

Gestão na Política Pública de Saúde: uma análise administrativa de prevenção e combate a doenças em municípios pernambucanos

Maria do Carmo Maracajá Alves¹; Jose Eduardo Melo Barros²; Marcelo da Costa Borba³; Josefa Edileide Santos Ramos⁴; Alessandra Carla Ceolin⁵.

1 - Doutoranda em Estudo das Ciências - Universidade Federal Rural do Pernambuco (UFRPE)

2 - Doutorando em Administração - Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

3 - Doutorando em Agronegócios - Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

4 - Doutoranda em Agronegócios - Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

5 - Doutora em Agronegócios - Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Resumo

As crescentes notificações por HIV no Brasil evidenciadas do Ministério da Saúde preocupam, mesmo com as políticas de combate serem considerada um modelo mundial. As notificações em Pernambuco mostram um crescente, acompanhando os números e estatísticas brasileiras, mesmo que regiões como o Sul e o Sudeste venham apresentando decréscimo nesse montante. Neste sentido, o objetivo deste artigo é a avaliação da gestão da Política Pública de Saúde em municípios pernambucanos em relação a prevenção e combate ao HIV/Aids. 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 2018. Como resultante, observou-se que, mesmo diante da evolução da doença, nos municípios estudados, o orçamento não acompanhou esse crescimento.

Palavras-chave: Recursos públicos; Pernambuco; Orçamento da saúde.

Management in Public Health Policy: an administrative analysis of disease prevention and fight in Pernambuco municipalities

Maria do Carmo Maracajá Alves¹; Jose Eduardo Melo Barros²; Marcelo da Costa Borba³; Josefa Edileide Santos Ramos⁴; Alessandra Carla Ceolin⁵.

1 - PhD student in Science Study - Federal Rural University of Pernambuco (UFRPE)

2 - PhD student in Administration - Federal University of Paraíba (UFPB).

3 - PhD student in Agribusiness - Federal University of Rio Grande do Sul (UFRGS).

4 - PhD student in Agribusiness - Federal University of Rio Grande do Sul (UFRGS).

5 - PhD in Agribusiness - Federal University of Rio Grande do Sul (UFRGS).

Abstract

HIV epidemics in Brazil have been found in the Ministry of Health, even with anti-terrorism policies. The news in Pernambuco has a growing, accompanying numbers and Brazilian editions, even though the regions of South and Southeast venhamating decreasing amount ingial. This study is the evaluation of the epidemiology of HIV / Aids. How were the health epidemics on the HIV epidemic classified in the municipalities of Caruaru, Petrolina, Igarassu, Cabo de Santo Agostinho and Tamandaré, in Pernambuco, from 2010 to 2018. As a result, it was observed that, even in the face of the evolution of the disease, in the studies studied, the budget is not accompanied by this growth.

Keywords: Public resources; Pernambuco; Health budget.

1. INTRODUÇÃO

A política pública é considerada uma diretriz de resolução de problemas sociais, possui elementos basais 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; BASSI, 2012).

A política pública tem uma estreita relação entre ideias e os problemas que causam aflição social (SILVA; BASSI, 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 (SIMÕES, 2018). 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. 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.

Esse estudo buscará dimensionar os aspectos da gestão na Política Pública de Saúde, na gestão administrativa. 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. 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. POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL

No Portal da Saúde⁶ 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 Bassi (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, 2012). 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 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, Matos e Araújo (2001) 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, 2013).

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.

Baptista e Rezende (2011) e Frey (2009) 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 e Bassi (2012), a construção do ciclo das políticas segue trajetórias, 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.

Para Secchi (2010), 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).

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”: 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); 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); 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; 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; 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 decisão, por causa dos objetivos societários e 3. Dificuldade na coleta de informações sobre a política; 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; 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; Opção pública: A política é observada como de auto interesse. Essa teoria parte do pressuposto de que todos os atores públicos (eleitores, contribuintes, candidatos, legisladores, burocratas, partidos), procuram maximizar os seus benefícios; 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.

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 metodológica”. “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” (VIEIRA-DA-SILVA; PAIM; SCHRAIBER, 2014, p. 75).

3. METODOLOGIA

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, 2013). 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.

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 (GODOI; MELO; SILVA, 2010). A pesquisa exclusivamente quantitativa se caracteriza por enfatizar o raciocínio dedutivo, possibilitando uma análise de caráter estatístico e mensurável (MARCONI; LAKATOS, 2010). Para atender ao objetivo, que se utiliza de dados secundários, retirados do Portal da Transparência, no período de 2010 a 2018, 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. 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. A determinação para a quantidade de cinco municípios estudados se deu pela pulverização geográfica encontrada pelos critérios de determinação da amostra, 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.

4. RESULTADOS

A gestão administrativa das secretarias de saúde identifica como as secretarias percebem a sua estrutura física; de pessoal; financeira e política, na gestão. Para Saraiva (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 (SARAIVA, 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 (1996), 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 (1996) 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 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).

Na percepção da fala do gestor é possível apontar que as políticas preventivas são praticamente impossíveis de terem seus efeitos alcançados por uma população, onde políticas de infraestruturas não apresentam um efeito satisfatório.

4.1 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.

4.2 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.

5. CONCLUSÕES

O objetivo deste artigo 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. Este trabalho teve 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. 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.

Referências

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

BAPTISTA, T. W. F.; REZENDE, M. A ideia de ciclo na análise de políticas públicas. **Caminhos para análise das políticas de saúde**, v. 1, p. 221–272, 2011.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C.; ARAÚJO, P. S. X. Capacitação para Conselheiros de Saúde-textos de apoio. Rio de Janeiro, 2001.

DIAS, R.; MATOS, F. Políticas públicas: princípios, propósitos e processos. São Paulo: **Atlas**, p. 1–15, 2012.

DYE, T. R. Mapeamento dos modelos de análise de políticas públicas. Políticas públicas e desenvolvimento: bases epistemológicas e modelos de análise. Brasília: **UNB**, p. 99–129, 2009.

FREY, K. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. **Planejamento e políticas públicas**, n. 21, 2009.

GODOI, C. K.; MELO, R. B.; SILVA, A. B. Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais: paradigmas, estratégias e métodos. São Paulo: **Saraiva**, 2010.

- LIMA, K. R. B.; SILVA, J. A.; PEREIRA, L. A. Uma análise sobre a política pública de saúde no Brasil enfatizando o contexto neoliberal. 2013.
- MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. Fundamentos de Metodologia Científica. 7. ed. São Paulo: **Atlas**, 2010.
- MENDES, E. V. Uma agenda para a saúde. São Paulo: **Atlas**, 1996.
- OLIVEIRA, M. M. Como fazer pesquisa qualitativa. São Paulo: **Atlas**, 2013.
- RESENDE, G. M. Avaliação de políticas públicas no Brasil: uma análise de seus impactos regionais. 2014.
- SARAIVA, E. O conceito de política pública. in. SARAVIA, E.; FERRAREZI, E. Políticas Públicas, **Coletânea**, v. 1, 2006.
- SECCHI, L. Políticas Públicas: Conceitos. Esquemas de Análise, Casos Práticos, 2010.
- SILVA, C. L.; BASSI, N. S. S. Políticas públicas e desenvolvimento local. Políticas públicas e desenvolvimento local: instrumentos e proposições de análise para o Brasil. Rio de Janeiro: **Vozes**, 2012.
- SIMÕES, J. A. Generations, changes and continuities in the social experience of male homosexuality and the HIV-AIDS epidemic. *Sexualidad, Salud y Sociedad* (Rio de Janeiro), n. 29, p. 313–339, 2018.
- SOUSA, R. C.; BATISTA, F. E. B. Política pública de saúde no Brasil: história e perspectivas do Sistema Único de Saúde–SUS. **VII Congresso Norte e Nordeste Pesquisa e Inovação**. Palmas-TO. Anais...2012
- SOUTO-MAIOR, E. Uma Política de Saúde Pública para o Brasil. In: Política Nacional de Saúde Pública. A trindade desvelada: Economia-saúde-população. 3. ed. Rio de Janeiro: **Revan**, 2012.
- TODARO, M. P.; SMITH, S. C. Economic Development 7th Harlow: **Addison-Wesley**, 2000.
- VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; PAIM, J. S.; SCHRAIBER, L. B. O que é saúde coletiva? In: Saúde coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: **MedBook**, 2014. p. 3–12.
-

Notas de Rodapé

6. Copyright © 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>.

