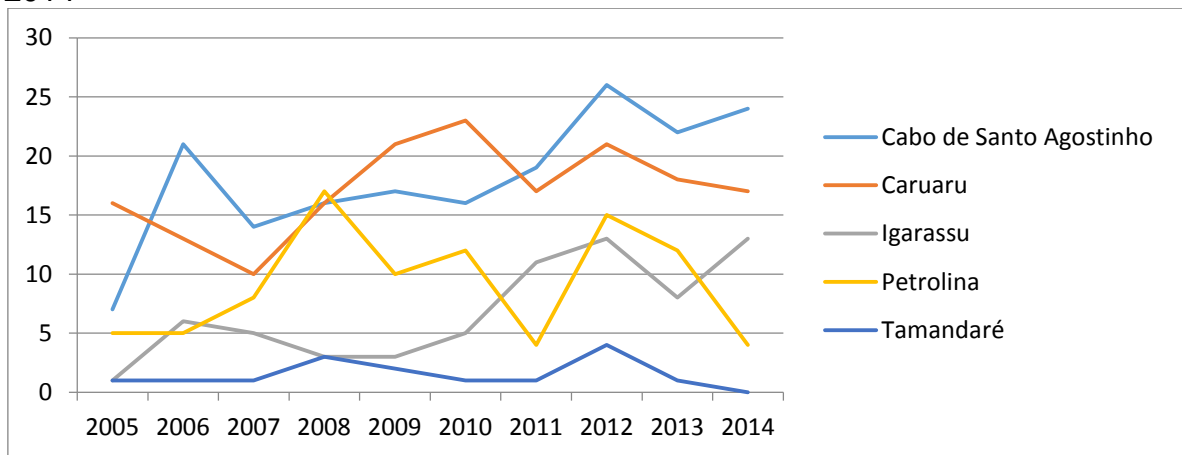
Em relação aos municípios estudados, o maior número de óbitos por AIDS (79) no período estudado, ocorreu no ano de 2012, enquanto que o menor número (30), ocorreu no ano de 2005. O município do Cabo de Santo Agostinho apresentou o maior número de óbitos por AIDS (182), entre 2005 e 2014. Sendo seguido por Caruaru, Petrolina, Igarassu e Tamandaré, o qual, inclusive, não apresentou nenhum caso no ano de 2014 (Tabela 8).

Tabela 8 - Óbitos por AIDS nos municípios estudados, - 2005 a 2014.

Município	Ano									
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Cabo de Santo Agostinho	7	21	14	16	17	16	19	26	22	24
Caruaru	16	13	10	16	21	23	17	21	18	17
Igarassu	1	6	5	3	3	5	11	13	8	13
Petrolina	5	5	8	17	10	12	4	15	12	4
Tamandaré	1	1	1	3	2	1	1	4	1	0
Pernambuco	406	452	429	439	522	517	498	592	556	619

Fonte:MS/SVS/DASIS/Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)

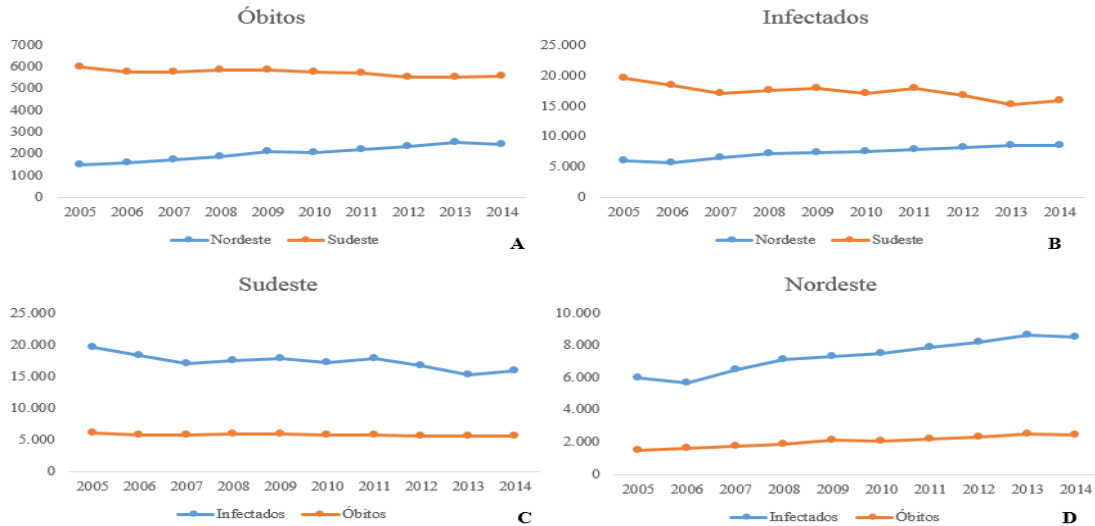
Figura 8 - Representação das notificações de HIV na região Nordeste, de 2005 a 2014



Fonte: Boletim Epidemiológico (2015)

Ao se comparar a região Nordeste com a região Sudeste, a qual historicamente liderou o número de casos de HIV/AIDS, pode-se perceber, que o Sudeste apresentou uma tendência decrescente, tanto no número de óbitos (Figura 9A) quanto no número de infectados (Figura 9B), enquanto que a região Nordeste apresentou, ao contrário, uma tendência crescente. Mais especificamente, nota-se que na região Sudeste o número de infectados diminuiu e número de óbitos se estabilizou (Figura9C). Enquanto que no Nordeste, tanto o número de infectados quanto o de óbitos aumentou (Figura9D).

Figura 9 - (A) Número de óbitos por AIDS nas regiões Nordeste e Sudeste, entre 2005 e 2014. (B) Número de infectados por HIV nas regiões Nordeste e Sudeste, entre 2005 e 2014. (C) Número de infectados por HIV e de óbitos por AIDS na região Sudeste, entre 2005 e 2014. (D) Número de infectados por HIV e de óbitos por AIDS na região Nordeste, entre 2005 e 2014.



Fonte: Boletim Epidemiológico (2015)

Com base nos dados estudados, pode-se inferir que as políticas públicas aplicadas no Sudeste do Brasil se mostraram mais efetivas do que as aplicadas no Nordeste, por exemplo considerando tanto por notificações, quanto por óbitos, no mesmo período. Porém, apenas com um estudo mais aprofundado pode-se comparar ações e identificar as causas das progressões e transgressões às notificações por HIV.

Pode-se afirmar que a condição do cenário da Política Pública de Combate ao HIV/Aids no Nordeste, reflete o cenário pernambucano e dos municípios estudados.

10 ANÁLISE FINANCEIRA DA GESTÃO PÚBLICA DA SAÚDE MUNICIPAL COM FOCO NA POLÍTICA DO HIV

Este capítulo apresenta a análise financeira, no período de 2010 a 2014 acerca da política pública para HIV, nos cinco municípios escolhidos para amostra (Cabo de Santo Agostinho, Caruaru, Igarassu, Petrolina e Tamandaré), elegidos com base em um *ranking* apoiado em critérios relacionados com o objeto de estudo.

As informações concernentes foram coletadas no Portal da Transparência do Governo Federal, com dados referente ao período de 2010 a 2014, caracterizado pelo gasto governamental em incentivos e subsídios, pelo aumento da oferta de emprego, pelo crescimento populacional e do número de notificações de HIV.

A tabela 9 contém o aporte de recursos dos municípios da amostra em ações de vigilância, prevenção e controle das DST/AIDS coletados no Portal da Transparência. Não foram encontrados os valores para os municípios de Igarassu e Tamandaré, que dentro da amostra são cidades que orbitam cidades centrais, Goiana e Cabo de Santo Agostinho, respectivamente. Os dados para o ano de 2012 em Pernambuco também não estão disponíveis, o que limita parte da análise pretendida.

Há uma queda expressiva, para todos os municípios em 2013, podendo remeter à cortes orçamentários praticados pelo Governo Federal, naquele ano. Já no ano de 2014, houve um aumento considerável de 31% no orçamento, sancionado pela Presidência da República, segundo o Portal da Transparência⁶. Porém, em todos os municípios esse acréscimo superou os valores aditados pelo Governo.

Tabela 9 - Incentivo Financeiro para Ações de Prevenção e Qualificação da Atenção em HIV/AIDS e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis – 2010/2014.

UF/Municípios	2010	2011	2012	2013	2014
Cabo	100.000,00	75.000,00	75.000,00	50.000,00	119.166,63
Caruaru	255.175,91	235.546,98	235.546,99	157.031,33	344.280,75
Igarassu	-	-	-	-	68.750,00
Petrolina	238.163,99	219.843,69	219.843,68	146.562,45	251.855,01
Tamandaré	-	-	-	-	-
Pernambuco	1.901.643,08	1.790.477,41	-	1.657.469,73	2.098.784,38

Fonte: Portal da Transparência.

⁶<http://www.brasil.gov.br/saude/2014/01/saude-tera-orcamento-de-r-106-bilhoes-em-2014>

Para os recursos municipais, destinados a saúde (Tabela 10), nota-se que os gastos com a saúde são oscilantes ao longo dos anos, em Caruaru há uma queda expressiva nos recursos de 2010 para 2011, e, apesar do crescimento econômico e da quantidade crescente de pessoas naquele município, os parâmetros de 2010 e 2014, são conflituosos.

A cidade de Petrolina apresenta a maior queda nesses recursos, quando considerados os anos de 2010 e 2014 em comparação, saindo de 62 mil para 44mil. Uma retração dessa natureza tende a refletir diretamente nas ações de um município.

Tabela 10- Recursos destinados à saúde– 2010/2014

UF/Municípios	2010	2011	2012	2013	2014
Cabo	21.987.845	26.076.585	29.106.175	26.780.730	30.929.177
Caruaru	70.616.073	45.499.934	58.486.083	52.746.254	59.705.704
Igarassu	12.857.856	12.759.299	15.392.095	16.084.572	17.235.998
Petrolina	62.388.384	65.305.554	67.579.327	55.759.240	44.453.510
Tamandaré	2.824.617	3.362.130	3.860.140	3.859.024	4.109.885
Pernambuco	1.033.645.030	1.001.844.599	não divulgado	1.750.667.362	1.668.160.599

Fonte: Portal da Transparência.

Quando analisou-se a comparação os dados dos gastos em políticas de saúde para DST/AIDS com o total de recursos destinados à área de saúde. Observou-se que no Cabo de Santo Agostinho, em Caruaru e em Petrolina, uma diminuição nas despesas no ano de 2013 em relação a 2012, o que poderia ser explicado por uma queda orçamentária verificada no recurso estadual para a mesma área, contudo os dados para 2012 em Pernambuco não estão disponibilizados. Neste biênio, os dados de gastos totais em saúde para Tamandaré corroboram a tendência de queda, já o município de Igarassu manteve uma linearidade no aumento desses gastos com saúde.

O período de 2010-2012 é um período de elevação nas despesas públicas com saúde com exceção de Caruaru, que mesmo se recuperando em 2014 não alcança os valores de 2010, isso pode ser pior, pois se tratam de valores nominais. Ainda em 2014, Petrolina é a única cidade na qual o despenho em relação ano anterior decaiu, seguindo a atuação estadual.

A tabela 11 mostra a participação das despesas em políticas de saúde para vigilância, prevenção e controle das DST/AIDS em relação ao total de recursos

destinados à área de saúde. Caruaru em 2011 e Petrolina em 2014 são os únicos casos aonde essa participação de políticas para DST/AIDS chega ao patamar de 0,5% em relação aos dispêndios na área da saúde. Os municípios de Tamandaré e Igarassu, não possuíam dados para a comparação, entre os anos.

Tabela 11 – Taxa (%) dos gastos em políticas de saúde para DST/AIDS em relação ao total de recursos destinados à área de saúde – 2010/2014

UF/Municípios	2010	2011	2012	2013	2014
Cabo	0,45	0,29	0,26	0,19	0,39
Caruaru	0,36	0,52	0,40	0,30	0,58
Petrolina	0,38	0,34	0,33	0,26	0,57
Pernambuco	0,18	0,18	-	0,09	0,13

Fonte: Portal da Transparência.

Quando analisado individualmente a participação no período 2010/2014 observa-se que em ordem decrescente de grandeza a cidade do Cabo de Santo Agostinho se encontra a frente de Petrolina e Caruaru, respectivamente. Entretanto, a partir de 2011, Cabo de Santo Agostinho e Caruaru troca a sua posição, tendo Petrolina agora a frente da cidade do Cabo. Esta configuração não se altera no decorrer da série, tanto Caruaru como Petrolina, possuem valores reativamente superiores.

A representação orçamentária em queda dos municípios estudados pode apontar para a ineficiência das políticas de saúde, em virtude do crescimento das notificações já apresentadas no capítulo anterior. Considerando que há aumento nas notificações e aumento nos óbitos, os orçamentos deveriam ser diretamente proporcionais.

Um agravo a ser apontado é quanto ao município do Cabo de Santo Agostinho, que teve seu orçamento diminuído, sendo esta a 8ª colocada no ranking de HIV no Estado e tendo a sua evolução de notificações em expressivo crescimento.

11 GESTÃO ADMINISTRATIVA

Esta sessão apresenta o resultado das entrevistas realizadas um gestor de saúde de cada um dos cinco municípios, objeto deste estudo. Os resultados dessas questões foram trabalhados para atender as etapas de avaliação de Vieira-da-Silva, dentro das subcategorias apropriadas pela transcrição literal das entrevistas.

A obtenção desses resultados teve inúmeros percalços, pois esta pesquisa ficou parada do período de setembro de 2016 a março de 2017, por se tratar das eleições municipais em outubro e novembro, e do empossamento da nova gestão, férias de funcionários em janeiro e as festividades carnavalescas de fevereiro.

Outra dificuldade foi a equidistância entre os municípios que gerou uma dificuldade de deslocamento. No entanto, o pior fato, foi no município de Petrolina, pois segundo informações na própria secretaria de saúde, não há nenhum telefone para contato com a gestão, sendo necessário um deslocamento, sem agendamento, no mês de maio, porém, apenas no final de junho, foi possível a arrecadação total dos dados. As entrevistas foram realizadas a partir de um roteiro preestabelecido, com quatorze questões, sendo das questões um a sete, acerca da administração geral e da questão oito a quatorze, com foco nos programas de HIV/AIDS.

11.1 A administração, no âmbito das secretarias municipais de saúde

A gestão administrativa das secretarias de saúde identifica como as secretarias percebem a sua estrutura física; de pessoal; financeira e política, na gestão. Para Saravia (2006), as políticas públicas de saúde, em uma avaliação mais operacionalizada, são entendidas como:

[...] um sistema de decisões públicas que visa a ações ou omissões, preventivas ou corretivas, destinadas a manter ou modificar a realidade de um ou vários setores da vida social, por meio da definição de objetivos e estratégias de atuação e da alocação dos recursos para atingir os objetivos estabelecidos (SARAVIA, 2006, p.29).

A grande preocupação para qualquer serviço são os recursos, financeiro, de infraestrutura e humanos, que se apresentam como um empecilho para qualquer gestão, inclusive das políticas públicas. Mendes (1999), analisando através da

corrente incrementalista da política pública, já evidenciava o colapso da crise da saúde no Brasil, por causa de baixos recursos despendidos, de modo a não permitir que um sistema adequado atenda às necessidades da população.

Além das questões trazidas por Mendes (1999) e Saraiva (2006), a entrevista realizada com o Gestor D, vai além desses aspectos e muito mais além da informação da prevenção ou mesmo de ter planejamento de políticas públicas. O gestor aponta que as políticas preventivas são praticamente impossíveis de terem seus efeitos alcançados por uma população, onde políticas de infraestruturas não apresentam um efeito satisfatório:

“O desenvolvimento desorganizado do setor do comércio acaba por produzir uma cultura de subregistros de trabalho e assim de muita insegurança e informalidade, assim como pouco ou quase nenhum direito trabalhista, com degradação da saúde preventiva, pois todo o tempo é usado para o trabalho produtivo” (GESTOR D).

11.2 Desafios da Gestão Municipal de Saúde

A subcategoria “Desafio” vem em primeira análise antes da interpretação das categorias estabelecidas por Viera-da-Silva, por ter elementos que fazem parte todas as categorias abaixo descritas e ser uma categoria pós estabelecida.

Quando perguntado aos entrevistados sobre os desafios enfrentados para a gestão da saúde dos municípios foram citadas: controle de doenças/prevenção; escassez de recursos ou dificuldade de utilização dos mesmos; pouca disponibilidade de recursos humanos; estrutura física precária ou falta de equipamentos/insumos; dificuldades com a gestão, dificuldades com os gestores; dificuldades no desenvolvimento das ações; ou seja, todas as categorias foram citadas, como observa-se:

Gestor A: “diminuir notificação compulsória, doenças infecto contagiosas”
 “reduzir índice de doenças”.
 “faltam recursos [financeiros]”.

Gestor B: “[...] fazer com que as gestões percebam a importância de investir em prevenção.”
 “[...] fazer entender pelos gestores, que a gente deve ter acesso aos recursos, para que a gente possa investir na prevenção”.
 “[...] disponibilidade de profissionais”

"[...] somos o 7º colocado em casos de AIDS [...] mesmo assim a gente tem essa dificuldade de estrutura"

"[...] a gente trabalha nesse prédio aqui, ele não é viável"

"[...] recebe um recurso do ministério da saúde, mas tem a dificuldade do próprio entendimento dos gestores em relação ao uso desses recursos".

"[...] dificuldade pelo próprio organograma da secretaria".

"[...] A coordenação faz um planejamento, mas que as vezes se perde".

"[...] não conseguir fazer uma campanha maior, de maior visibilidade

"[...], tem sempre que ta brigando por material, equipamentos."

Gestor C: "[...] fazer saúde pública com poucos recursos".

Gestor D: "é trabalhar com prevenção e promoção de saúde".

"[...] degradação da saúde preventiva".

"[...] cultura de subregistros".

"[...] população [...] migra [...] de outras cidades para buscar atendimento no município".

Gestor E: "[...] planejar em cima dos indicadores de saúde".

"[...] a gestão como um todo, os blocos de financiamento dificultam [para usar recurso].

"[...] O pior de tudo é o pouco recurso".

"[...] se pensar no repasse ministerial, só se operaria no vermelho".

"[...] recursos humanos, profissionais insuficientes para o desenvolvimento das ações".

"[...] um dos maiores desafios é estrutural".

"[...] encontramos contratos encerrados e tivemos que renovar todos".

"[...] programação para articular para as ações".

"[...] questões de planejamento, de monitoramento das ações".

Entender os desafios considerados pelos gestores, ajuda a compreender qual é o volume das demandas que poderiam não ser despertadas em perguntas mais direcionadas. Dentro da categoria muitas questões foram tratadas e como mais repetidas dentro do trabalho, são as condições financeiras, estruturais, de pessoal e preventivas.

11.3 Prioridades das Secretarias Municipais de Saúde

A subcategoria prioridade, é analisada na questão 2: Qual é a escala de prioridade da secretaria? Tal questão trouxe respostas sobre controle de doenças e contágios; recursos humanos; estrutura física; gestão e campanhas.

Gestor A: "[...] a gente tem um atendimento muito bom por que nos temos 8 equipes de saúde da família e a gente tem uma cobertura de 100% do território com médicos e enfermeiros treinados".

Os gestores B, C, D e E, apresentam como especial prioridade a atenção básica, ou seja, prevenção.

Gestor B: “[...] normalmente as secretarias correm atrás de urgências e emergências para depois vir a prevenção, ela não vê muito como prioridade”

“[...] a secretaria vive apagando fogo”

Gestor C: “[...] a atenção básica seria o foco”.

“[...] não deixar a população chegar ao atendimento especializado, sempre trabalhando na prevenção”.

“[...] proporcionar o melhor para a comunidade e para os municípios”.

“[...] projeto de implantação de descentralização dos testes rápidos descentralizados”.

Gestor D: “Certamente o tema do HIV e da AIDS”.

“[...] a epidemia não está controlada no país e se expande pelo nordeste”;

Gestor E: “[...] melhorar os indicadores de saúde”.

“[...] melhorar a situação epidemiológica”.

O Gestor A, apresenta uma oposição quanto aos demais gestores, em relação ao seu efetivo, informando que este é completo e que tem um excelente atendimento à saúde, não expondo nenhuma escala de prioridade para agravos, no município. Aos outros municípios essa realidade não se aplica, pois a falta de efetivo é apontada como um problema na efetivação das políticas.

11.4 Disponibilidade distribuição de recursos

A disponibilidade de distribuição de recursos, trata da captação dos recursos financeiros, da alocação dos mesmos, e dos investimentos em estruturas físicas.

11.4.1 Recursos Financeiros das Secretarias

Dentro do roteiro de entrevistas, as questões nas quais os recursos financeiros seriam enfatizados eram a 3. Quantos aos recursos, como estes são distribuídos e como são aplicados? E a 13. Esclareça o investimento financeiro na saúde no período pretendido? Na ordem de quanto? Como os recursos são aplicados? Num cenário geral, a falta dos recursos é apontada como o principal problema na gestão de saúde municipal.

Os dados quantitativos, sobre os recursos financeiros, foram apontados na sessão 10, capítulo 5 desta dissertação.

11.4.2 Aplicação de Recursos Financeiros das Secretarias

Quanto à captação dos recursos, a verba provém do Governo Federal, dos Estados e do Município, bem como determina a Constituição Federal de 1988.

O gestor D é quem melhor descreve o fluxo financeiro do município em relação à Política de Combate ao HIV/Aids:

Gestor D “Existe um plano de pactuação entre os níveis governamentais: o nível federal garante o envio dos antirretrovirais e testes rápidos diagnósticos; o nível estadual deveria garantir uma série de medicações consideradas essenciais para o tratamento de infecções oportunistas, mas muitas vezes há desabastecimento de maneira heterogênea; o município garante as medicações de atenção básica e a equipe do programa e infraestrutura.

A fala de alguns gestores apresenta que existe certa dificuldade quanto à utilização dos recursos do Ministério da Saúde, porém, fica subjetivo se há uma dificuldade de planejamento orçamentário para que o uso seja mais satisfatório uma vez que não existe a possibilidade de alteração de rubrica, após aprovação do orçamento. Os recursos “ministeriais” têm o maior volume, porém, a maior complexidade para utilização.

Gestor A: “Os recursos vem destinado para cada programa”.
 “[...] com o turismo [...] há um acréscimo na emergência e urgência por parte de veranistas e turistas de forma que o percentual financeiro extrapola o mínimo”.

Gestor B: “[...] ministério da saúde, esses recursos permanecem na conta, mas a gente tem dificuldade de utilizá-los”.

Gestor E: “Os recursos são aplicados com dificuldade, [são] de acordo com as portarias ministeriais”

11.4.3 Estrutura Física das Secretarias

As estruturas físicas das secretarias de saúde dos municípios estudados são consideradas boas, para o atendimento da população, com recentes investimentos. O Gestor C avalia que ainda pode melhorar, entretanto, o Gestor E, (como visto em visita) tem muita precariedade estrutural, inclusive para o funcionamento administrativo da própria secretaria.

Gestor A: “[...] a gente tem uma boa estrutura, [temos] um hospital novo”.

Gestor B: “A infraestrutura é boa, a sede é boa eu avalio como boa”.

Gestor C “[...] bom, mas não suficiente”

Gestor D: “[...] na gestão que se encerrou em 2016 foram inauguradas várias UPAs, unidades adequadas para funcionamento de urgência, e uma cobertura de atendimento pela atenção básica considerável”.

Gestor E: “[...] há uma grande necessidade de investimento, [...] a começar pela própria secretaria que precisa de uma reforma”.

11.5 Efeito das ações

Os efeitos das ações apontam como as campanhas regulares, as ações preventivas e as coberturas são realizadas pelas secretarias de saúde dos municípios.

11.5.1 Campanhas regulares das Secretarias Municipais de Saúde

As campanhas são desenvolvidas pelos municípios, especialmente com aparte informativa, a distribuição de testes rápidos e preservativos, com prioridades festivas. Apenas o gestor D, informa que ainda estão a desenvolver tais ações. E ainda apenas o gestor E, informa regularidade mensal sob as ações desenvolvidas.

Gestor A: “A gente trabalha com equipes de saúde nas praias e na própria comunidade com informações, palestras e a gente fornece aqui na secretaria o preservativo”

Gestor B: “Palestras, visitas, disponibilizando panfletos e preservativos”.

“Nas festividades [...] a gente usa esses espaços levando insumos de prevenção para essas populações”

Gestor C: todos os eventos do município a gente têm a testagem, o aconselhamento e tem a distribuição de camisinha. [“Em] fábricas, escolas, festas municipais, carnaval, São João e setembro”.

Gestor D: “Ainda precisam ser desenvolvidas, tanto no âmbito da avaliação e planejamento, como na execução de atividades de prevenção, assistência e pesquisa nestes temas.

Gestor E: “[campanha mensal] por bairro, que oferta serviços, inclusive o teste rápido”.

11.5.2 Ações realizadas pelas Secretarias Municipais de Saúde

O Planejamento das ações das secretarias está voltado para a disseminação do conhecimento, através de palestras educativas e na prevenção, com distribuição de testes e preservativos.

Gestor A: “É justamente o que eu te falei há uma maior preocupação na questão da educação, de repassar a prevenção, o uso do preservativo”.

“Fazemos palestras semanalmente nas unidades básicas, no NASF (Núcleo de apoio a saúde da família), nas feiras públicas, [...] escolas [...], creche”.

Gestor B: A gente vai a escolas, praças, no mercado onde acontece a feira livre com a praça de alimentação onde se encontra drogas e prostituição ofereceram os testes.

Gestor C: “[...] nos postos de saúde a gente tem [intensificação, nos meses festivos] [...] as meninas fazem esse trabalho de dar palestra, eventos e conscientização.

Gestor D:[...] ofertamos aumento tanto de exames específicos para o acompanhamento como de medicações antirretrovirais e número de consultas de acompanhamento,

Gestor E: [...]a descentralização do teste rápido, tanto de HIV quanto de Sífilis, para que toda a atenção [...] nos presídios, [...] na comunidade.

11.5.3 Cobertura das ações realizadas pelas Secretarias Municipais de Saúde

A cobertura quanto ao tratamento do HIV, incluindo identificação, acompanhamento psicológico, medicamentos e internamento, exceto para o Gestor A, é realizada no município. Os municípios têm centros de tratamento específicos para o atendimento dos pacientes.

Gestor A: “[...] a gente tem um centro de referência [que fica em outro município]”

“A gente referencia esse paciente pra lá, para que ele seja acompanhando pelo especialista e seja tratado e seja feito o uso do medicamento”.

“E aqui a gente dá o acompanhamento psicológico ele e a família”.

“Aqui fornecemos o teste, se positivo referencia para o serviço especializado”

Gestor B: “O município tem um serviço chamado SAE (serviço de atendimento especializado) em HIV/Aids, [...] não atendemos só [] [o município] aqui é regional”

Gestor C: “A gente encaminha para o CTA que fica [] [no município]”.

Gestor D: “O tratamento e todo acompanhamento [no município]”

“[...] recebemos demanda direta do CTA [...] de outros municípios [...] além de transferências de pacientes que já são portadores e vem residir em Município.

“[...] na assistência básica a cobertura era de 95% de saúde da família e no caso do HIV havia uma grande área descoberta

Gestor E: “Todo o tratamento para HIV é feito aqui [...] quando o paciente se agrava [...] há uma possibilidade de remoção”.

Quanto a outras doenças e tratamentos de alta complexidade, todos os municípios enviam pacientes à Capital ou outras localidades, inclusive com oferta de transporte e em alguns casos, com oferta de estadia, para tratamentos prolongados.

Gestor A: “O município disponibiliza o transporte para pegar o medicamento”.

Gestor B: “[...] existe um transporte [] [para] programas sociais para hemodiálise que é tratado fora domicílio”.

Gestor C: “[...] quando existem esses encaminhamentos a gente dá todo apoio com o transporte”.

Gestor D: “O município oferece o transporte”

Gestor E: “O município faz o transporte e tem uma casa em Recife que abriga esses pacientes”.

11.6 Custos e produtividade

Os custos e a produtividade são voltados para a compreensão da disposição dos recursos humanos, das suas competências, das capacitações e dos treinamentos.

11.6.1 Recursos Humanos disponíveis nas Secretarias Municipais de Saúde

A avaliação dos gestores quanto aos recursos humanos é considerada satisfatória. Os gestores A, C e D têm maior satisfação do seu quadro efetivo, funcional. Os municípios do B e de E apresentam uma maior carência do quadro de pessoal.

Gestor A: “[...] Recursos humanos está tranquilo, [...] a gente tem uma equipe completa [...]”

Gestor B: “[...] a gente sente carência de profissionais”.
“o SAE, onde tratam as pessoas com HIV/AIDS, [...] não tem uma equipe completa.

Gestor C: “[...] diante dessa crise não teria como município ter um corpo técnico suficiente, mas a gente dá conta”.

Gestor D: “[...] percebo o início de alguma qualificação profissional, com melhoria substancial, [pela] parceria com a faculdade de medicina da UFPE”.
“[...] há muitos profissionais na rede que vêm de outras cidades, especialmente de Recife, alguns já com boa qualificação”.

Gestor E “[...] depende de cada área, [...], a gente tem muitos profissionais empenhados e comprometidos, já em relação ao quantitativo, dependendo da área, existem algum déficit”.

11.6.2 Capacitação

De acordo com os gestores entrevistados, no quesito da capacitação de pessoal, observa-se que foram realizadas capacitações nos municípios e que a técnica das equipes é bem avaliada.

Gestor A: “[...] algumas já foram capacitadas e outras estão sendo ampliadas”

“[...] tem o recurso do PMAQ que a gente usa pra fazer capacitações [...]”.

Gestor B: “[capacitação por] Palestras, testagens e outros”.
 “[...] Fazemos capacitação frequentemente das enfermeiras das unidades”.

Gestor C: A gente tem um pessoal do PSE (projeto saúde na escola) [...] eles foram capacitados pelas enfermeiras da atenção básica”.

Gestor D: [...] qualificação profissional, com melhoria substancial”.
 “[...] muitos profissionais na rede que vêm de outras cidades, especialmente de Recife, alguns já com boa qualificação”.

Gestor E: “[...] fizemos a capacitação da atenção básica, para a descentralização do teste rápido, tanto de HIV quanto de Sífilis [...]”.

11.7 Adequação das ações reconhecimento

O item de adequação das ações e reconhecimento aborda o cenário de problemas da política.

11.7.1 Diagnóstico da evolução do HIV

A parte sobre diagnóstico foi tratada em análise de dados secundários no capítulo 5, sessão 9 desta dissertação. O acréscimo desse capítulo foi pertinente por que os gestores pouco conheciam sobre os números da evolução da doença, apenas que era um fato e era crescente. Esses registros são amplos, vão de laboratórios, hospitais e testes rápidos, sendo condensados e divulgados por órgãos, como o Centro Integrado Amaury de Medeiros (CISAN).

11.7.2 Problemas Impeditivos da Política

Além do pouco recurso disponível às ações preventivas, as questões culturais, sociais e educacionais, são o principal diagnóstico ao crescimento das notificações nos municípios. As questões comportamentais à liberdade sexual, ficam evidentes como um problema a ser enfrentado pelos municípios, segundo os

gestores. O uso de drogas e “farras” são as principais causas da vulnerabilidade da doença em jovens

Gestor A: “[...] o lazer e acaba sendo o foco”. [...]“Eu atribuo ao aumento do fluxo de pessoas [cidade turística]”.

Gestor B: “as pessoa começaram a ver o HIV uma coisa assim, ... tem medicação”. “[...] observa muito falta de entendimento sobre HIV” “[...] Um discurso que você houve todo [...] confio em você então eu transo com você sem camisinha. [...] muito desconhecimento sobre as formas de transmissão”.

“[...] muita farra, muitas drogas o que não quer dizer que você usar seja indício mas é mais vulnerabilidade”.

“[...] Só que poderia ter uma resposta melhor com auxílio de transporte.”

Gestor C: “[...] maior incidência é nos jovens seria a “loucura da idade””

“[...] a questão da idade mesmo, ter vários parceiros ao mesmo tempo sair, fazer, querer eu acho que influencia demais”.

Gestor D: “[...] a ausência de educação sexual nas escolas”.

“[...] situação socioeconômica de pouco acesso à saúde e educação de algumas áreas de pobreza, além de uma questão cultural [...] várias parceiras/os e não usam preservativos”

Gestor E: “Comportamento de risco em relação à prevenção, uso de drogas e desconhecimento”.

11.8 Implantação de ações

11.8.1 Controle das notificações

As questões quanto ao controle das doenças são apontadas como principais desafios da gestão, na fala dos gestores, para controlar são necessárias ações preventivas, e a prevenção é a parte mais prejudicada na falta de um recurso ou outro o que prejudica o resultado.

Gestor A: “[o maior desafio é] tentar diminuir as doenças, principalmente as de notificação compulsória, doenças infecto contagiosas [...]”.

“[...] A questão da AIDS que cresceu bastante, então a gente tem oito equipes de saúde da família aqui no município com a estratégia de reduzir o índice de doenças”.

Gestor B: Nós somos o sétimo colocado em casos de AIDS em Pernambuco, [com dificuldade em] investir na prevenção

Gestor C: Investimos muito em atenção básica

Gestor D: [Desafio] trabalhar com prevenção e promoção de saúde numa população que aumenta a cada dia e que migra sempre de outras cidades [...]

Gestor E: [...] melhorar os indicadores de saúde, pois o município é endêmico para os agravos, então se trabalha em cima de indicadores, visando melhorar a situação epidemiológica

11.8.2 Prevenção

As ações preventivas têm na sua essência a escala de prioridades estabelecidas pelo artigo 198 da Carta Magna “a prestação das ações e serviços de saúde se organizaria obedecendo as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo, atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”.

Gestor A: “a atenção básica e a saúde da família são consideradas como prioritárias e o município garante uma cobertura máxima no município.

Gestor C: “a atenção básica é o foco, não deixar a população chegar ao atendimento especializado, sempre trabalhando na prevenção”.

Gestor E: “visa [ndo] melhorar a situação epidemiológica [...]”.

Para os gestores B e D, a prioridade também é a diminuição de agravos, mas esses gestores informam um problema na execução efetiva desse programa

Gestor B: “Normalmente a secretaria corre atrás de urgências e emergências para depois vir a prevenção, [...] a secretaria vive apagando fogo”.

Gestor D: “[...] muitas ações ainda precisam ser desenvolvidas tanto no âmbito da avaliação e planejamento como na execução de atividades de prevenção, assistência e pesquisa nestes temas. Certamente o tema do HIV e da AIDS entrou nas principais pautas, acredito, pois a epidemia não está controlada”

11.8.3 Contágio

A atribuição maior do aumento de contaminados é a desinformação, o turismo e a migração. Nesse tópico, os gestores apontam os principais motivos do crescimento da contaminação

Gestor A: “atribuo ao aumento do fluxo de pessoas que vem de fora”

Gestor B: “[...] a gente recebeu muita gente de fora, de todos os estados. A cidade se transformou”.

“[...] as pessoas começaram a ver o HIV uma coisa que tem medicação”.

“As pessoas vêm relaxando e se observa muito falta de entendimento sobre HIV”.

“[...] somos um município de turismo de muita farra, muitas drogas [...] [isso] é vulnerabilidade”

Gestor C: “A gente teve um crescimento bastante em indústria desse tempo pra cá”

Gestor D: “[...] ausência de educação sexual nas escolas, [...] especialmente para os jovens que estão iniciando a vida sexual [...]”

“[...] questão cultural, [...] do machismo [...] os homens tenham várias parceiras/os e não usem preservativo”.

Gestor E: “[...] comportamento de risco em relação a prevenção, uso de drogas e desconhecimento ainda”.

11.9 Características - agentes das ações

11.9.1 Gestor/Gestão

A situação da Gestão da saúde desses municípios atribui-se a quase todos os componentes já citados. A falta de recursos a desformidade de alocação de verba, por uma rigidez orçamentária, talvez atribuída ao planejamento ou política preestabelecida.

Porém, na fala dos gestores entrevistados, observa-se uma visão muito forte às ações preventivas de cunho educativo (educação sexual, palestras), inclusive maior do que as compensativas (testes e preservativos).

As equipes são consideradas bem preparadas mas, falta a otimização de recursos para a ampliação da cobertura e possibilidade de ações mais efetivas.

12 LIMITAÇÕES DA PESQUISA: CONTINUIDADE E DESCONTINUIDADE DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Durante as entrevistas, algumas dificuldades foram encontradas na “fala” dos gestores. Tais situações eram específicas, quando se tratava sobre questões temporais, no intervalo de 2010 a 2014, período considerado de grande expansão econômico em Pernambuco, e relevante para este trabalho.

Dois gestores não conseguiram descrever situações sobre efetividade de ações no período sugerido, por não terem vivido a situação à época. De acordo com a literatura aportada no Referencial Teórico, pouco se estuda sobre essa temática no Brasil, talvez por que o nosso sistema político de obrigatoriedade de mudança democrática de governo seja considerado recente. Diante dessas questões, esse capítulo, considerado inesperado na pesquisa, teve que ser criado.

As questões validadas por de Oliveira Estevam (2010), podem explicar a ocorrência de *não respostas* nas questões específicas de Políticas Públicas para HIV/Aids, no período de 2010 a 2014. Este trabalho não dá possibilidade de avaliar se houve a total ou parcial descontinuidade das Ações de Políticas Públicas nos municípios – também não foi oportuno saber se houve continuidade - mas, consegue direcionar à interpretação de que nas novas gestões, não consegue resgatar ações anteriores.

Na tabela 18, pode-se observar que dentro dos períodos, apenas os municípios de Caruaru e Petrolina, tiveram a troca de partido político (opositora), e não apenas a troca do prefeito, causando a ausência total da resposta do gestor de saúde.

Quando a ocorrência foi apenas na mudança do gestor do município, permanecendo no mesmo partido (ou situação) a perda desses fatos não foi observada. Também, não havia questões que tratariam sobre funcionário de carreira na gestão, em detrimento de um gestor externo, em cargo de confiança.

Quadro 5 - Candidatos eleitos nos municípios pesquisados - 2008 a 2016.

Cabo de Santo Agostinho		
Ano	Eleito	Partido
2008	Lula Cabral	PSB
2012	Vado da Farmácia	PSB
2016	Lula Cabral	PSB
Caruaru		
Ano	Eleito	Partido
2008	Jose Queiroz de Lima	PDT
2012	Jose Queiroz de Lima	PDT
2016	Raquel Lyra	PSDB
Igarassu		
Ano	Eleito	Partido
2008	Gesimário Pessoa Baracho	PSB
2012	Mário Ricardo Santos de Lima	PTB
2016	Mário Ricardo Santos de Lima	PTB
Tamandaré		
Ano	Eleito	Partido
2008	Jose Hildo Hacker Junior	PSD
2012	Jose Hildo Hacker Junior	PSD
2016	Sérgio Hacker Corte Leal	PSD
Petrolina		
Ano	Eleito	Partido
2008	Julio Emilio Lossio de Macedo	PMDB
2012	Julio Emilio Lossio de Macedo	PMDB
2016	Miguel Coelho	PSB

Fonte: TRE – PE (s.d.). Disponível em: <http://www.tre-pe.jus.br/eleicoes/eleicoes-antiores>. Acesso em: 08 nov 2016

Na conversa informal à entrevista, ficou evidente a impossibilidade de que as respostas pudessem ser feitas aos gestores anteriores (opositores). A atual gestão possuía alguns dados publicados sobre ações anteriores mas, não expressou ter contato com a gestão anterior, para possíveis esclarecimentos com antigos responsáveis. Isso pode deixar a interpretação que quando se acaba o mandato, acaba junto a responsabilidade social da antiga gestão.

Durante as entrevistas, algumas falas podem ajudar a entender o “problema” causado pela troca da gestão (podendo ser avaliado com uma perda ou um ganho para a saúde dos municípios, pois a gestão atual pode ou não ser mais efetiva que a anterior).

Argumentou-se por parte dos entrevistados, que a secretaria estava em processo de recomeço, tentando montar e avaliar estratégias para “continuar” com as ações. E ainda, que as equipes precisavam se acostumar com os novos métodos de trabalho, sendo necessárias capacitações para que a situação fosse adequada. A secretaria vislumbrava a necessidade de um mapeamento para efetivar as ações

necessárias. O que se observa nessas falas, é que há uma parada nas ações para que a gestão se situe e assim, possa prosseguir com as ações estratégicas das secretarias.

A perda das informações por causa da mudança de gestores, em detrimento da mudança de partido de governantes, foi tratada a parte como os problemas da continuidade e descontinuidade de políticas públicas. O que se observa que esse problema é frequente na administração pública e a perda da identidade e das experiências anteriores da gestão é escoada.

13 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo desta dissertação foi a análise da gestão das políticas públicas de saúde direcionada ao combate do HIV nos municípios pernambucanos, Caruaru, Petrolina, Cabo de Santo Agostinho, Igarassu e Tamandaré. Especificamente, foram analisadas as questões da evolução de infectados e sua mortalidade, os recursos financeiros despendidos para a prevenção, diagnósticos e tratamentos de infectados e as gestões administrativas da saúde nos municípios.

Este trabalho tem o propósito de contribuir, com os seus achados, para a gestão da Política Pública de Saúde, em especial ao combate do HIV observados o seu crescimento, de infectados e da mortalidade e a sua efetiva capacidade de ação por parte dos municípios estudados.

Nas observações sobre a evolução das notificações de HIV e a sua mortalidade, constatou-se que estas situações são crescentes no Nordeste, em Pernambuco e nos municípios estudados. Porém, a região Sul e Sudeste vem apresentando queda de acordo com os Boletins Epidemiológicos. Esses fatos sugerem uma política menos efetiva nas regiões Norte e Nordeste.

Apesar desse estudo não ter abrangência regional ou nacional, explorar esse comparativo pode direcionar às questões aos governantes de entender como essa disparidade está se construindo no Nordeste/Pernambuco e quais são os pontos de adoção em ações, que os municípios devem adotar.

Quando tratados especificamente as questões mais incidentes e apontadas como um problema a ser sanado pelos municípios, a dificuldade das ações de prevenção, considerado o comportamento de risco e a falta de esclarecimentos de educação sexual juvenil (público com maior crescimento, até 24 anos, segundo o Boletim Epidemiológico 2015), são considerados o maior desencadeador do aumento do número de casos de HIV, para os gestores entrevistados.

No entanto, para a promoção de ações efetivas, são necessários investimentos financeiros, de pessoal e estruturais. As questões financeiras das secretarias são objeto de análise deste estudo e corroborado com as entrevistas, os recursos orçamentários são considerados insuficientes para uma cobertura mais ampla e assim reduzir os números de notificações. De acordo com os entrevistados

as ações não são suficientes e os cortes em recursos financeiros comprometem a gestão.

Diante do ocorrido no período de 2010 a 2014, fica a pergunta: Como, diante de uma condição crescente, a de infectados por HIV, fazer política de controle e prevenção, com queda orçamentária? Algumas medidas no diagnóstico avançaram, o teste rápido é efetivo e prático, dando mais agilidade e podendo atingir um público maior. Porém, devem-se pensar que a disponibilidade do teste em farmácia pode maquiar os números absolutos de notificação.

Quanto às ações de prevenção, apenas numa das entrevistas há a convicção de eficiência quanto ao efetivo de pessoal, nos outros municípios o pessoal, os veículos, os materiais de divulgação, informação e distribuição e tempo das equipes de saúde, são insuficientes para uma resposta mais positiva nas ações efetuadas.

Fazer este estudo despertou o interesse da pesquisadora em comparar políticas em estados que evoluíram com as taxas de infecção e mortalidade, aos que involuíram, para buscar racionalizar, que ações foram promovidas para o sucesso e o que precisa ser agregado, bem como, a inefetividade da política àqueles que não obtiveram sucesso nas ações.

Busca-se ainda refletir se ainda o “comportamento de risco” e os agentes desse comportamento (homossexuais, profissionais do sexo, usuários de drogas, hemofílicos) ainda são o público alvo dessa política, uma vez que o crescimento mais acentuado de contaminados está entre os mais velhos, as mulheres, e os auto considerados heterossexuais.

Deste modo, apesar da contribuição desse estudo, podemos afirmar que muito ainda há que se explorar para a eficiência da Política de Controle e Combate do HIV para a sociedade brasileira e mundial.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AD DIPER – Agencia de desenvolvimento econômico de Pernambuco. DIF - Diretoria de Incentivos fiscais. **Resumo dos incentivos fiscais** [impresso]. Ad diper: Pernambuco, 2016.

BAER, W. **The regional impact of national policies: the case of Brazil**. Cheltenham: Edward Elgar Publishing, 2012.

Bardin, L. Análise de conteúdo (Edição **revista e atualizada**). Lisboa: Edições 70. 2009.

BAPTISTA, T. W. F; REZENDE, M. **Análise de Políticas na Saúde. A ideia de ciclo na análise de políticas públicas**, 2011. Disponível em: <www.ims.uerj.br/pesquisa/ccaps/?p=432> Acesso em: 11 abr. 2016.

BIRKLAND, T. A. **An introduction to the policy process : theories, concepts, and models of public policy making**. London: Routledge, 2010.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional da Justiça. Brasília: **Memorando nº 907/2013** de 30 de julho de 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV. AIDS 2014**. - Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Brasília: MS. Ano III, n 1, 2014.

_____. Ministério do Trabalho. Ministério divulga balanço do trabalho estrangeiro. Brasília, 2010.

BRAVO, M. I. S. **Capacitação para Conselheiros de Saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

BOUCINHAS FILHO, J C F; BARBAS, L M V. **Migração de trabalhadores para o Brasil**: aspectos teóricos e práticos. 2013.

CAMPOS, L. H. R; FUSCO, W. Municípios nordestinos e crescimento populacional: correspondência entre migração e desenvolvimento. **Ver. Inter. Mob, Hum**. Brasília, ano XVII, Nº33, p. 79-100, jul/dez 2009.

CAVALCANTI, H.; SOUZA, MAA.; OLIVEIRA, RV (coord). **Impacto do Complexo Industrial Portuário de Suape (CPIS): migração, trabalho, condições de moradia, identidade e novas territorialidades**. Recife: Fundaj, 2015

DIAS, Reinaldo; MATOS, Fernanda. **Políticas Públicas – Princípios, Propósitos e Processos**. São Paulo: Atlas, 2012.

DE OLIVEIRA ESTEVAM, Dimas. A contínua descontinuidade administrativa e de políticas públicas. Seminário de Ciências Sociais Aplicadas, v. 2, n. 2, 2010.

DIAS; GONÇALVES. Migração e saúde. **Migrações**, v. 1, p. 15-26, 2007.

DYE, T. R. **Mapeamento dos modelos de análise de políticas públicas**. In: HEIDEMANN, FG.; SALM, JF. Políticas públicas e desenvolvimento: bases epistemológicas e modelos de análise. Brasília: UNB, 2009. p. 99-129.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.

FUSCO, W. Regiões Metropolitanas do Nordeste: Origens, Destinos e Retornos de Migrante. **Rev. Inter. Mob. Hum.** Brasília, Ano XX, Nº 39, p. 101-116, jul./dez. 2012.

FREY, K. **Políticas Públicas: Um debate conceitual e reflexões referente à prática da análise de políticas públicas no Brasil**. Santa Catarina, 2000. Tese de doutorado. Departamento de Ciências Sociais e do Núcleo Interdisciplinar de Políticas Públicas (NIPP) da UFSC.

GODOY, A. S. **Introdução à Pesquisa Qualitativa e suas Possibilidades**. In **Revista de Administração de Empresas**. V. 35, n 2, Mar Abr 1995.

IBGE – Instituto Brasileiro de geografia e Estatística. **Cidades, 2010**. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/uf.php?lang=&coduf=26&search=pernambuco>>. Acesso em: mai. 2016.

LIMA, K. R. B.; SILVA, J. A.; PEREIRA, L. A. **Uma análise sobre a política pública de saúde no Brasil: Enfatizando o contexto neoliberal**, UFRN, 2011.

LYRA, M. R. S. B. **O processo de migração de retorno no fluxo Pernambuco – São Paulo – Pernambuco**. Tese de doutorado. Programa de Doutorado em Demografia. UEC: Campinas, 2003.

MASSEY, S. et al. Theories of international migration: A review and appraisal. **Population and development review**, p. 431-466, 1993.

MENDES, E. V. **Uma Agenda para a Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1999

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. **Fundamentos da Metodologia Científica**. São Paulo: Atlas, 2010.

MARIANO, E. B. **Crescimento econômico e desenvolvimento humano: uma análise mundial da eficiência social de estados-nação**. Tese de doutorado. USP: São Carlos 2012.

MARSHALL, A. **Principles of Economics**, Macmillan Press Ltd. London, 1890.

MONTENEGRO, F. **O papel da capacitação profissional no desenvolvimento dos APLs**. Associação Instituto de Tecnologia de Pernambuco – Associação ITEP-OS: Brasília, 2011.

MORAES, Roque. Análise de conteúdo. **Revista Educação**, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PIORE, M. J. **Birds of passage: migrant labor and industrial societies**. 1979.

RESENDE, G. M. **Avaliação de políticas públicas no Brasil: uma análise de seus impactos regionais** / Guilherme Mendes Resende. – v. 2. Rio de Janeiro: IPEA, 2014.

RAVENSTEIN, E. G. **As leis das migrações**, 1885. In: MOURA, H. A. (org.) Migração interna, textos selecionados. Fortaleza, BNB/ENTENE, 1980, p. 25-88, 722p.

ROMANO, J. **Políticas nas políticas: um olhar sobre a agricultura brasileira**. Rio de Janeiro: Mauad, 2009.

SANTOS, M. A. et al. Migração: uma revisão sobre algumas das principais teorias. **Texto para discussão**, v. 1, n. 138, p. 1, 2010.

SILVA, C. L. **Políticas Públicas e Desenvolvimento Local: Instrumentos e Proposições de Análise para o Brasil**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

SOUTO-MAIOR, E. **Uma Política de Saúde Pública para o Brasil**. XV Congresso Brasileiro de Higiene, Recife, 1962. In: SILVA, R.S. e MORELL, M.G.G (Orgs). Política Nacional de Saúde Pública. A trindade desvelada: Economia-saúde-população. Rio de Janeiro: Revan, 2005. 3º Ed, 2012.

SOUSA, R.C.; BATISTA, F.E.B. **Política Pública de Saúde no Brasil: História e Perspectivas do Sistema Único de Saúde – SUS**. In: VII CONEPI. Congresso Norte e Nordeste de Pesquisa e Inovação. Palmas, 2012.

OIT - ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **El VIH/SIDA y el mundo del trabajo: estimaciones a nivel mundial, impacto y medidas adoptadas**, mimeo, 2006.

OLIVEIRA, M.M. **Como fazer pesquisa qualitativa**. 4 ed. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

OLIVEIRA, M.V.M. A Expansão das atividades de confecção em áreas rurais no município de Santa Cruz do Capibaribe, PE. – O caso da Vila Magana. **Dissertação de mestrado**. UFRPE, Recife, 2011.

PERDOMO, R. P. Os Efeitos da Migração. Ed. Ethos Governamental, 2007.

PNUD, 2010. **Ranking do IDHM 2010**. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/arquivos/ranking-idhm-2010.pdf>>. Acesso em 11/07/2016.

RIOS-NETO, E. L. G. Pobreza, migrações e pandemias / Eduardo L. G. Rios-Neto / - Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar, 26p. (Texto para discussão ; 301), 2007. Disponível em: <<http://www.cedeplar.ufmg.br/pesquisas/td/TD%20301.pdf>>. Acesso em 02 abr 2017.

SARAVIA, Enrique. O conceito de política pública. In Saravia, Enrique & Ferrarezi, Elizabete. **Políticas Públicas, Coletânea**. Vol. 1. Brasília, ENAP, 2006.

SECCHI, L. **Políticas Públicas: conceitos, esquemas de análise e casos práticos**. São Paulo: Cengage, 2014.

SIQUEIRA, L. B. O; MAGALHÃES, A. M.; NETO, R. M. S. **Tendências recentes da migração e o crescimento da migração de retorno no Brasil: Como o movimento de retorno tem afetado o fluxo de migração para o Nordeste?** P. 73-86. In: Dinâmica do Mercado de Trabalho do Nordeste. MONTE, Paulo Aguiar do; MOREIRA, Ivan Targino (org). João Pessoa: Editora Universitária - UFPB, 2009.

TODARO, M. P. **A migração da mão-de-obra e o desemprego urbano em países subdesenvolvidos**, 1969. In: MOURA, H. A. (org.), *Migração interna: textos selecionados*, Fortaleza, BNB/ENTENE, 1980, p.145-172, 722p.

TODARO, M. P.; SMITH, S. C. **Economic development**. 11th ed. Pearson, 2010
ISBN 10: 0-13-801388-8. ISBN 13: 978-0-13-801388-2.

VERGARA, S. C. **Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração**. 2ª ed. São Paulo: Atlas, 1998.

APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA

A dinâmica da política pública para o HIV, no ápice do desenvolvimento econômico.

Mestranda: Maria do Carmo Maracajá Alves
Orientadora: Dra Lúcia Maria Góes Moutinho
Co-orientador: Luiz Henrique Romani

ROTEIRO DE ENTREVISTA

No período compreendido entre 2010 e 2014, foi considerado o de maior ascensão do desenvolvimento econômico em Pernambuco, com a criação de milhões de postos de trabalho e a instalação de novas empresas, nacionais e internacionais. Estas foram alocadas e distribuídas em diversas regiões. O Plano de Aceleração do Crescimento (PAC) colocou o Estado em obras, criando novas vagas de trabalho, e promovendo uma migração temporária/permanente nas regiões beneficiadas. Diante deste cenário, pergunta-se:

1. Quais são os maiores desafios para a gestão da secretaria de saúde deste município?
2. Qual é a escala de prioridades desta secretaria?
3. Quanto aos recursos, como estes são distribuídos e como são aplicados?
4. Como o senhor avaliaria os recursos humanos e de infraestrutura do município?
5. Todas as enfermidades são tratadas aqui neste município? Como se dá o processo para pacientes tratados em outros municípios e quais são os mais requisitados?
6. No período de 2010 a 2014, quais foram as demandas mais relevantes que preocuparam a saúde no município?
7. Com a migração transitória, devido o crescimento foi observada, no sentido do planejamento a políticas de saúde?
8. Como as políticas públicas preventivas para o HIV foram ofertadas neste período? Quais foram as suas ações? Qual o público alvo? Ações em escolas? Fábricas? Hospitais? Praças? Com que periodicidade?
9. Como foram dadas as campanhas de prevenção ao HIV? Quem são os participantes e como estas pessoas foram capacitadas? Houve testes e distribuição de preservativos?
10. Como se dá no município a oferta de tratamento aos portadores de HIV?
11. Como a secretaria enxerga o aumento de novas infecções no município, neste período? A que pode ser atribuído esse aumento?
12. A distribuição de medicamentos e preservativos foi intensificada?
Como é o processo de entrega de medicações e como ele vê o processo. Quais as dificuldades? Como é o processo para manter as condições de atendimento para o público
13. Esclareça o investimento financeiro na saúde no período pretendido? Na ordem de quanto? Como os recursos são aplicados?
14. Esclareça o processo ao tratamento das pessoas que apresentam a doença?

APÊNDICE B– FREQUÊNCIA DA NUVEM DE PALAVRAS

Quadro 6- Frequência das Palavras - Entrevista

PALAVRA	f	PREOCUPAÇÃO	10	MIGRAÇÃO	5
SAUDE	41	EMPRESA	10	PROBLEMA	5
TESTE	30	DESAFIO	9	PROJETOS	5
TRATAMENTO	25	ESTADO	9	MULHERES	5
DIFICULDADE	23	HOSPITALAR	9	HOMENS	5
ESTRUTURA	23	MINISTÉRIO	9	TURISMO	5
PREVENÇÃO	22	MUNICÍPIO	9	COMPLEXIDADE	5
RECURSOS	22	PLANEJAMENTO	9	COMUNIDADE	5
ATENÇÃO BÁSICA	21	POPULAÇÃO	9	MONITORAMENTO	5
EQUIPE	21	POLÍTICA	9	AVALIAÇÃO	4
HIV	21	JOVENS	8	FINANCEIRO	4
GESTÃO	20	ASSISTÊNCIA	8	INFORMAÇÃO	4
PACIENTE	19	ACONSELHAMENTO	7	MÉDICO	4
PESSOAS	19	AGRAVOS	7	QUALIFICAÇÃO	4
PROFISSIONAIS	19	CAMPANHA	7	ANTERRETROVIRAIS	4
ENCAMINHAMENTO	19	COORDENAÇÃO	7	DESCENTRALIZAÇÃO	4
AÇÕES	18	DST	7	INFECÇÕES	4
SECRETARIA	18	EQUIPAMENTO	7	CONSCIENTIZAÇÃO	3
MEDICAMENTOS	18	ESCOLA	7	FEDERAL	3
PROGRAMAS	16	FAMÍLIA	7	OPORTUNISTA	3
SERVIÇO	16	INTESIFICADA	7	ASSISTENTE-SOCIAL	3
PALESTRA	14	EXAME	7	CARNAVAL	2
PRESERVATIVO	14	REGIONAL	7	ENDÊMICO	2
AUMENTO	14	TRANSPORTE	7	NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA	2
OFERTA	14	UPA	7	PRAÇAS	2
AIDS	13	INFECTOCONTAGIOSA	6	SÃO JOÃO	2
PÚBLICA	13	PRIORIDADE	6	SEXO	2
DOENÇA	12	RECURSOS-HUMANOS	6	TÉCNICOS	2
ATENDIMENTO	12	VIGILÂNCIA	6	IMPLANTAÇÃO	2
MELHORIA	12	DIGNÓSTICO	6	PARCERIA	2
DISTRIBUIÇÃO	12	DROGAS	5	PORTADOR	2
CAPACITAÇÃO	10	EPIDEMIA	5	CONTROLE	1
DEMANDA	10	INDICADORES	5	RISCO	1
EDUCAÇÃO	10	INFERMEIRO	5		

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: “A Dinâmica para a Política Pública do HIV em Municípios Pernambucanos”

Nome da Pesquisadora: Maria do Carmo Maracajá Alves

Nome do Orientador: Prof^o. Dra. Lúcia Maria Góes Moutinho

1. **Natureza da pesquisa:** O Sr(a) está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa, que tem como objetivo, analisar a gestão de saúde, no impacto do fenômeno migratório, na prevenção do HIV, em municípios pernambucanos. Em Pernambuco, as notificações por HIV apresentam um crescimento acelerado, enquanto que no Sul, aonde a quantidade de infectados ainda é a maior, a incidência de notificações vem diminuindo (BRASIL, 2014). O que levanta uma questão sobre as ações de políticas públicas realizadas no Estado. Muito embora, esta pesquisa não preveja uma análise na esfera estadual, mas sim, nos cinco municípios pernambucanos, selecionados em ranking, como apresentado na metodologia deste trabalho.

Os municípios selecionados foram: Cabo de Santo Agostinho, Igarassu, Caruaru, Petrolina e Tamandaré. Estes municípios se relacionam com a problemática deste trabalho, quando relacionados à incidência de notificações por HIV, crescimento populacional, crescimento da mão de obra ocupada.

Outras observações devem ser consideradas, no surgimento dessa amostra: Cabo de Santo Agostinho faz parte do Complexo Suape, que aglomera o setor de petróleo e gás e o setor naval, sendo Tamandaré considerado um município de influência da economia de Suape e como representante do Turismo. Caruaru é reconhecido como o maior centro do polo de confecções em Pernambuco. Petrolina, por sua vez, está em grande expansão na fruticultura irrigada, com grande ascensão na vinicultura. E por fim, Igarassu, município também considerado sob influência de Goiana, sendo integrado ao setor automobilístico, farmoquímico e de vidros.

Evidenciado estes investimentos e o desenvolvimento dos setores na economia. O crescimento populacional na ação migratória é um ponto de observação já contemplado para a seleção da amostra. Justar os aspectos migratórios, impulsionados pelo crescimento econômico, a oferta de emprego e a política pública de combate e prevenção do HIV, é que será a peça fundamental deste trabalho.

A razão mais relevante para o estudo sobre uma política pública é fato de que estas têm como propósito, a resolução de problemas da sociedade. Um grande desafio é o de analisar problemas públicos e suas soluções, como participantes direto ou indireto do processo. Entende-las, interessa não apenas ao próprio direito, mas, aos aspectos científicos, sociais e políticos.

A política pública tem uma estreita relação entre ideias e os problemas que causam aflição social (SILVA, 2012). Analisar o seu processo, envolve o conhecimento dos seus objetivos e da sua metodologia, no alcance de seus resultados, num alinhamento social institucional, político, econômico e de outros contextos. Para tal, abre-se um diálogo com as ciências políticas; ornadas à natureza interdisciplinar de estudos, envolvendo a sociologia, a história, a economia, a administração pública e outras disciplinas.

Esse estudo buscará dimensionar os incrementos na Política Pública de Saúde, no Programa de Combate ao HIV/AIDS, na sua relação com o fenômeno migratório, ocasionado pelo crescimento econômico. Segundo Todaro e Smith (2010), quanto mais forte a economia de um local (oferta de emprego, perspectiva de qualidade de vida), maior o movimento populacional para essas regiões.

A incidência de aumento do número de notificações num estado, pode sugerir uma fragilidade na política pública. Uma hipótese seria o fato de não inculir estratégias na política, diante de um aumento da população de migrantes. Outros problemas que podem ocorrer, constam do formato da articulação política, onde o planejamento de ações não preveja as externalidades negativas, que teriam que ser reparadas posteriormente.

2. **Participantes da pesquisa:** Participaram da pesquisa gestores das Secretarias de Saúde dos Municípios sugeridos na amostra (Cabo de Santo Agostinho, Caruaru, Igarassu, Petrolina e Tamandaré).

3. **Envolvimento na pesquisa:** ao participar deste estudo a sra (sr) permitirá que a pesquisadora Maria do Carmo Maracajá Alves e sua orientadora Prof. Dra. Lúcia Maria Góes Moutinho utilizem as informações, pertinentes ao estudo, para publicação de trabalhos científicos e apresentação em eventos, deste que seja resguardado o direito do sigilo da pessoa. A sra (sr.) tem liberdade de se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para a sra (sr.) se assim o desejar. Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone da pesquisadora do projeto e, se necessário através do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa descrito no final deste documento.

4. **Sobre as entrevistas:** Para coleta dos dados será utilizado entrevistas individuais sob a técnica de análise de discurso. Se a sra (sr) permitir será utilizado gravador de voz objetivando coletar todas as informações fornecidas com maior qualidade. As entrevistas serão realizadas nas secretarias de saúde de cada município ou em outro local de escolha de sua escolha, se assim preferir. Os agendamentos serão realizados por telefone ou e-mail, obedecendo às regras de cada secretaria.

5. **Riscos e desconforto:** a participação nesta pesquisa não infringe as normas legais e éticas e não trará riscos nem desconforto aos participantes. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução nº 466/12.

6. **Do Conselho Nacional de Saúde.** Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade conforme preconiza os Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução nº 466/12.

7. **Confidencialidade:** todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente a pesquisadora e seu orientador terão conhecimento de sua identidade e nos comprometemos a mantê-la em sigilo ao publicar os resultados dessa pesquisa.

8. **Benefícios:** ao participar desta pesquisa a sra (sr.) não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo traga informações importantes sobre a as práticas de gestão dos municípios, podendo este estudo, servir de parâmetro a gestão. Ao final deste estudo, a pesquisadora se compromete a divulgar os resultados obtidos, respeitando-se o sigilo das informações coletadas, conforme previsto no item anterior.

9. **Pagamento:** a sra (sr.) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem: Confirmando que recebi cópia deste termo de consentimento, e autorizo a execução do trabalho de pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo.

Obs: Não assine esse termo se ainda tiver dúvida a respeito.

Consentimento Livre e Esclarecido

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa.

Nome do Participante da Pesquisa

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do Orientador

Pesquisador: Maria do Carmo Maracajá Alves Telefone

Nome do Orientador: Prof^o. Dra. Lúcia Maria Góes Moutinho