

Gestão na Política Pública de Saúde e (des)continuidade na prevenção e combate a doenças em cinco municípios pernambucanos

Management in Public Health Policy and (dis)continuity in preventing and fighting diseases in municipalities in the Pernambuco

Maria do Carmo Marcajá Alves¹ 
Marcelo da Costa Borba² 
Josefa Edileide Santos Ramos³ 
Jose Eduardo Melo Barros⁴ 
Alessandra Carla Ceolin⁵ 

DOI: [10.22478/ufpb.2525-5584.2021v6n2.51215]

Recebido em: 17/03/2020
Aprovado em: 27/03/2021

Resumo: Este artigo tem por objetivo dimensionar os aspectos da gestão administrativa na Política Pública de Saúde, em cidades pernambucanas perante as mudanças governamentais. O estudo foi analisado pelo método de análise de conteúdo através da triangulação metodológica, com abordagem qualitativa, os dados foram coletados de forma bibliográfica, documental e por meio de entrevistas semiestruturadas com gestores municipais. Como resultado, os recursos orçamentários são considerados insuficientes, os cortes financeiros causados pela mudança de titular na gestão comprometem o andamento das ações estratégicas e decisões de continuidade e descontinuidade das políticas públicas. A troca no comando político suscita dúvidas sobre a continuidade das políticas anteriormente desenvolvidas e provoca ainda a perda de muitas ações políticas já desenvolvida. Deste modo, poderá haver perda da experiência vivida na ocorrência dos fatos.

Palavras-chave: Recursos públicos. Nordeste brasileiro. Orçamento da saúde.

¹ Universidade Federal Rural de Pernambuco– E-mail: mcmalves1@gmail.com.

² Universidade Federal Rural de Pernambuco– E-mail: marcelodcborba@gmail.com.

³ Universidade Federal do Rio Grande do Sul– E-mail: edileideramos1@gmail.com.

⁴ Universidade Federal da Paraíba– E-mail: jembarros@gmail.com.

⁵ Universidade Federal Rural de Pernambuco– E-mail: alessandraceolin1@gmail.com.

Abstract: This article aims to dimension the aspects of administrative management in Public Health Policy, in cities in Pernambuco in the face of governmental changes. The study was analyzed by the method of content analysis through methodological triangulation, with a qualitative approach, the data were collected in a bibliographic, documentary manner and through semi-structured interviews with municipal managers. As a result, budgetary resources are considered insufficient, the financial cuts caused by the change of ownership in management compromise the progress of strategic actions and decisions on the continuity and discontinuity of public policies. The change in political command raises doubts about the continuity of the policies previously developed and also causes the loss of many political actions already developed. In this way, there may be a loss of the experience lived in the occurrence of the facts.

Keywords: Public resources. Brazilian Northeast. Health budget.

1. Introdução

Avaliar os impactos das intervenções das políticas públicas influenciam na dinâmica do desenvolvimento regional brasileiro, o papel das avaliações é compreender como estas têm êxito, considerando a definição dos seus objetivos e o alcance dos resultados, no alinhamento social institucional, político, econômico e de outros (Baptista and Resende 2011; Simões 2018). Os impactos dessa dinâmica, tendem a reforçar a concentração geográfica de atividades econômica, causando transformações e por isso não podem ser desconsideradas (Baer 2012).

As políticas públicas podem ser consideradas como respostas a problemas sociais “um aspecto coercitivo oficializado que os cidadãos aceitam como legítimo” (Dias and 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 and Bassi 2012).

Diante das desigualdades no Brasil que cimentam um contexto de vulnerabilidades em saúde, os desafios inerentes a esse contexto, requer coordenação entre as áreas da política pública e entre os entes governamentais (Hennington, Martins, and Monteiro 2020). Há necessidade de integração e articulação para o desenvolvimento de medidas mais efetivas de mitigação dos danos sociais, econômicos e sanitários (Lima, Pereira, and Machado 2020). As políticas públicas em saúde integram o campo de ação social do Estado orientado para a melhoria das condições de saúde da população e dos ambientes natural, social e do trabalho.

No entanto, se levanta uma questão sobre as ações de políticas públicas realizadas no Estado, quanto ao formato da articulação política. Uma hipótese seria a identificação de rupturas nas políticas públicas mediante a alternância do titular em governos e o planejamento de ações que não preveja as externalidades negativas não reparadas por gestões anteriores. Sendo Assim, este estudo tem como objetivo dimensionar os aspectos da gestão administrativa na Política Pública de Saúde, em cidades pernambucanas perante as mudanças governamentais.

Este artigo está estruturado em mais quatro seções, além desta introdução que apresenta os aspectos iniciais e objetivo do estudo. Na sequência, são apresentadas as argumentações teóricas utilizadas para embasar a pesquisa, em seguida, os procedimentos metodológicos utilizados, seguido pelos resultados encontrados e por último as conclusões finais.

2. Análise de Política pública de saúde no Brasil

2.1 Política pública de saúde no Brasil

No Portal da Saúde 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 and 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 2018). 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) 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, and Pereira 2013).

2.2 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.

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 (Baptista and Resende 2011; Frey 2009). 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 (Silva and Bassi 2012).

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 (Secchi 2010). 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, apontando 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 (Dye 2009). 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).

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 (Dye 2009). 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 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 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, and Schraiber 2014:75).

2.3 Continuidade e descontinuidade de políticas públicas nas gestões municipais

Os desafios enfrentados pelos gestores políticos municipais são bastantes diversos no que diz respeito à fragilidade da organização institucional, à capacitação dos recursos humanos, considerado um gargalo (Coelho 1998). 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 (Longhurst and 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 and Miotto 2006:7). 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 (Dias and Matos 2012). Entretanto o mais preocupante é a continuidade de ações e da gestão pública, na troca desses atores (prefeitos/gestores) onde Nogueira e Miotto (2006:7) 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 em um provável desperdício de recursos públicos investidos (Nogueira and Mioto 2006:7).

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 consequências organizacionais de preencher um sem número de cargos de confiança, explícita ou implicitamente disponíveis para distribuição no interior das organizações públicas (Longhurst and Spink 1987:57).

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 (Estevam 2010:1). 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, poderá haver perda da experiência vivida na ocorrência dos fatos.

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.

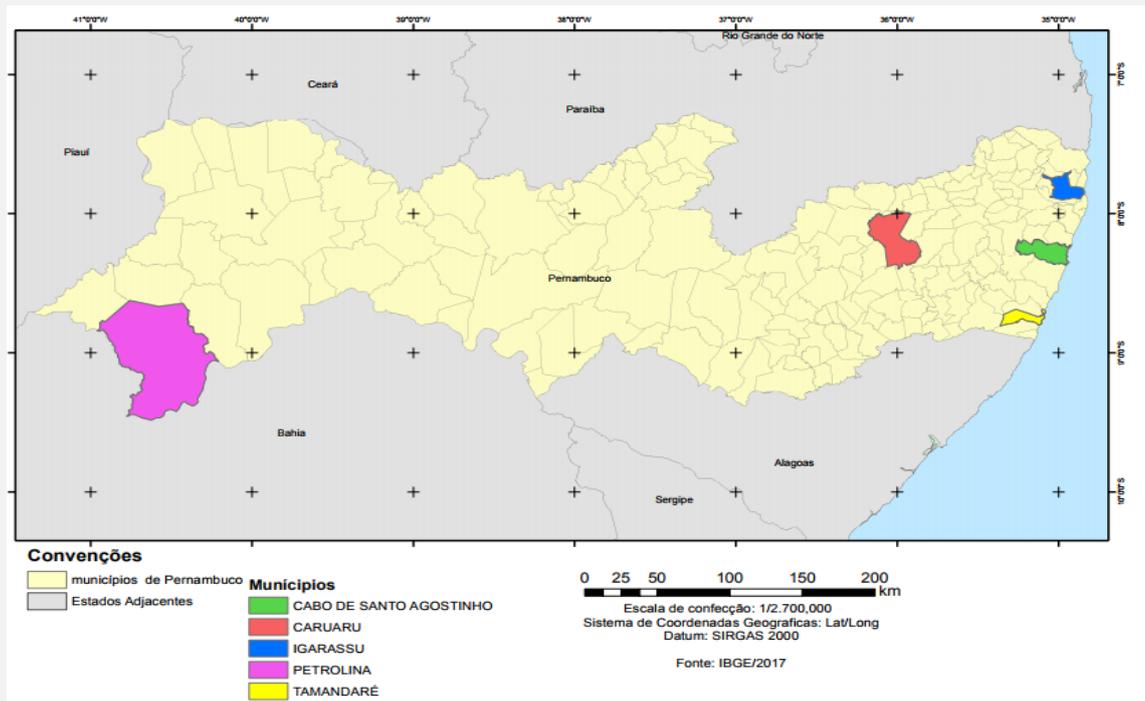
Para a realização deste estudo, utilizaram-se dados primários, qualitativos (entrevistas). Apesar de essas abordagens diferirem entre si, estes não se anulam, mas sim, se complementam. A natureza qualitativa permite a contribuição de caráter racional e intuitivo, capazes de permitir uma melhor compreensão de fenômenos (Godoi, Melo, and Silva 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, nos municípios de Caruaru, Petrolina, Igarassu, Cabo de Santo Agostinho e Tamandaré. Sendo os gestores classificados por letras: A, B, C, D, E. 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 saúde pública. 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 a evolução da notificação de doenças patológicas na comparação brasileira, regional, pernambucana e de municípios da amostra; analisar os aspectos financeiros, dos gastos para a execução das ações, oriundas das políticas públicas.

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. 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.

4. Resultados

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 1 aponta a localização dos municípios no estado de Pernambuco.

Figura 01: Mapa de Identificação do lócus de pesquisa



Fonte de dados: Elaboração dos Autores (2021).

Outras características observadas e que reforçam a heterogeneidade nos municípios selecionados, podem ser vistas na Tabela 1, composto pelas variáveis: Produto Interno Bruto (PIB), densidade demográfica, População, pessoal ocupado, área e o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM).

Tabela 01: Características socioeconômico-geográficas dos municípios (base 2010)

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

Fonte: IBGE (2010).

Referente aos dados do IDHM, todos os municípios, são considerados pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) no ano de 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 11ª posição e Tamandaré a 41ª. 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 14ª posição no ranking e Tamandaré a 41ª. 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 9ª posição. Caruaru e Igarassu com densidades similares, de 13ª e 14ª posições, respectivamente. Petrolina, com uma área de 4.561 m², (1º lugar no ranking), com o 6º lugar como município mais populoso, quanto a sua densidade demográfica, ocupa a posição 84ª. Já, Tamandaré, com a menor população e menor área da amostra, ocupa a 106ª posição.

A respeito do PIB per capita, o Cabo de Santo Agostinho e Petrolina, ocupam a 3ª e 2ª posições, respectivamente. Igarassu ficou com a 9ª colocação. Caruaru com a 15ª, apesar de ocupar a 5ª 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 37ª posição no ranking para o PIB per capita e a 64ª 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 2, 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 02: Variação do crescimento populacional dos municípios da amostra

<i>Município/P eríodo</i>	<i>Tamandaré</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 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 estaduais. De acordo com a Tabela 3, 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 03: 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).

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 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.

4.1 Gestão administrativa das secretarias

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 2006:29).

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 determinado gestor de um dos municípios, diz que 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” (Saraiva 2006:33).

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.

4.2 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 tá 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.

4.3 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 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.

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.

5. Conclusões

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. Isso não é diferente para os municípios pernambucanos estudos nesta pesquisa, os baixos recursos despendidos não permitem um sistema adequado que atenda às necessidades da população. Os recursos orçamentários são considerados insuficientes para uma cobertura mais ampla da redução de números de notificações de doenças, os cortes em recursos financeiros causados pela mudança de titular na gestão comprometem o andamento das ações e decisões.

Quanto às ações de prevenção, foi uma das questões mais repetidas como desafios considerados pelos gestores, apenas uma das entrevistas aponta a eficiência quanto ao efetivo de pessoal, as demais relatam insuficiência de pessoal, veículos, matérias de divulgação, informação, distribuição e tempo das equipes de saúde.

A falta de efetivo é apontada como um problema na efetivação das políticas públicas, há uma dificuldade de comunicação entre os titulares nomeados e os responsáveis anteriores para possíveis esclarecimentos quanto ao andamento das ações estratégicas das secretarias, isso devido ao posicionamento político que acaba por dificultar essa relação, levando a problemas de continuidade e descontinuidade de políticas públicas. A descontinuidade política é apontada com maior intensidade na troca de governos, principalmente em partidos de oposição, esta troca no comando político suscita dúvidas sobre se haverá ou não a continuidade das políticas anteriormente desenvolvidas. Deste modo, poderá haver perda da experiência vivida na ocorrência dos fatos.

Referencias

Baer, W. 2012. *The Regional Impact of National Policies: The Case of Brazil*. Massachusetts: Edward Elgar Publishing.

Baptista, T. W. F., and M. Resende. 2011. “A Ideia de Ciclo Na Análise de Políticas Públicas.” *Caminhos Para Análise Das Políticas de Saúde* 1:221–72.

Bardin, L. 2009. “Análise de Conteúdo (Edição Revista E Actualizada).” Lisboa: Edições 70.

Alves, Borba, Ramos, Barros & Ceolin. *Gestão na Política Pública de Saúde e (des)continuidade na prevenção e combate a doenças em cinco municípios pernambucanos*

Brava, M. I. S., M. C. Matos, and P. S. X. Araújo. 2001. "Capacitação Para Conselheiros de Saúde-Textos de Apoio." Rio de Janeiro.

Coelho, V. S. P. 1998. "Interesses E Instituições Na Política de Saúde." *Revista Brasileira de Ciências Sociais* 13(37):115–28.

Dias, R., & F. Matos. 2012. "Políticas Públicas: Princípios, Propósitos E Processos." São Paulo: Atlas 1–15.

Dye, T. R. 2009. "Mapeamento Dos Modelos de Análise de Políticas Públicas." *Políticas Públicas E Desenvolvimento: Bases Epistemológicas E Modelos de Análise*. Brasília: UNB 99–129.

Estevam, Dimas Oliveira. 2010. "A Contínua Descontinuidade Administrativa E de Políticas Públicas." *Seminário de Ciências Sociais Aplicadas* 2(2).

Frey, Klaus. 2009. "Políticas Públicas: Um Debate Conceitual E Reflexões Referentes À Prática Da Análise de Políticas Públicas No Brasil." *Planejamento E Políticas Públicas* (21).

Godoi, C. K., R. B. Melo, & A. B. Silva. 2010. *Pesquisa Qualitativa Em Estudos Organizacionais: Paradigmas, Estratégias E Métodos*. São Paulo: Saraiva.

Hennington, É. A., M. M., & Monteiro, S. 2020. "Saúde: Desigualdades, Vulnerabilidade E Políticas Públicas". IBGE. 2010. *Indicadores IBGE*.

Lima, K. R. B., J. A. Silva, and L. A. Pereira. 2013. "Uma Análise Sobre a Política Pública de Saúde No Brasil Enfatizando O Contexto Neoliberal."

Lima, Luciana Dias de, Adelyne Maria Mendes Pereira, and Cristiani Vieira Machado. 2020. "Crise, Condicionantes E Desafios de Coordenação Do Estado Federativo Brasileiro No Contexto Da COVID-19." *Cadernos de Saúde Pública* 36:e00185220.

Longhurst, K., and K. S. Spink. 1987. "Participation Motivation of Australian Children Involved in Organized Sport." *Canadian Journal of Sport Sciences= Journal Canadien Des Sciences Du Sport* 12(1):24–30.

Mendes, E. V. 1996. *Uma Agenda Para a Saúde*. São Paulo: Atlas.

Nogueira, V. M. R., & Miotto, R. C. T. 2006. "Desafios Atuais Do Sistema Único de Saúde–SUS E as Exigências Para Os Assistentes Sociais." *Serviço Social E Saúde: Formação E Trabalho Profissional* 1:218–41.

Oliveira, M. M. 2013. *Como Fazer Pesquisa Qualitativa*. São Paulo: Atlas.

Paim, J. S. 2018. "Sistema Único de Saúde (SUS) Aos 30 Anos." *Ciência & Saúde Coletiva* 23(6):1723–28.

Alves, Borba, Ramos, Barros & Ceolin. *Gestão na Política Pública de Saúde e (des)continuidade na prevenção e combate a doenças em cinco municípios pernambucanos*

Resende, G. M. 2014. “Avaliação de Políticas Públicas No Brasil: Uma Análise de Seus Impactos Regionais.”

Saraiva, E. 2006. “O Conceito de Política Pública.” Políticas Públicas Coletânea 1.

Secchi, L. 2010. “Políticas Públicas: Conceitos.” Esquemas de Análise, Casos Práticos.

Silva, C. L., and N. S. S. Bassi. 2012. “Políticas Públicas E Desenvolvimento Local.” Políticas Públicas E Desenvolvimento Local: Instrumentos E Proposições de Análise Para O Brasil. Rio de Janeiro: Vozes.

Simões, J. A. 2018. “Generations, Changes and Continuities in the Social Experience of Male Homosexuality and the HIV-AIDS Epidemic.” *Sexualidad, Salud Y Sociedad* (Rio de Janeiro) (29):313–39.

Sousa, R. C., and F. E. B. Batista. 2012. “Política Pública de Saúde No Brasil: História E Perspectivas Do Sistema Único de Saúde–SUS.” in VII Congresso Norte e Nordeste de Pesquisa e Inovação. Palmas-TO.

Souto Maior, E. 2012. “Uma Política de Saúde Pública Para O Brasil.” in Política Nacional de Saúde Pública. A trindade desvelada: Economia-saúde-população. Rio de Janeiro: Revan.

Vieira-da-Silva, L. M., J. S. Paim, & L. B. Schraiber. 2014. “O Que É Saúde Coletiva?” Pp. 3–12 in *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: MedBook.