



e-ISSN 2446-8118

ANÁLISE DAS POLÍTICAS DE SAÚDE PARA CONTER DOENÇA DE IMUNODEFICIÊNCIA EM MUNICÍPIOS PERNAMBUCANOS

ANALYSIS OF HEALTH POLICIES TO CONTAIN IMMUNODEFICIENCY DISEASE IN
MUNICIPALITIES IN PERNAMBUCO

ANÁLISIS DE LAS POLÍTICAS DE SALUD PARA CONTENER LA ENFERMEDAD DE
INMUNODEFICIENCIA EN MUNICIPIOS DE PERNAMBUCO

Maria do Carmo Maracajá Alves¹
Marcelo da Costa Borba²
José Eduardo Melo Barros³
Josefa Edileide Santos Ramos⁴
Alessandra Carla Ceolin⁵

RESUMO: O objetivo deste artigo é analisar a gestão da Política Pública de Saúde em municípios pernambucanos no contexto do controle de doenças imunodeficientes, com ênfase na sua relação com o fenômeno migratório. Especificamente, investiga-se como as secretarias de saúde dos municípios de Cabo de Santo Agostinho, Caruaru, Igarassu, Petrolina e Tamandaré, em Pernambuco, geriram a evolução da epidemia de HIV. A pesquisa caracteriza-se como qualitativa, de natureza descritiva, e utilizou-se da pesquisa de campo como método. Os resultados indicam que, apesar da evolução da epidemia, o orçamento destinado à saúde nos municípios analisados não acompanhou o crescimento da demanda. Embora a gestão reconheça a gravidade da epidemia, as falhas humanas relacionadas à prevenção, educação e cultura são apontadas como fatores primordiais para o descontrole da doença, agravados pela restrição orçamentária, o que limita a efetividade das políticas públicas. Além disso, foram identificados desafios na utilização eficiente dos recursos destinados à prevenção do HIV, evidenciando dificuldades de compreensão e implementação por parte dos gestores.

DESCRITORES: Distribuição de recursos; Adequação das ações; Testes rápidos; Alocação de verba; Gestão da saúde.

ABSTRACT: The objective of this article is to analyze the management of Public Health Policy in municipalities in Pernambuco in the context of controlling immunodeficiency diseases, with an emphasis on its relationship with the migration phenomenon. Specifically, it investigates how the health departments of the municipalities of Cabo de Santo Agostinho, Caruaru, Igarassu, Petrolina and Tamandaré, in Pernambuco, managed the evolution of the HIV epidemic. The research is

¹ Doutor em Estudo das Ciências e Matemática pela Universidade Federal Rural de Pernambuco - UFRPE, Recife, Pernambuco - Brasil.

² Doutor em Agronegócios pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS/RS, Brasil.

³ Doutor em Administração pela Universidade Federal da Paraíba - UFPB, João Pessoa, Paraíba - Brasil.

⁴ Doutora em Agronegócios pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS, Porto Alegre, Rio Grande do Sul - Brasil.

⁵ Doutora em Agronegócios pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS, Porto Alegre, Rio Grande do Sul - Brasil.

characterized as qualitative, descriptive in nature, and used field research as a method. The results indicate that, despite the evolution of the epidemic, the budget allocated to health in the municipalities analyzed did not keep up with the growth in demand. Although management recognizes the severity of the epidemic, human failures related to prevention, education and culture are pointed out as primary factors for the lack of control of the disease, aggravated by budgetary restrictions, which limit the effectiveness of public policies. In addition, challenges were identified in the efficient use of resources allocated to HIV prevention, evidencing difficulties in understanding and implementation by managers.

DESCRIPTORS: Resource distribution; Adequacy of actions; Quick tests; Fund allocation; Health management.

RESUMEN: El objetivo de este artículo es analizar la gestión de la Política Pública de Salud en municipios de Pernambuco en el contexto del control de las enfermedades de inmunodeficiencia, con énfasis en su relación con el fenómeno migratorio. Específicamente, investiga cómo los departamentos de salud de los municipios de Cabo de Santo Agostinho, Caruaru, Igarassu, Petrolina y Tamandaré, en Pernambuco, gestionaron la evolución de la epidemia del VIH. La investigación se caracteriza por ser de naturaleza cualitativa, descriptiva y utilizó como método la investigación de campo. Los resultados indican que, a pesar de la evolución de la epidemia, el presupuesto destinado a salud en los municipios analizados no acompañó el crecimiento de la demanda. Aunque la gestión reconoce la gravedad de la epidemia, las fallas humanas relacionadas con la prevención, la educación y la cultura son identificadas como factores clave en la falta de control de la enfermedad, agravada por las restricciones presupuestarias, que limitan la efectividad de las políticas públicas. Además, se identificaron desafíos en el uso eficiente de los recursos asignados a la prevención del VIH, destacando dificultades de comprensión e implementación por parte de los gestores.

DESCRIPTORES: Distribución de recursos; Adecuación de las acciones; Pruebas rápidas; Asignación de fondos; Manejo de la salud.

1 INTRODUÇÃO

Considerar o avanço econômico de Pernambuco é uma premissa legítima quando analisados os índices econômicos do Estado. Embora o crescimento econômico tenha gerado externalidades positivas, como a redução do desemprego, qualificação da mão de obra, aumento do poder de compra e melhorias nas condições de educação e lazer, é essencial que os gestores públicos considerem também os aspectos negativos desse crescimento, a fim de ajustar políticas públicas existentes e criar novas ações que atendam a essas demandas¹.

Desde 2007, o Estado tem vivenciado um movimento populacional atípico, impulsionado pela migração temporária, principalmente em decorrência de obras portuárias, de infraestrutura de tráfego e pela oferta de empregos provenientes de concursos públicos, multinacionais e outras oportunidades de trabalho e renda. Esse

fenômeno inclui, ainda, uma expressiva migração de retorno².

Quando um expressivo movimento populacional não é articulado a estruturas adequadas de políticas públicas preventivas, ele pode gerar externalidades negativas, como o aumento da favelização, degradação humana e social, perda de identidade cultural, condições precárias de moradia, aumento da violência, impacto no bem-estar social e sobrecarga em determinadas áreas com alta densidade populacional, ao mesmo tempo que outras podem sofrer esvaziamento. Esses fatores podem também contribuir para a proliferação de doenças, entre outros problemas. O HIV, considerado um dos surtos mais impactantes no mundo, especialmente durante a década de 1990, é um exemplo de enfermidade cuja pandemia ainda apresenta crescimento tanto no Brasil quanto globalmente.

Apesar de o Brasil ter sido reconhecido como modelo eficaz no combate à mortalidade causada pelo HIV, a doença continua sendo

uma ameaça significativa³. Em Pernambuco, as notificações de HIV têm crescido de maneira acelerada, enquanto, na região Sul, onde o número total de infectados ainda é maior, a incidência de novas notificações vem diminuindo⁴. Esse panorama levanta questões sobre a efetividade das políticas públicas implementadas no Estado para conter a disseminação do vírus.

Dado o contexto de investimentos e desenvolvimento econômico em Pernambuco, o aumento populacional decorrente da migração é um ponto relevante a ser analisado na formulação de políticas públicas voltadas ao combate e prevenção do HIV. A política pública, por sua vez, tem uma relação intrínseca entre ideias e os problemas que afligem a sociedade⁵. Este estudo busca avaliar a gestão da Política Pública de Saúde em municípios pernambucanos, com foco no controle de doenças imunodeficientes e sua relação com o fenômeno migratório⁶.

Conforme Todaro e Smith⁷, quanto mais forte a economia de uma região, maior será o fluxo migratório para esse local, impulsionado pela oferta de emprego e perspectivas de melhor qualidade de vida. O aumento do número de notificações de HIV em um estado pode sugerir fragilidades nas políticas públicas de saúde, especialmente se essas políticas não incluírem estratégias adequadas para lidar com o crescimento populacional decorrente da migração. Outros problemas podem surgir da articulação política inadequada, quando o planejamento de ações não prevê as externalidades negativas que exigem correção posterior.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Para analisar uma política de saúde, é essencial explorar seu contexto histórico, considerando suas origens, potencialidades e foco⁸. Isso implica compreender quando, por que e com base em quais argumentos a política foi formulada, além das fases de seu processo político⁹. Um dos principais desafios na área da saúde está relacionado à migração e à disseminação de doenças. Portanto, entender a movimentação populacional e seu impacto na saúde torna-se fundamental, sendo a adoção de

medidas preventivas uma escolha estratégica^{10,11}.

A avaliação de políticas públicas pode seguir diferentes abordagens, dependendo das particularidades de cada política. A natureza da avaliação varia conforme seus objetivos e sua complexidade⁹. Pode tratar-se de uma pesquisa avaliativa, destinada a julgar práticas sociais, ou de uma avaliação para fins de prestação de contas, na qual os avaliadores não estão diretamente envolvidos na gestão do programa⁵.

As principais características da avaliação de políticas públicas de saúde abrangem a disponibilidade e distribuição de recursos, os efeitos das ações, os custos e a produtividade, a adequação das ações ao reconhecimento técnico, o processo de implementação e as características dos agentes envolvidos¹².

A avaliação da efetividade, eficiência e impacto é de extrema relevância nas políticas de saúde. Os atores envolvidos desejam verificar se houve promoção da saúde, redução das taxas de contaminação, tratamento ou cura de doenças e, no caso das políticas relacionadas ao HIV, se houve diminuição nas taxas de infecção, assistência adequada aos pacientes e redução da mortalidade¹².

A migração desempenha um papel significativo nas políticas públicas, influenciando tanto as regiões de origem quanto as de destino³. O crescimento econômico e o desenvolvimento estão intimamente ligados à migração, à medida que a busca por melhores oportunidades e qualidade de vida leva as pessoas a se deslocarem. Os efeitos da migração nas políticas de saúde são variados, com aumento da demanda por serviços de saúde nas regiões receptoras¹.

Historicamente, a migração em busca de emprego e qualidade de vida tem sido uma constante, destacando-se a migração internacional no final do século XIX e início do século XX, quando milhões de pessoas se deslocaram para as Américas. No Brasil, a migração do Nordeste para o Sudeste foi marcante, motivada pela seca e pela oferta de mão de obra para as lavouras. No entanto, nas últimas décadas, verificou-se um movimento de retorno de migrantes, impulsionado pelo

crescimento econômico nas regiões Norte e Nordeste.

A crise econômica nos Estados Unidos e na Europa também afetou o fluxo de migrantes, com muitos retornando ao Brasil em busca de novas oportunidades. A descoberta do Pré-Sal no Brasil fomentou o retorno de migrantes, já que o setor de petróleo e gás ofereceu empregos atrativos. Além disso, a migração interna se intensificou para regiões em crescimento, como Pernambuco, com investimentos em áreas como o Complexo Industrial Portuário de Suape e o Porto Digital.

A relação entre crescimento econômico e desenvolvimento é crucial, com políticas públicas buscando promover um crescimento econômico que resulte em desenvolvimento humano e melhor qualidade de vida. Incentivos fiscais, programas de desenvolvimento e descobertas como o Pré-Sal impulsionaram o crescimento econômico no Brasil, atraindo migrantes em busca de oportunidades.

As epidemias também estão intrinsecamente ligadas à migração, uma vez que o movimento de pessoas facilita a disseminação de doenças. Esse fato ficou evidente com a disseminação da AIDS (síndrome da imunodeficiência adquirida) e do HIV (vírus da imunodeficiência humana), associados a comportamentos de risco. O combate às epidemias exige políticas públicas eficazes, que previnam a propagação e ofereçam serviços de qualidade.

A migração influencia diretamente a saúde pública e as políticas de saúde, pois aumenta a demanda por serviços nas regiões de destino. Compreender essas dinâmicas é essencial para a formulação de políticas públicas de saúde eficazes. Este estudo visa contribuir para o entendimento dessas dinâmicas no contexto da política de HIV nos municípios analisados.

3 ASPECTOS METODOLÓGICOS

Esta pesquisa é classificada como descritiva, pois busca observar, descrever, classificar e interpretar fenômenos, conforme apontado por Oliveira¹³. Em relação aos procedimentos técnicos, o estudo adotou uma abordagem bibliográfica, documental e de

campo. A pesquisa bibliográfica foi baseada em dados secundários, como teses, livros e artigos científicos, que fundamentaram o referencial teórico-metodológico. A abordagem documental utilizou diversas fontes, incluindo bases de dados, fontes estatísticas, relatórios e documentos, com destaque para informações do 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) e dados do Estado de Pernambuco. Documentos auxiliares obtidos durante a pesquisa de campo, como cartilhas e folders, também foram utilizados.

Para a realização do estudo, foram empregados dados primários de natureza qualitativa, obtidos por meio de entrevistas, e dados secundários quantitativos, extraídos de bases de dados¹⁴. Embora essas abordagens sejam distintas, elas se complementam, uma vez que a pesquisa qualitativa permite uma compreensão mais profunda e intuitiva dos fenômenos, enquanto a quantitativa privilegia o raciocínio dedutivo e a análise estatística¹⁵.

O objetivo do estudo foi alcançado por meio da análise de dados secundários, obtidos no Portal da Transparência, referentes ao período de 2010 a 2020. Esses dados foram utilizados para comparar os gastos específicos com a Política Pública de Combate ao HIV/Aids nos municípios de Cabo de Santo Agostinho, Caruaru, Igarassu, Petrolina e Tamandaré, que foram identificados de forma aleatória como Gestores A, B, C, D e E. A seleção das cidades para este estudo foi baseada em um método de ranking, levando em consideração as variáveis de crescimento nas notificações de HIV, crescimento populacional e aumento do número de pessoas ocupadas, resultando na escolha dos municípios de Cabo de Santo Agostinho, Igarassu, Caruaru, Petrolina e Tamandaré.

Algumas características específicas desses municípios foram consideradas na definição da amostra: Cabo de Santo Agostinho integra o Complexo Industrial Portuário de Suape, um importante polo dos setores de petróleo, gás e naval; Tamandaré, município influenciado economicamente por

Suape, destaca-se pelo setor turístico. Caruaru é reconhecido como o maior polo de confecções de Pernambuco, enquanto Petrolina está em plena expansão devido à fruticultura irrigada, com destaque para a produção de vinhos. Por fim, Igarassu, influenciado por Goiana, está integrado aos setores automobilístico, farmoquímico e de vidros.

As entrevistas foram conduzidas com base em um roteiro preestabelecido contendo quatorze perguntas. A seleção dos cinco municípios estudados foi determinada pelos critérios de amostragem, que consideraram a distribuição geográfica e a relevância para o objetivo do estudo. O estudo envolveu a análise das notificações e óbitos relacionados ao HIV/Aids, comparados com outros níveis (nacional, regional e estadual), além da avaliação dos aspectos financeiros dos gastos nas ações de combate ao HIV.

Importa salientar que esta pesquisa seguiu as diretrizes do Ofício Circular Nº 17/2022/CONEP/SECNS/MS, uma vez que não foi registrada nem avaliada por Comitês de Ética em Pesquisa - CEP/Conep. O estudo atende ao inciso V, que permite o uso de bancos de dados cujas informações são agregadas e não possibilitam a identificação individual dos participantes.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 Disponibilidade distribuição de recursos

No roteiro de entrevistas, as questões nas quais os recursos financeiros são enfatizados foram: Quantos recursos, como estes são distribuídos e como são aplicados? Esclareça o investimento financeiro na saúde no período pretendido? Na ordem de quanto? Como os recursos são aplicados? Em um cenário geral, a falta dos recursos é apontada como o principal problema na gestão de saúde municipal. Os dados quantitativos, sobre os recursos financeiros. 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”.

Essas conversas demonstram os desafios na gestão eficaz dos recursos destinados a esses programas. Ficando evidente a discussão entre os gestores que os recursos alocados para programas específicos enfrentam desafios na sua utilização. Por exemplo, no setor de turismo, a demanda de veranistas e turistas acarreta um aumento na urgência de gastos, que ultrapassam o mínimo estipulado. Por outro lado, se observou que, no contexto do ministério da saúde, os recursos permanecem nas contas, mas as dificuldades na sua utilização persistem e resultam na complexidade do processo de alocação de recursos.

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”.

Essas falas evidenciam a avaliação variada da infraestrutura disponível, com um consenso de que melhorias são necessárias. Como a necessidade de investimento, incluindo reformas na própria secretaria de saúde ou mesmo expressando preocupação com a insuficiência da infraestrutura para atender as necessidades da saúde pública.

4.2 Efeito das ações

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”.

Essa discussão reflete uma abordagem abrangente à promoção da saúde e da prevenção de doenças nos municípios. Os gestores destacaram as várias iniciativas de prevenção de doenças, particularmente de transmissão sexual, que incluem equipes de saúde atuando nas praias e comunidades, palestras informativas, distribuição de preservativos, testagem e aconselhamento em eventos locais, escolas e festividades, abrangendo um amplo espectro de oportunidades de conscientização. No entanto, deve haver a necessidade de aprimorar a avaliação, planejamento e execução das atividades de prevenção, assistência e pesquisa nessas áreas.

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.

Essas ações ilustram um esforço conjunto para prevenir doenças e promover a conscientização em diversos contextos e

cenários. Em uma abordagem abrangente na promoção da prevenção de doenças, com destaque especial para a educação e conscientização. Como a ênfase na educação, com palestras realizadas regularmente em diversas localidades, incluindo unidades básicas de saúde, escolas e creches; distribuindo testes em locais com presença de riscos como drogas e prostituição, como praças e mercados; e intensificando as atividades em postos de saúde, especialmente durante eventos festivos. 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”.

Quando 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 do 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”.

Os municípios em análise demonstraram ter estruturas e serviços bem estabelecidos para o tratamento do HIV, oferecendo identificação, acompanhamento psicológico, medicamentos e internamento em grande parte dos casos. Quanto a outras doenças de alta complexidade, todos os municípios oferecem transporte e, em alguns casos, acomodações para pacientes que precisam buscar tratamentos em locais distantes, demonstrando um compromisso com o acesso a cuidados médicos especializados, especialmente em casos de longa duração.

4.3 Custos e produtividade

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”.

A avaliação dos gestores sobre os recursos humanos varia de acordo com os municípios. Em que alguns gestores demonstram satisfação ao afirmar que a equipe está completa e que não enfrentam problemas com a quantidade de profissionais. Por outro lado, há relatos de carência de profissionais, especialmente no Serviço de Atendimento Especializado (SAE), reconhecendo a impossibilidade de ter um corpo técnico suficiente. Cabe destacar as melhorias na qualificação profissional, devido a parcerias com a faculdade de medicina da UFPE, e a presença de profissionais qualificados, muitos dos quais vêm de outras cidades. 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 [...]”.

Os gestores destacam iniciativas de capacitação em suas respectivas áreas. Mencionando a capacitação em andamento e recursos do PMAQ utilizados para esse fim. Incluindo palestras e testagens, com foco nas enfermeiras das unidades. Destacando também o envolvimento do Projeto Saúde na Escola (PSE), com capacitações ministradas por enfermeiras da atenção básica. Essas iniciativas refletem o compromisso com a melhoria da capacitação profissional e a oferta de serviços de saúde mais abrangentes e eficazes.

4.4 Adequação das ações reconhecimento

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 pessoas 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”.

De acordo com as falas dos gestores, o aumento de casos de HIV em cidades turísticas pode ser atribuído a uma combinação de fatores, incluindo: aumento do fluxo de pessoas - cidades turísticas atraem visitantes de diferentes localidades, o que pode aumentar o risco de exposição ao HIV; falta de informação e conscientização - muitas pessoas não têm conhecimento sobre os riscos de transmissão do HIV ou não acreditam que estão em risco; comportamento de risco - alguns comportamentos, como relações sexuais sem proteção e uso de drogas, aumentam o risco de

infecção pelo HIV. Os gestores também apontaram para a necessidade de melhorar a educação sexual nas escolas e o acesso à saúde e educação em áreas de pobreza.

4.5 Implantação de ações

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”.

De acordo com as falas dos gestores, os desafios para a saúde pública em cidades turísticas são influenciados pelo aumento do fluxo de pessoas em cidades turísticas pode levar ao aumento da transmissão de doenças, como HIV, hepatites e tuberculose. Assim, faz-se necessário investir em ações de prevenção e promoção da saúde, como educação sexual e vacinação, para reduzir o risco de doenças. Como também, é importante fortalecer a atenção básica, que é o primeiro nível de contato da população com o sistema de saúde, para garantir o acesso a serviços de qualidade.

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”.

Os gestores destacam que a atenção básica é o primeiro nível de contato da população com o sistema de saúde, e que ela é fundamental para garantir o acesso a serviços de qualidade e prevenir o agravamento de doenças. No entanto, os gestores B e D também apontam para um problema na execução efetiva da atenção básica. Eles afirmam que a secretaria municipal de saúde muitas vezes corre atrás de urgências e emergências, deixando a prevenção em segundo plano. Isso pode levar ao aumento de agravos e ao aumento do custo do sistema de saúde. 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”.

Os gestores atribuem o aumento dos casos de HIV a várias razões como o aumento do fluxo de pessoas de fora como um fator contribuinte, pois essas cidades recebem muitos visitantes de outros estados devido ao turismo, tornando-se um local de encontro, e que a disponibilidade de medicamentos fez com que as pessoas relaxassem em relação ao HIV, levando a falta de entendimento sobre o vírus. Além disso, a cultura de festas e o uso de drogas são vistos como fatores de vulnerabilidade.

4.6 Características - agentes das ações

A situação da Gestão da saúde desses municípios atribui-se a quase todos os componentes já citados. A falta de recursos a deformidade 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.

As observações dos gestores indicam desafios na utilização eficaz dos recursos destinados à prevenção do HIV. Apontando para a dificuldade de entendimento por parte dos gestores, talvez devido à falta de priorização da prevenção. Por outro lado, destaca-se que o tratamento e

acompanhamento dos pacientes envolvem uma equipe multidisciplinar composta por infectologistas, enfermeiras, assistentes sociais, farmacêuticos, nutricionistas e psicólogos, evidenciando a complexidade envolvida na abordagem da doença.

4.7 Discussões dos resultados

Os resultados evidenciam que a gestão de saúde nos municípios estudados enfrenta desafios significativos na distribuição e aplicação dos recursos financeiros, principalmente em relação à Política de Combate ao HIV/Aids¹. As falas dos gestores destacam que, apesar do plano de pactuação entre os níveis governamentais, há lacunas no fornecimento de medicações essenciais por parte do nível estadual, o que prejudica o atendimento integral¹⁶. Essa dificuldade é corroborada por outros gestores, que relataram problemas no uso de recursos do Ministério da Saúde, indicando que, embora haja verbas disponíveis, o processo de utilização é complexo e muitas vezes ineficaz¹⁷.

Os depoimentos dos gestores também apontam para a variabilidade na avaliação da infraestrutura de saúde¹⁸. Enquanto alguns gestores consideram as estruturas físicas satisfatórias, outros, apontam para a necessidade urgente de reformas, especialmente na própria secretaria de saúde. Isso sugere uma disparidade na capacidade dos municípios de atender às demandas crescentes, refletindo a desigualdade na alocação de investimentos e na qualidade dos serviços oferecidos^{17,19}.

As ações preventivas, sobretudo em relação ao HIV/Aids, mostraram uma abordagem diversificada, com foco na conscientização e distribuição de preservativos durante festividades e em locais de alto risco, como mercados e praias²⁰. No entanto, os gestores também indicaram uma falta de continuidade e regularidade nas campanhas de prevenção, o que pode comprometer a efetividade dessas iniciativas¹⁹. Além disso, destacou-se a necessidade de aprimorar o planejamento e a execução dessas ações, sugerindo que, embora as campanhas existam, há uma lacuna na sua avaliação e implementação estratégica¹⁸.

A avaliação da gestão dos recursos humanos revela uma satisfação moderada com o quadro efetivo, embora gestores dos municípios apontem uma carência significativa de profissionais, particularmente no Serviço de Atendimento Especializado (SAE) para HIV/Aids. Esse déficit afeta diretamente a qualidade do atendimento, especialmente em áreas de alta demanda⁵. No entanto, foi ressaltada a melhoria na qualificação profissional em alguns municípios, fruto de parcerias com instituições de ensino, o que contribui para a oferta de serviços de saúde mais especializados³.

Em relação ao controle das doenças, a principal preocupação dos gestores é o desafio de prevenir e reduzir a incidência de doenças de notificação compulsória, como o HIV/Aids. A falta de recursos direcionados para a prevenção é apontada como o maior obstáculo, conforme destacado, há algumas dificuldades em investir adequadamente nessa área, resultando em um aumento no número de casos da doença. Isso evidencia a necessidade de políticas públicas mais eficientes que garantam não apenas a alocação de recursos, mas também a sua aplicação eficaz, especialmente em municípios que recebem grande fluxo de turistas e enfrentam uma alta vulnerabilidade para a disseminação de doenças²¹.

Por fim, as questões culturais e comportamentais foram citadas como fatores que dificultam o combate ao HIV/Aids, particularmente entre os jovens. A liberdade sexual e o uso de drogas são mencionados como elementos que aumentam a vulnerabilidade dessas populações, reforçando a importância de intervenções educacionais e de conscientização que abordem esses comportamentos de risco²². Entretanto, apesar da conscientização ser um foco importante nas ações preventivas, a falta de uma educação sexual efetiva nas escolas e a ausência de investimentos suficientes na prevenção limitam o impacto dessas ações.

Dessa forma, os resultados indicam que, embora existam esforços significativos para melhorar a gestão da saúde nos municípios, persistem desafios estruturais, financeiros e culturais que dificultam a efetiva implementação de ações preventivas e o controle de doenças, especialmente em

contextos de alta complexidade como o enfrentamento do HIV/Aids.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste artigo foi analisar a gestão das políticas públicas de saúde voltadas para o combate ao HIV nos municípios pernambucanos de Caruaru, Petrolina, Cabo de Santo Agostinho, Igarassu e Tamandaré. A pesquisa buscou fornecer subsídios para o aprimoramento da gestão da Política Pública de Saúde, com ênfase no enfrentamento do HIV, considerando seu crescimento e impacto nos municípios estudados¹⁶. A análise revelou um aumento contínuo nas notificações de HIV e na mortalidade nas cidades pesquisadas, em contraste com a redução observada nas regiões Sul e Sudeste do país, sugerindo a necessidade de políticas mais eficazes para as regiões Norte e Nordeste¹⁹. Embora o estudo não tenha escopo regional ou nacional, ele ressalta a importância de compreender essa disparidade e identificar as medidas que os gestores públicos devem adotar.

Entre as questões mais críticas levantadas pelos gestores entrevistados, destaca-se a dificuldade nas ações de prevenção, associada ao comportamento de risco e à falta de educação sexual adequada para jovens, apontada como o principal fator responsável pelo aumento dos casos de HIV¹. Entretanto, a implementação eficaz dessas ações demanda investimentos financeiros, além de recursos humanos e estruturais adequados³. O estudo analisou as questões financeiras das secretarias de saúde e, conforme relatado nas entrevistas, os orçamentos disponíveis são insuficientes para uma cobertura mais ampla e para a redução efetiva das notificações. Os gestores acreditam que as ações atualmente realizadas são insuficientes e que os cortes nos recursos financeiros comprometem a gestão das políticas públicas de saúde²².

Diante do aumento de casos de HIV na última década, coloca-se a questão de como é possível implementar políticas eficazes de controle e prevenção em um contexto de orçamentos em declínio. Embora tenham ocorrido avanços nos métodos diagnósticos,

como a introdução de testes rápidos, que se mostram eficazes e práticos, a disponibilidade desses testes em farmácias pode não refletir com precisão o número real de notificações. No que diz respeito às ações de prevenção, apenas um dos gestores entrevistados expressou confiança na eficiência das equipes de saúde, enquanto nos outros municípios os recursos, como pessoal, veículos, materiais de divulgação, informações e tempo dedicado pelas equipes, são considerados insuficientes para alcançar uma resposta mais eficaz.

O estudo despertou ainda o interesse em comparar as políticas implementadas em estados que obtiveram sucesso na redução das taxas de infecção e mortalidade com aquelas que não alcançaram os mesmos resultados, visando identificar as ações bem-sucedidas e as áreas que necessitam de aprimoramento. Além disso, o estudo questiona se o foco nas populações consideradas de comportamento de risco, como homossexuais, profissionais do sexo, usuários de drogas e hemofílicos, ainda é o mais adequado, uma vez que o crescimento mais acentuado do número de infectados tem ocorrido entre pessoas mais velhas, mulheres e indivíduos que se identificam como heterossexuais. Em síntese, embora este estudo tenha contribuído para o entendimento da gestão da política de controle e combate ao HIV, muitos aspectos ainda precisam ser explorados para aprimorar sua eficácia no contexto brasileiro e global.

REFERÊNCIAS

1. Lima LD de, Pereira AMM, Machado CV. Crise, condicionantes e desafios de coordenação do Estado federativo brasileiro no contexto da COVID-19. *Cad Saude Publica*. 2020;36:e00185220.
2. IBGE. *Cidades*. Inst Bras Geogr e Estatística. 2010;
3. Marconato JV, Genaro LE, Júnior AV, Rosell FL. Padrões temporais e variações na detecção de HIV/AIDS: Notificações no Brasil (2013-2022). *Brazilian J Sex Transm Dis*. 2024;36.
4. Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Cien Saude Colet*. 2018;23(6):1723–8.
5. Nolasco GLP, Bernardes AG, Lopes Z de A. Políticas Públicas e Corpos Invisíveis no Campo das Práticas em Saúde. *Psicol Ciência e Profissão*. 2024;44:e268194.
6. Silva CL, Bassi NSS. Políticas públicas e desenvolvimento local. Políticas públicas e Desenvolv local instrumentos e Propos análise para o Bras Rio Janeiro *Vozes*. 2012;
7. Todaro MP, Smith SC. *Economic Development 7th*. Harlow: Addison-Wesley; 2000.
8. Sousa RC, Batista FEB. Política pública de saúde no Brasil: história e perspectivas do Sistema Único de Saúde–SUS. In: VII Congresso Norte e Nordeste Pesquisa e Inovação Palmas-TO. 2012.
9. Lima KRB, Silva JA, Pereira LA. Uma análise sobre a política pública de saúde no Brasil enfatizando o contexto neoliberal. 2013;
10. Baptista TWF, Resende M. A ideia de ciclo na análise de políticas públicas. *Caminhos para análise das políticas saúde*. 2011;1:221–72.
11. Simões JA. Generations, changes and continuities in the social experience of male homosexuality and the HIV-AIDS epidemic. *Sex Salud y Soc (Rio Janeiro)*. 2018;(29):313–39.
12. Vieira-da-Silva LM, Paim JS, Schraiber LB. O que é saúde coletiva? In: *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: MedBook; 2014. p. 3–12.
13. Oliveira MM. *Como fazer pesquisa qualitativa*. São Paulo: Atlas; 2013.
14. Marconi MA, Lakatos EM. *Fundamentos de Metodologia Científica*. 7th ed. São Paulo: Atlas; 2010. 310 p.

15. Godoi CK, Melo RB, Silva AB. Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais: paradigmas, estratégias e métodos. São Paulo: Saraiva; 2010. 460 p.
16. Ribeiro LT, Marques MB. (Bio) políticas públicas a pessoas que vivem com hiv/aids por uma ótica queer e desconstrucionista: desafios e iniquidades. Saúde e Soc. 2024;33:e220885pt.
17. Hennington ÉA, Martins M, Monteiro S. Saúde: desigualdades, vulnerabilidade e políticas públicas. SciELO Public Health; 2020.
18. Malgarin JS, de Moraes Orsatto S, de Paulo DAB, de Almeida MJ, de Oliveira Bellani WAG. O Elo Entre Saúde Global e HIV/Aids: Uma Revisão de Teses e Dissertações Brasileiras. Cad Cajuína. 2024;9(3):e249346–e249346.
19. Cazeiro F, Leite JF, da Silva Gomes W. HIV/AIDS e os Antirretrovirais (ARV): um estudo com usuários em contexto de tratamento e prevenção. Obs LA Econ Latinoam. 2024;22(10):e7096–e7096.
20. Cristiano GD. Neoliberalismo e prevenção de HIV/Aids no Brasil. Argumentum. 2024;16(1):188–201.
21. Augusto P dos S, Silva CPG da, Santos TCF, Ennes LD, Paiva CF, Almeida Filho AJ de. Gestão em Saúde de um Centro de Testagem e Aconselhamento de HIV: Contribuições da Enfermagem. Rev Bras Enferm. 2024;77:e20230217.
22. Knauth DR, Pilecco FB. Aids e prevenção do HIV entre adolescentes e jovens em seis municípios brasileiros. Saúde e Soc. 2024;33:e230789pt.

Recebido em: 03.04.2024
Aprovado em: 07.12.2024